

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**Reflexo de um Caminho Percorrido:
Processo de Aprendizagem no Contexto da Prática.**

A Satisfação da Mulher com o Trabalho de Parto e Parto:
Relação com as suas Expectativas e Experiências.
Revisão Integrativa da Literatura.

Relatório Final de Estágio

Orientação:

Professora Doutora Marinha Carneiro

Mónica Sofia Maciel Carvalho

Porto, 2014

AGRADECIMENTOS

Ao chegar ao fim da realização deste trabalho, constato que chega o momento de olhar para o longo caminho percorrido e perceber que este nunca poderia ter sido feito de forma solitária. Assim sendo, reconheço a necessidade de deixar uma palavra de reconhecimento a todos aqueles que, direta ou indiretamente, me ajudaram a concluir mais uma grande e importante etapa do meu percurso académico:

À Professora Doutora Marinha Carneiro pela orientação, paciência e ajuda neste processo formativo que em muito me fez crescer como profissional, mas certamente como pessoa.

À Enfermeira Irene Cerejeira por ter contribuído no desenvolvimento de competências na área da Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, por acreditar na capacidade dos Enfermeiros em fazer a diferença na Saúde Materna e lutar incessantemente pela excelência dos cuidados, baseados no rigor científico e na reflexão das práticas.

A todas as Enfermeiras do serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila-do-Conde por terem aceite, de braços abertos, ajudar-me neste processo e por me fazerem acreditar que existe excelência no trabalho que cá se desenvolve.

Às utentes, aos recém-nascidos, às famílias que me proporcionaram as melhores experiências que, até hoje, posso contar.

Às minhas colegas, enfermeiras do serviço de Obstetrícia do Hospital de Braga, pela força e ajuda que me deram neste caminho e pelos momentos, no dia-a-dia.

À Ana, à Susana e à Mafalda por serem quem são, por me fazerem acreditar e por me apoiarem, apesar da distância que nos separa.

À minha família pelo apoio, pela força incondicional nesta jornada, acreditando sempre nas minhas capacidades e na minha força interior, por todos os momentos de união e de boa disposição.

Ao Francisco por estar sempre ao meu lado; pela minha ausência; pelos momentos de stress em que só ele sabia como me fazer erguer a cabeça e seguir em frente; pelo carinho e companheirismo.

Aos meus Pais, Berta e Joaquim, por serem a fonte da minha inspiração, por serem o exemplo que me levou a não baixar os braços quando, muitas vezes, o desânimo tomou conta de mim.

A vontade de vencer, o desejo de ser bem-sucedido, o ímpeto de alcançar todo o seu potencial... São estas as chaves que abrem a porta da excelência pessoal.
(Confúcio)

Dedicado ao meu Avô

SIGLAS E ABREVIATURAS

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

BP - Bloco de Partos

BSG - Boletim de Saúde da Grávida

CHPVVC - Centro Hospitalar Póvoa de Varzim e Vila do Conde

CPLEESMO - Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CS - Centro de Saúde

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção Geral da Saúde

DM - Diabetes *Mellitus*

DMG - Diabetes *Mellitus* Gestacional

DPPNI - Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida

EESMO - Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FC - Frequência Cardíaca

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

GIG - Grande para Idade Gestacional

hCG - Gonodotrofina Coriônica Humana

HTA - Hipertensão Arterial

IA - Índice de Apgar

IG - Idade Gestacional

IRP - Intervenções Resultantes e Prescrição

LA - Líquido Amniótico

LIG - Leve para Idade Gestacional

MAP - *Mean Arterial Pressure* (Média da Tensão Arterial)

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

MNFAD - Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PGC - Pesquisa de Glicemia Capilar

PNV - Plano Nacional de Vacinação

PPP - Preparação para o Parto e Parentalidade

RANU - Rastreio Auditivo Neonatal Universal
RCIU - Restrição de Crescimento Intrauterino
RM - Ruptura de Membranas
RN - Recém-Nascido
SMO - Saúde Materna e Obstétrica
SNC - Sistema Nervoso Central
SU - Serviço de Urgência
TA - Tensão Arterial
TAd - Tensão Arterial Diastólica
TAs - Tensão Arterial Sistólica
TP - Trabalho de Parto
USF - Unidade de Saúde Familiar
VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana
WC - *Water Closet* (Casa-de-Banho)
WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - RELATÓRIO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS: ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES, TRABALHO DE PARTO E PARTO E PÓS-PARTO	
1 CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM - VILA DO CONDE.....	5
2 AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A GRÁVIDAS COM COMPLICAÇÕES	7
2.1 Internamento de Grávidas de Risco.....	7
3 AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO	19
3.1 A Admissão da Parturiente	20
3.2 Diagnóstico do Início de Trabalho de Parto	25
3.3 Primeiro Período de Trabalho de Parto	27
3.4 Segundo Período de Trabalho de Parto	33
3.5 Terceiro Período de Trabalho de Parto	41
3.6 Quarto Período de Trabalho de Parto	43
4 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO PÓS-PARTO	47
4.1 Da Admissão à Alta Clínica: Os Cuidados à Puérpera	47
4.2 Da Avaliação aos Cuidados do Recém-Nascido no Internamento	60
5 O CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA - REFLEXÃO CRÍTICA	71
PARTE II - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE O TEMA “A SATISFAÇÃO DA MULHER COM O TRABALHO DE PARTO E PARTO: RELAÇÃO COM AS SUAS EXPECTATIVAS E EXPERIÊNCIAS”.	
1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	77
1.1 A Construção de Expectativas sobre o Trabalho de Parto e Parto ..	77

1.2	Experiências de Trabalho de Parto e Parto e Satisfação da Mulher	78
1.3	Questão de Partida	80
1.4	Objetivos do Estudo	80
2	MÉTODO	83
2.1	Pesquisa em Bases de Dados e Seleção dos Estudos	84
2.2	Processo de Extração da Informação.....	86
2.3	Avaliação dos Estudos.....	87
3	RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO.....	89
4	CONCLUSÃO	101
	CONCLUSÃO	104
	BIBLIOGRAFIA	105
	ANEXOS	118
	Anexo I - Diretrizes para Humanização do Parto (Segundo a WHO)	
	Anexo II - Procedimento de Perineorrafia Leccionado Durante o MESMO/CPLEESMO na ESEP.	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Ensinar sobre o Autocuidado durante a gravidez, no alívio dos desconfortos	12
Tabela 2: Índice de Bishop (Adaptado de Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008)	26
Tabela 3: Índice de Apgar (Adaptado de Montenegro e Rezende Filho, 2008, p. 176; Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008, p. 1013).....	40
Tabela 4: Cuidados Imediatos à Puérpera e Considerações Sobre a Sua Normalidade (Rezende, 1998; Centeno in Graça, 2005; Crum in Lowdermilk & Perry, 2008)	50
Tabela 5: Complicações Uterinas no Pós-Parto: Medidas Preventivas, Sinais e Sintomas e Tratamento.....	54
Tabela 6: Complicações da Amamentação e Métodos de Prevenção /Tratamento (Adaptado de Leveno et. al, 2005; Alden in Lowdermilk & Perry, 2008; Levy e Bértolo, 2008; International Breastfeeding Centre, 2009)	60
Tabela 7: Estratégia de Pesquisa nas Bases de Dados	84
Tabela 8: Níveis de Evidência Científica (Adaptado de Levin, Singleton & Jacobs in Capezuti et al., 2008)	87
Tabela 9: Análise do Estudo 1 - <i>Perinatal Factors Related to Negative or Positive Recall of Birth Experience in Women 3 Years Postpartum in the Netherlands.</i>	90
Tabela 10: Análise do Estudo 2 - <i>Childbirth Expectations and Experiences in Belgian and Dutch Models of Maternity Care.</i>	92
Tabela 11: Análise do Estudo 3 - <i>Women's Lived experiences of Their Unexpected Birthing Process.</i>	93
Tabela 12: Análise do Estudo 4 - <i>Jordanian Mother's Report of Their Childbirth Experience: Findings From Questionnaire Survey</i>	94
Tabela 13: Análise do Estudo 5 - <i>'Not Enough People to Look After You': An Exploration of Women's Experiences of Childbirth in the Republic of Ireland.</i> ...	96
Tabela 14: Análise do Estudo 6 - <i>From the Hospital Organization to the Childbirth Practice: Italian Women's Experiences</i>	97

ÍNDICE DE IMAGENS

Figura 1: Banco de Partos Disponível no Bloco de Partos do CHPVVC	32
Figura 2: Gráfico Ilustrativo do Número de Exames Pré-Natais Realizados	73
Figura 3: Gráfico Ilustrativo do Número de Puérperas e Recém-Nascidos Cuidados no Período Pós-Parto (Internamento de Puerpério).....	73
Figura 4: Gráfico Ilustrativo do Número de Partos Realizados e Número de Trabalhos de Parto Assistidos	73
Figura 5: Gráfico Ilustrativo do Trauma Perineal Obtido nos Partos Realizados	73
Figura 6: Gráfico Ilustrativo das Circulares Cervicais do Cordão Umbilical Obtidas nos Partos Realizados	73
Figura 7: Método de Seleção dos Artigos para Análise.....	85
Figura 8: Categorias Identificadas que Influenciam a Satisfação da Parturiente com o TP e Parto.....	100

RESUMO

O presente documento reflete a prática realizada em contexto clínico, durante sete meses, no sentido de desenvolver competências que habilitam o profissional de Enfermagem a prestar cuidados especializados em Saúde Materna e Obstétrica. Neste sentido, reflete as práticas desenvolvidas nos três períodos desde a gravidez ao pós-parto, sob a orientação de profissionais especializadas na área, ao passo que vai analisando criticamente as experiências adquiridas, assumindo fragilidade e processos de desenvolvimento e crescimento.

Na prática clínica no contexto da saúde materna e obstetrícia existe um saber específico no domínio da anatomia e fisiologia da concepção e reprodução, bem como dos efeitos que a chegada de um novo membro tem no seio familiar. Esse domínio de saberes vai sendo demonstrado ao longo deste documento, culminando na concretização de 41 partos eutócicos, bem como no acompanhamento e vigilância da gravidez de risco e das mulheres no puerpério fisiológico ou de risco. Surge a inquietação relativamente à satisfação da mulher enquanto receptora dos cuidados de Enfermagem EESMO, especialmente na sala de partos. Para acalmar essa inquietude, desenvolve-se um processo de investigação, que vise obter evidências científicas sobre o tema.

Introdução: A prestação de cuidados especializados à situação de cada mulher e família, numa altura tão marcante e significativa como a do parto, pode influenciar a sua visão da experiência que teve, bem como a satisfação com o processo de nascimento do seu filho.

Objetivo: Compreender a influência das expectativas e experiências de Trabalho de Parto e Parto na satisfação da utente e perceber em que medida o Enfermeiro EESMO pode ser promotor de uma maior satisfação da mulher.

Método: Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, com recurso às bases de dados CINAHL®, MEDLINE®, Cochrane® e Web of Science®, todas disponíveis no motor de busca da Elsevier®.

Resultados: Foram seis documentos de análise, que estudam as expectativas e experiências de TP e parto, bem como a satisfação. As experiências de TP e parto são acontecimentos únicos e subjetivos. Todos os artigos em análise tinham como intenção abordar as experiências de TP e parto como tema principal, preferindo a descrição dos acontecimentos. Foi possível identificar quatro áreas que influenciam a satisfação com a experiência de TP e parto: a atenção que os

profissionais dispensam à utente; os cuidados recebidos; o controlo percebido; e o alcance das suas expectativas.

Conclusão: As experiências de TP e parto tendem em ser mais positivas quanto mais for respeitado o carácter natural e fisiológico do processo e mais envolvida estiver a mulher na tomada de decisão. Os enfermeiros EESMO parecem ser os profissionais de saúde que mais satisfazem as necessidades e expectativas das parturientes. Apesar de ser um tema de imenso interesse para a Enfermagem em SMO, os estudos neste âmbito são escassos e cingem-se a descrições de acontecimentos, procurando motivos de causa-efeito, em contextos fora de Portugal.

Palavras-Chave: Expectativas, Experiências, Trabalho de Parto, Parto.

ABSTRACT

Reflex of a Traversed Path: The Learning Process in the Context of Practice.

The Satisfaction of the Woman with Labour and Birth: Relation with her Expectations and Experiences. Integrative Review of the Literature.

This paper reflects the practice performed in the clinical context, during seven months, in order to develop skills that enable registered nurses to provide specialized care in maternal health and obstetrics (midwifery). Thus, it reflects the practice developed during the three stages from pregnancy to postpartum, supervised by midwives, and analyses critically the lived experiences, assuming fragility and processes of development and growth.

In the context of clinical practice of Maternal Health and Obstetrics there is a specific knowledge about anatomy and physiology of conception and reproduction, as well as about the effects of a new-born in a family. This knowledge domain will be demonstrated through this document, culminating with the achievement of 41 eutocic births, as well as in the monitoring and surveillance of high-risk pregnancy and of the physiologic or risk postpartum women.

The concern about women satisfaction as receptors of midwifery care emerged, especially in the delivery room. In order to calm this restlessness, a research process was elaborated, in order to obtain scientific evidences about this topic.

Introduction: The provision of specialized care to the situation of each woman and family, in a remarkable and significant moment as the birth, can influence her view of the experience she lived, as well as the satisfaction with the birth of her child.

Objective: To understand the influence of the expectations and experiences of labour and birth in the satisfaction of the patient, and to understand how midwives can promote an improvement in the woman satisfaction.

Method: It is an Integrative Review, with recourse to CINAHL®, MEDLINE®, Cochrane® and Web of Science® databases, all available at Elsevier® search engine.

Results: There were six documents of analysis that studied the expectations and experiences of labour and birth, as well as women satisfaction. Experiences of labour and birth are unique and subjective events. Every analyses paper were intended to approach labour and birth as its main topic, preferring the description of events. It was possible to identify four areas that influence the satisfaction

with labour and birth: attention that professionals dismiss the patient; care received; perceived control; and the range of patient' expectations.

Conclusion: The experience of labour and birth tend to be more positive when the natural and physiologic character of the process is respected and when women are involved in the decision-making. Midwives seem to be the health care professionals that most meet the needs and expectations of pregnant women. Despite being an extremely interesting topic to midwifery, studies in this area are scarce and are restricted to descriptions of events, looking for reasons of cause-effect in international contexts.

Keywords: Expectations, Experiences, Labour, Birth and Parturition.

INTRODUÇÃO

Em cada um dos períodos da saúde materna - gravidez, trabalho de parto e parto e puerpério - o enfermeiro EESMO tem um campo de atuação próprio e para o qual está profissionalmente e legalmente habilitado. Este campo de atuação não se cinge apenas aos cuidados físicos, mas principalmente a todos aqueles que facilitam a transição que o casal ou família atravessa com a chegada de um novo elemento na família, sejam eles promotores de hábitos e rotinas saudáveis para a manutenção de uma gravidez saudável, na preparação e acompanhamento do trabalho de parto e parto, na aquisição de noções sobre o autocuidado durante a gravidez e no pós-parto, ou na aprendizagem de conhecimentos e competências parentais nos cuidados ao recém-nascido.

Um fator que exerce influência sobre as representações de um determinado fenómeno são as experiências pessoais vivenciadas (Canavarro, 2006). Kuo e colaboradores (2010) sugerem que as experiências das mulheres no trabalho de parto e parto são influenciadas pelas suas expectativas, referindo que há mais probabilidade destas se sentirem satisfeitas e realizadas se as suas expectativas forem concretizadas, ainda que não na sua totalidade, e pela sensação de controlo do mesmo (Kuo et al., 2010).

Em cada momento de contacto, na prestação de cuidados, emergia a dúvida sobre a satisfação das utentes com os cuidados que lhes eram prestados. Mais curioso ainda foi indagar os motivos que levavam à satisfação da mulher com o seu Trabalho de Parto e Parto, tendo em conta a experiência que teve e se tinha ido ao encontro do que esperava e imaginava. Curiosamente, as respostas dadas empiricamente pelas parturientes tendiam em avaliar a experiência de forma mais positiva do que as suas expectativas, admitindo saírem satisfeitas daquele processo. Esta inquietação mereceu um estudo profundo sobre o que está relatado na literatura sobre a influência das expectativas e experiências de Trabalho de Parto e Parto e a satisfação da utente.

O presente relatório encontra o seu fundamento no Estágio Profissionalizante de Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Pós-Parto, inserido no segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, leccionado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo de 2012/2013. Tem como base de orientação e estruturação o processo de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de Enfermagem

especializados em Saúde Materna e Obstetrícia. Para além disso, apresenta ainda uma investigação científica relevante para o desenvolvimento do corpo de conhecimentos em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, segundo a Prática Baseada na Evidência.

Numa perspectiva estrutural, o mesmo foi dividido em duas partes. A primeira parte, dividida em cinco capítulos, faz uma apresentação do local onde decorreu o estágio de desenvolvimento de competências, seguido do processo de aprendizagem e de aplicação do conhecimento na prática, terminando com uma reflexão crítica sobre os cuidados em SMO e os objetivos atingidos. A segunda parte engloba uma Revisão Integrativa da Literatura sob um tema que constitui o cerne da prestação de cuidados em contexto de Bloco de Partos: a satisfação da parturiente face às expectativas e experiências do Trabalho de Parto e Parto.

Desta forma, traçaram-se dois objectivos principais: i) evidenciar competências na prestação de cuidados em Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstetrícia; ii) Obter evidências científicas no sentido de compreender a influência das expectativas e experiências de Trabalho de Parto e Parto na satisfação da utente, através de uma Revisão Integrativa da Literatura. Como objetivos específicos delineou-se: a) descrever o processo de aprendizagem em contexto da prática, com análise crítica e reflexiva, abordando aquisição de novas competências e desenvolvimento de outras; b) demonstrar a concretização das exigências preconizadas pela Comissão das Comunidades Europeias para o reconhecimento do título de Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (designado por “Parteiro”); c) demonstrar conhecimentos e capacidade no processo de investigação científica num determinado tema.

Sob o ponto de vista metodológico, foram definidas como fontes de pesquisa e de apoio bibliográfico à decisão na prática clínica, os livros e revistas presentes na biblioteca da ESEP, bases de dados científicas, nomeadamente, CINAHL Plus®, MEDLINE®, Cochrane Central Register of Controlled Trials®, Cochrane Database of Systematic Reviews® e ainda repositórios online, mais concretamente o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal® (RCAAP).

PARTE I
RELATÓRIO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS: ESTÁGIO
PROFISSIONALIZANTE GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES,
TRABALHO DE PARTO E PARTO E PÓS-PARTO

1 CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM - VILA DO CONDE

O CHPVVC é constituído por duas unidades, distanciadas por três quilómetros: Unidade de Póvoa de Varzim onde se centram os serviços de Urgência, Ortopedia, Obstetrícia e Ginecologia, Bloco de Partos, Cirurgia, Pediatria e Neonatologia, também enverga a Consulta Externa, o Serviço de Patologia Clínica e Imuno-Hemoterapia, a Imagiologia, os Serviços Farmacêuticos e a Esterilização; a Unidade de Vila do Conde é constituída pelo serviço de Medicina e Unidade de Cirurgia de Ambulatório, bem como pela Consulta Externa, a Imagiologia, a Unidade Laboratorial, o interposto dos Serviços Farmacêuticos e os serviços administrativos. A sua área de influência abrange os municípios de Póvoa de Varzim e Vila do Conde, mas também algumas freguesias de municípios fronteiros, como Barcelos, Esposende e Famalicão, representando uma população de cerca 150.000 habitantes (Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde, 2009b).

Resultante da fusão de dois hospitais antigos, as estruturas físicas necessitam de constante obras de remodelação e conservação, como é evidente. Ressalvam-se a missão e os valores pelos quais se regem esta instituição: a prestação de cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência, assegurando, o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e eficácia (justificando a inscrição presente no interior do edifício da Póvoa de Varzim - “A excelência nunca acontece por acidente... Resulta sempre de uma prática inteligente” - pretendendo ser reconhecida pelos seus valores: *uma orientação centrada no cliente e na promoção da saúde da comunidade; o respeito pela dignidade humana; a defesa e aplicação de princípios éticos nas relações pessoais, profissionais e institucionais; a cultura da excelência técnica e do cuidar; a cultura do conhecimento como um bem em si mesmo e a disponibilidade para o desenvolvimento de parcerias com outras instituições* (Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde, 2009a).

O Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, situado no piso um da unidade Póvoa de Varzim, tem ocupação de 24 unidades, das quais três (numa enfermaria) são destinadas ao internamento de grávidas de risco, seis unidades (em duas enfermarias) são destinadas ao internamento de utentes do foro ginecológico e as restantes 15 unidades (divididas em enfermarias de três e quatro unidades) são destinadas ao internamento de puérperas e RN. A equipa chefiada pela Enfermeira Irene Cerejeira é constituída por 25 profissionais de enfermagem, das

quais 21 são ESMO, uma é especialista em Saúde Infantil e Juvenil e três são enfermeiras generalistas, a frequentar o CPLEESMO na ESEP. É notória a exigência e qualidade na prática de cuidados, apresentação e utilização de uma linguagem classificada, ainda que, por força das circunstâncias, utentes de outras especialidades estejam sob os seus cuidados.

O BP, numa articulação contínua com o serviço de internamento, é constituído pela mesma equipa, rodando os profissionais pelos diferentes locais, permitindo, desta forma, o desenvolvimento e a aplicação contínua dos conhecimentos e capacidades nas diferentes áreas de prestação de cuidados do foro obstétrico e ginecológico. Fisicamente, este serviço é constituído por cinco unidades em espaços individuais, permitindo a privacidade da mulher e sua família, bem como os movimentos corporais livres e o acompanhamento contínuo durante todo o trabalho de parto. Cada unidade dispõe de todo o material necessário para a prática de um parto natural ou medicalizado, possui métodos alternativos de alívio da dor, nomeadamente uma bola de parto, rádio com música ambiente calma e espaço suficiente para a deambulação e alternância de posições corporais, bem como um cadeirão confortável para o acompanhante significativo. Resumindo: o necessário para contribuir para melhorar a experiência tão marcante de uma família, como é o nascimento de um filho.

Tal como acontece na maioria das instituições hospitalares de Portugal, no CHPVVC é protocolado que o internamento, em condições fora da anormalidade¹, após o parto por via vaginal tenha a duração aproximada de 48 horas e após parto por cesariana uma duração de 72 horas (Leveno et. al, 2005). Puérpera e RN são mantidos em alojamento conjunto, em enfermarias de três ou quatro unidades, sendo permitida a presença do marido/progenitor, respetivamente, em horário alargado, para promoção e desenvolvimento de aptidões parentais com o apoio da equipe de Enfermagem. Apesar do curto espaço de tempo de internamento e o grande rácio de utentes por enfermeiro, é evidente todos os esforços para alcançar a melhor prestação de cuidados e facilitar a vivência da transição para a parentalidade de uma forma positiva e saudável. o papel parental começa a ser trabalhado na consulta de enfermagem de vigilância pré-natal, encaminhando os casais para os cursos de PPP, de aleitamento materno e puericultura, existentes no CHPVVC, leccionados duas vezes por semana, à segunda-feira às nove horas e à quinta-feira a partir das 18 horas.

¹ São consideradas condições anormais, aquelas em que por avaliação médica ou de enfermagem, puérpera ou RN necessitem de cuidados hospitalares por mais tempo do que o protocolado, por razões de complicações puerperais ou neonatais ou má adaptação ao autocuidado da puérpera e/ou aos cuidados ao RN.

2 AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A GRÁVIDAS COM COMPLICAÇÕES

Tal como é preconizado pela OE no regulamento de competências específicas do enfermeiro EESMO, a mulher grávida é alvo de cuidados por parte deste, sendo ele responsável por assisti-la a *vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal* (Regulamento nr. 127/2011, p.1), assumindo, nas situações de baixo risco², intervenções autónomas e, nas situações de médio e alto risco³, intervenções autónomas e interdependentes com outros profissionais de saúde, no sentido de dar resposta a essa necessidade.

A assistência de Enfermagem em SMO no período pré-natal engloba três grandes áreas: a vigilância pré-natal, que visa o autocuidado da grávida, o desenvolvimento de competências parentais e o *empowerment* para a adoção de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante o TP, bem como a vigilância da gravidez e a sinalização precoce de sinais e sintomas de complicações materno-fetais; a preparação para o parto, que tem por objetivo a consciencialização da mulher como capaz de fazer nascer o seu filho através de um parto eutócico, mas também a promoção e o treino de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, de exercícios promotores de flexibilidade osteo-articular e exercícios respiratórios; e a preparação para a parentalidade que visa a capacitação dos futuros pais para o exercício do papel parental, tornando-os mais autónomos e empoderados relativamente às suas escolhas e aos cuidados ao RN (Regulamento nr. 127/2011). Assim, o CHPVVC disponibiliza à sua população os meios necessários para uma assistência pré-natal de qualidade, ao integrar a consulta de vigilância em situações de gravidez de médio e alto risco, a consulta de termo e os cursos de PPP, sob a responsabilidade das enfermeiras EESMO, bem como um serviço de internamento de grávidas de risco.

2.1 Internamento de Grávidas de Risco

O nível de vigilância pré-natal está diretamente relacionado com os fatores de risco associados à gravidez. A existência de complicações durante a mesma sugere a necessidade de um seguimento mais rigoroso e especializado num

² São consideradas situações de baixo risco aquelas que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento nr. 127/2011).

³ As situações de médio e alto risco são aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Idem).

hospital de referência de apoio pré-natal. Não havendo qualquer fator de risco associado, considera-se necessária a vigilância contínua no CS ou USF de referência e a partir do termo da gestação, no hospital (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). Com base neste propósito, o CHPVVC, em articulação com os CS da zona abrangente, assume a responsabilidade de assistência pré-natal a todas as mulheres cuja gravidez seja considerada de médio ou alto risco, ou seja, aquelas em que existe um fator de risco associado que potencia a incidência de desfechos adversos para a grávida ou para o feto; mas também a todas aquelas que estão no término da gravidez, ou seja, a partir das 37 semanas de gestação, com ou sem complicações. A vigilância pré-natal pressupõe de uma articulação multidisciplinar no atendimento à mulher grávida e família (Corbett in Lowdermilk & Perry, 2008); assim, o enfermeiro EESMO trabalha em associação com o médico, o nutricionista, o assistente social e outros profissionais, cada um, assistindo a grávida consoante as suas necessidades identificadas.

Os fatores que levam à identificação de uma gravidez de risco podem ser de ordem demográfica e socioeconómica: grávidas adolescentes ou com mais de 40 anos de idade, grávidas obesas ou de baixo peso, ou grávidas com condições socioeconómicas muito adversas; de ordem comportamental: grávidas fumadoras de mais 10 cigarros por dia, grávidas com hábitos etílicos moderados a graves ou grávidas toxicodependentes; podem estar relacionados com complicações obstétricas anteriores: abortamentos de repetição, parto pré-termo, pré-eclampsia ou eclampsia, DMG, placenta prévia, DPPNI, grande múltipara, morte fetal ou neonatal, filhos com alterações cromossómicas ou história familiar de doença genética, entre outros; podem relacionar-se com patologias maternas durante a gravidez atual: neoplasias, asma, doenças autoimunes, infeção por VIH, doença renal crónica, patologias endócrinas, neurológicas, hematológicas, cardíacas ou outras congénitas; ou relacionadas com patologias da gravidez atual: malformações fetais, rastreio de cromossopatias positivo, hemorragias, RCIU, doenças hipertensivas, DMG, APPT, gravidez múltipla, alterações do LA, entre outros (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

O CHPVVC tem a disponibilidade para o internamento de grávidas de risco, ou seja, todas aquelas que durante a gestação desenvolvam situações de patologia, associada ou não à gravidez, que imponham a necessidade de vigilância e cuidados contínuos de profissionais de saúde, sob o risco de atuação imediata na tentativa de restabelecer a normalidade da situação ou proteger a grávida e o feto de situações de maior risco, danos ou morte.

Durante o tempo de estágio decorrido nesta instituição não foram vastos os casos de internamento nas grávidas de risco. Esse facto poderia constituir uma

restrição à aprendizagem e aquisição de conhecimentos e aplicação dos mesmos na prática clínica, uma vez que a prestação de cuidados a grávidas de risco é também um objetivo a atingir. Não obstante, foi possível contactar com situações clínicas de hiperémese gravídica, dores abdominais e febre durante a gestação, abortamento e retenção de ovo desvitalizado, hemorragias de terceiro trimestre, ameaça de parto pré-termo, bem como quadros de DMG. Todas estas utentes foram internadas na enfermaria reservada à vigilância de grávidas de risco, sob o olhar atento das Enfermeiras EESMO e das estagiárias de Enfermagem de SMO, numa articulação contínua com outros profissionais de saúde da área.

Constatou-se, porém, que a gestão de cuidados a grávidas de risco está muito dependente das intervenções resultantes de prescrição, nomeadamente na administração medicamentosa para controlo sintomático, no caso de hiperémese gravídica ou dores abdominais e febre, para maturação pulmonar fetal ou dos tocolíticos e na vigilância dos efeitos dos fármacos, nos casos de ameaça de PPT. Contudo, existem áreas de intervenções autónomas de Enfermagem, que justificam a necessidade de enfermeiras EESMO, tendo estas um papel fundamental com os seus conhecimentos e capacidades na área da obstetrícia e saúde materna. É o caso da vigilância dos sinais e sintomas, de vigilância de alterações ou necessidades específicas, em que haja necessidade de alertar outros profissionais, sejam elas do âmbito médico, social ou espiritual. Também é o caso da intervenção a nível do autocuidado⁴ durante o período pré-natal, promovendo à mulher grávida os conhecimentos necessários e as capacidades para manter o seu nível operacional durante a gestação, gerindo da melhor forma as complicações ou os desconfortos sentidos. A manutenção do bem-estar geral é importante para a grávida, na medida em que proporciona uma melhor adaptação ao estado gravídico e previne a ocorrência de problemas durante a gestação, sejam eles físicos ou psíquicos.

Os desconfortos da gravidez são diferentes consoante o trimestre de gestação em que a mulher se encontra, muitos dos cuidados que as mulheres procuram referiam-se à gestão e alívio destes sintomas de modo a que possam experienciar plenamente a sua gravidez (Corbett in Lowdermilk & Perry, 2008). Apesar de tudo, este pareceu ser um campo com bastante aceitação e com grandes tentativas de solucionar o problema, já que as alterações mamárias, os desejos, a azia, as náuseas, os vómitos, a urgência urinária, a obstipação, a insónia e os desconfortos perineais são sintomas comumente abordados e associados à gravidez. Portanto,

⁴ Autocuidado: “Atividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (International Council of Nurses, 2011).

durante o estágio nas grávidas de risco, eram realizados processos formativos no sentido de orientar a mulher para manter o seu autocuidado, no que toca às questões dos desconfortos da gravidez, nas situações em que era colocado ou observado o problema (Tabela 1).

Desconfortos		Intervenções de Enfermagem para o Autocuidado
Primeiro Trimestre	Alterações mamárias	Ensinar sobre alterações mamárias durante gravidez; Aconselhar o uso de soutien de suporte; Ensinar sobre cuidados de higiene diária das mamas; Ensinar sobre hidratação diária das mamas.
	Urgência urinária e aumento da sua frequência Polaquiúria	Incentivar o esvaziamento frequente da bexiga; Aconselhar a diminuição da ingestão hídrica antes de dormir; Aconselhar a diminuição de ingestão de bebidas com cafeína; Ensinar sobre exercícios de Kegel (para reforçar os músculos do pavimento pélvico e diminuir a perda de urina); Ensinar sobre sinais de alerta de infeção urinária (dor ou ardor ao urinar, aumento da temperatura corporal); Vigiar sinais de infeção; Monitorizar temperatura corporal.
	Mal-estar e fadiga	Incentivar repouso, de acordo com as necessidades.
	Náuseas e vômitos; enjoos matinais	Ensinar sobre estratégias que diminuam as náuseas e vômitos. Aconselhar o consumo, ao longo do dia, alimentos com proteínas (queijo, nozes, ovo) e evitar alimentos ricos em gorduras, especiarias, picantes ou fritos; Incentivar o consumo de bolachas/biscoitos secos antes de se levantar, pela manhã; Ensinar sobre não permanecer de estômago vazio durante muito tempo; Incentivar várias e pequenas refeições por dia; Incentivar a diminuição e/ou abandono do tabaco; Incentivar a permanência em decúbito dorsal ou lateral, enquanto os sintomas persistirem;
	Ptialismo; gengivite	Aconselhar uma dieta equilibrada e livre de alimentos fritos, gorduras ; Incentivar uma higiene oral cuidada; Incentivar pastilhas elásticas ou rebuçados para alívio;
	Alterações do humor	Incentivar a procura de apoio de profissionais de saúde ou grupos de apoio;

		Orientar em evitar o isolamento.
Segundo Trimestre	Desejos alimentares	Aconselhar na satisfação dos desejos, exceto se estes interferirem com uma dieta cuidada; Incentivar na identificação eventuais desejos invulgares.
	Azia	Aconselhar a evitar ter estômago vazio durante muito tempo; Aconselhar a evitar alimentos ricos em gorduras, especiarias, picantes ou fritos; Incentivar a fazer várias e pequenas refeições por dia; Incentivar a beber leite para alívio sintomático.
	Hipotensão em decúbito; lipotímias	Aconselhar a evitar estar em decúbito dorsal ou lateral direito durante muito tempo, preferir estar em posição semi-sentada ou em lateral esquerdo; Incentivar o exercício moderado frequentemente; Ensinar sobre a importância de evitar hipoglicemia.
	Alterações na pele; prurido	Aconselhar a manter as unhas curtas e limpas; Incentivar a não coçar; Ensinar sobre manter o uso de medidas de conforto para alívio sintomático (banho, aplicação de loções ou cremes, uso de vestuário largo).
Terceiro Trimestre	Obstipação	Ensinar sobre a ingestão hídrica de dois litros por dia ou seis a oito copos por dia; Incentivar a prática de exercício físico moderado (como caminhadas com duração mínima de 20 minutos por dia); Incentivar a ingestão de fibras (pão, cereais, frutas cruas, vegetais); Incentivar a regularizar as defecções.
	Varizes	Aconselhar a evitar longos períodos de pé ou sentada; Ensinar sobre não usar roupa apertada e usar meias de descanso; Incentivar o exercício moderado e descansar com as pernas e ancas elevadas; Incentivar a fazer duchas de água ligeiramente fria, para alívio da dor e do edema.
	Hemorroides	Incentivar a adoção de medidas de prevenção de obstipação; Incentivar a uma correta limpeza perineal, após evacuar; Orientar para evitar esforços durante a defecação. Incentivar a fazer banhos de água morna perineal para alívio da dor e do edema.

	Desconforto perineal	Aconselhar o repouso e relaxamento consciente e manter uma postura corporal correta; Incentivar a comunicar ao profissional de saúde para avaliação.
	Insónias	Aconselhar o uso de métodos de relaxamento; Promover massagem dorsal e lombar; Apoiar partes do corpo com almofadas; Incentivar à ingestão de leite morno ou tomar duche antes de deitar.
	Contrações de Braxton-Hicks	Aconselhar a repousar, alternar de posição; Aconselhar o uso de técnicas de respiração quando as contrações forem intensas e dolorosas; Explicar que estas contrações são normais no final da gestação, são caracterizadas pela irregularidade e cessação com repouso e relaxamento.

Tabela 1: Ensinar sobre o Autocuidado durante a gravidez, no alívio dos desconfortos

Uma das complicações mais verificadas nas utentes grávidas em vigilância no CHPVVC, durante o período de prática clínica, foi a presença de Diabetes *Mellitus*, na sua maioria Gestacional, refletindo o crescente número de mulheres com diabetes, prévias ou não à gestação, por todo o mundo (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo et al., 2011). Um dos cuidados mais importantes a estas utentes é fazê-las perceber a importância de manter os níveis de glicose e como podem fazê-lo, ou seja, trabalhar os conhecimentos e a aprendizagem de capacidades no âmbito do autocuidado na gravidez, do exercício físico e da alimentação e da gestão do regime terapêutico. Desta forma, a estas grávidas foi ensinado e instruído sobre os efeitos da diabetes na gravidez, como controlar os níveis glicémicos, através da alimentação ou administração de insulina, e foi-lhes fornecido material de apoio - leitura e máquinas de PGC.

Relativamente ao risco de um descontrolo de DMG, à grávida e familiares - já que a gravidez é uma transição vivenciada também pela família - era explicado que a diabetes consiste num aumento da concentração sérica de glicose no sangue, devido a um aumento da produção hepática de glicose e aumento da resistência muscular à insulina - provocada pelo acréscimo de progesterona, estrogénios e hCG placentar. Consequentemente, é aumentado o risco de distúrbios glicémicos e mal-estar materno; prevalência de HTA, macrosomia fetal, com maior risco de distócia de ombros e traumatismos durante o parto, síndrome de dificuldade respiratória do recém-nascido e hiperbilirrubinémia (Baracho, 2007; Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008).

Através do material fornecido e de uma técnica de PGC devidamente instruída, eram incentivadas a proceder a uma autovigilância glicémica, abrangendo três pesquisas pré-prandiais e três pós-prandiais (pequeno-almoço, almoço e jantar, uma hora após o início da refeição), podendo ser necessário também ao deitar, de forma a obter melhores dados relativamente ao seu perfil glicémico (Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo et al., 2011). Dependendo dos valores obtidos, os níveis poderiam ser controlados com um ajuste alimentar e recurso ao exercício físico ou poderia necessitar da administração de insulina de ação lenta e/ou de ação rápida, de forma a obter valores entre os 60 e os 90 mg/dl em jejum e antes das refeições e valores pós-prandiais de 100 a 120mg/dl (Idem). Às grávidas, era ainda fornecido um boletim adequado para o registo dos valores de PGC, administração de insulina, ajustes alimentares ou outras observações, para reflexão em cada consulta de vigilância da gravidez.

Tanto nos casos de vigilância pré-natal como em contexto de internamento hospitalar, todas as grávidas, principalmente as que têm algum fator de risco, beneficiavam com a presença e os cuidados de um enfermeiro EESMO, não só pelos conhecimentos técnicos na prestação de cuidados diretos, mas também por possuírem uma ampla bagagem de conhecimentos na área da educação para a saúde. A emergência constante da necessidade de atualização dos conhecimentos em SMO, bem como o reconhecimento das suas aptidões nesse âmbito, conferem aos enfermeiros EESMO o reconhecimento de profissionais competentes e adequados para a vigilância da gravidez fisiológica em vários países europeus. Aguarda-se, no entanto, o reconhecimento social e político dos mesmos profissionais em Portugal.

As necessidades nutricionais são, em parte, determinadas pelo estadio da gestação (Perry in Lowdermilk & Perry, 2008). Tal como Batista e colaboradores (2003) sugerem, as necessidades nutricionais durante a gravidez alteram-se e, nesse sentido, o organismo vai modificando a distribuição dos nutrientes ao longo da sua evolução, de forma a dar resposta a essas necessidades. A nutrição e os hábitos diários de exercício físico são dois dos muitos fatores que condicionam o resultado final da gravidez, já que através dos consumos maternos o feto receberá aquilo de que necessita, para crescer e desenvolver-se de forma saudável (DGS, 2005). Assim, será essencial a adaptação alimentar da grávida, conforme o estadio da gravidez e/ou potenciais complicações desenvolvidas.

Um aumento exagerado de peso durante a gravidez, muitas vezes influenciado pelo mito de “comer por dois”, pode vir a desencadear obesidade, aumentando consequentemente a susceptibilidade a infecções, abortos espontâneos, partos

pós-termo, DMG, pré-eclâmpsia, macrosomia fetal, ocorrência, bem como consequentes complicações no parto e puerpério (necessidade de episiotomia, maior taxa de lacerações perineais e cesariana), uma maior oportunidade de desenvolver um síndrome de ovários poliquísticos e uma diminuição da qualidade de vida (Tendais, Figueiredo, Mota, 2007; Melo, 2011; Wojtyła et al., 2011).

A hiperémese gravídica, por sua vez, é descrita como uma condição de vômitos persistentes, mais frequentemente observado durante o primeiro trimestre de gravidez em nulípara com antecedentes de obesidade, enxaquecas ou gestação múltipla. Esta situação pode levar à desidratação, a um desequilíbrio hidro-eletrolítico e carência nutritiva, bem como a uma perda de peso superior a 5% do peso inicial, cetose e cetonúria (Graça, 2005; Corbett in Lowdermilk & Perry, 2008;). O seu tratamento passa pelo alívio dos sintomas e restabelecimento das necessidades nutritivas, hídricas e electrólicas da utente, para melhor desenvolvimento fetal; bem como a introdução de alimentos de forma evolutiva para reiniciar a alimentação oral logo que possível, com administração de antieméticos para alívio sintomático (Graça, 2005; Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). A persistência e não controlo desta condição pode levar a distúrbios hepáticos e renais, lesões do esófago e síndrome de aspiração ácida (Graça, 2005).

Assim, o papel desempenhado foi voltado para a gestão dos sintomas, através da administração de fluídos e antieméticos por via endovenosa; a vigilância de complicações, como a acidose metabólica, a icterícia ou a hemorragia; a introdução de alimentos na dieta e ensinios à utente sobre a sua condição e como gerir a mesma: explicou-se que após a correção da desidratação causada pela hiperémese, através da administração de fluídos seguiria a introdução de alimentos, iniciando por líquidos (mais facilmente digeridos e assimilados) e progredindo segundo a sua tolerância à dieta.

Ao confirmar-se o estabelecimento de uma alimentação tolerável e adequada, referia-se à grávida que deveria evitar alimentos gordurosos, fritos ou muito aromatizados, preferindo os alimentos secos, leves, frios e ricos em proteínas, distribuídos em várias refeições por dia. As recomendações para a ingestão de carboidratos e gordura não são específicas, pelo que a sua ingestão, pelo menos a de nutrientes, em geral, deve estar adequada com o aumento de peso recomendado. Por outro lado, as necessidades energéticas aumentam, especialmente nas mulheres de baixo peso e praticantes de exercício físico. O consumo de água ou outros líquidos brancos (como o leite e os sumos de fruta) recomendado é de 1,5L a 2L - equivalente a seis a oito copos - por dia, já que esta parece ser essencial às trocas de nutrientes e de produtos resultantes do

catabolismo e representa o principal constituinte do sangue, linfa e líquido amniótico; contribui também para a manutenção da temperatura corporal e promove o bom funcionamento intestinal (Perry in Lowdermilk & Perry, 2008).

Todas estas informações e vigilâncias decorreram durante os contactos no internamento, tentando sempre manter uma atitude calma, sensível e empática, que diminuísse o impacto do internamento e não fosse gerador de stress e angústia por parte da mesma (Corbett in Lowdermilk & Perry, 2008).

As hemorragias durante o primeiro trimestre de gravidez constituem um dos fatores, se não o fator, mais alarmante para a mulher grávida e família, podendo significar um abortamento de primeiro trimestre. Um abortamento não é mais do que toda a gravidez que termina, naturalmente, antes das 20 semanas de gestação, podendo ter como causa fatores ambientais (como a presença de toxinas, traumatismos); fatores de consumo (como o tabaco, álcool ou outras drogas); fatores maternos - desequilíbrios endócrinos (como o hipotireoidismo ou a DM); fatores imunológicos (como os anticorpos antifosfolipídicos; infecções; doenças sistémicas ou crónicas, como lúpus; fatores genéticos); ou problemas ginecológicos, como incompetência cervical, leiomiomas uterinos (Corbett in Lowdermilk & Perry, 2008; Cunningham et. al, 2010). Existem vários tipos de abortamento que diferem no tipo de produto de concepção expulso, podendo ser completo, incompleto, retido ou apenas uma ameaça. A presença de dor, contractilidade uterina e hemorragia é frequente em qualquer situação, mas só após visualização da cavidade uterina é que será possível perceber que tipo de abortamento é que ocorreu (Idem).

Durante o tempo de estágio foi possível contactar com duas situações diferentes: um aborto retido, numa gestação de 12 semanas e um aborto completo, numa gestação de seis semanas. No primeiro caso, tratava-se de uma utente cujo índice obstétrico era de II Gesta I Para e recorreu ao SU de Obstetrícia, referindo dores abdominais e *spotting*. Após ecografia verificou-se a presença de um embrião não viável, mas pela avaliação ginecológica, o colo do útero apresentava-se fechado, pelo que a utente ficou internada para se iniciar o protocolo de esvaziamento uterino no primeiro trimestre, preconizado no CHPVVC e por Campos, Montenegro e Rodrigues (2008). No segundo caso, a utente, de nacionalidade estrangeira, deu entrada por dor abdominal intensa e hemorragia, mostrando a ecografia a retenção do produto de concepção, que havia de expulsar momentos mais tarde, espontaneamente. Ficou internada para alívio da dor e vigilância.

Em ambos os casos, tal como nos casos de morte fetal ou neonatal, as questões psicológicas e emocionais exerceram maior pressão do que propriamente

os cuidados físicos e procedimentos interdependentes. Uma Enfermeira EESMO tem de possuir a capacidade de empatizar com estas mulheres e dar valor ao seu sofrimento, sem se envolver emocionalmente, para que consiga gerir da melhor forma os cuidados à utente sem ferir a sua susceptibilidade. A reflexão incidiu nisto mesmo: mais do que prestar os cuidados físicos à mulher, na promoção do conforto, na administração das prostaglandinas e vigilância dos sintomas e dos produtos que vão sendo expulsos, como é que se reage perante esta família nestas situações? É certo que durante as aulas teóricas do curso se debateram estes assuntos relacionados com o comportamento dos profissionais de saúde no luto (não só no início da gravidez, como em todo o período gestacional e pós-natal), realçando a utilização de uma abordagem empática, calma e de consideração pelo sofrimento daquela família. Assim, no contacto com a pessoa em luto, tentou-se evitar a abordagem distante e o recurso a temas casuais sem importância; deu-se ênfase e valorizaram-se os sentimentos da mulher, realçando as suas expressões mais positivas. A disponibilidade, o toque, o silêncio, a privacidade foram mensurados e aplicados quando necessário. Mas na altura de colocar estes conhecimentos adquiridos em prática, tudo o que se resume a uma questão: “será este o momento ideal para...?”.

As hemorragias do terceiro trimestre, por sua vez, têm outras causas. Uma hemorragia abundante poderá ser sinónimo de descolamento de placenta, ou presença de placenta prévia, Placenta Acreta, Increta, ou Percreta⁵ (Cunningham et al., 2010), contudo não houve contacto com este tipo de realidade. As hemorragias que levaram a várias mulheres a darem entrada no SU de Obstetrícia, durante o decurso deste ensino clínico, estavam relacionadas na sua maioria, com perdas de sangue, após exame por toque vaginal ou sonda ecográfica transvaginal ou mesmo relacionadas com o coito, pelo que, a intervenção passou por realizar ensinamentos relativamente à sexualidade durante a gravidez e tranquilizar a grávida, referenciando-a para o médico obstetra, para avaliar o bem-estar fetal⁶.

Existem muitos mitos em relação à atividade sexual durante a gravidez, pelo que é importante proporcionar a estes casais um ambiente de abertura e aceitação para que se possam desconstruir falsas crenças. Relativamente ao coito

⁵ Placenta Acreta - o termo placenta acreta é utilizado para descrever qualquer implante da placenta em locais onde a decídua está pouco desenvolvida, no qual existe aderência anormalmente firme à parede do útero, havendo contato das vilosidades com o miométrio;

Placenta Increta - tipo de acretismo placentar, em que as vilosidades da placenta chegam a invadir profundamente o miométrio uterino;

Placenta Percreta - tipo de acretismo placentar, em que as vilosidades podem penetrar através do miométrio, chegando à serosa (Graça, 2005).

⁶ A ecografia permite obter dados relativamente ao bem-estar fetal, nomeadamente através dos seus valores de FCF, alterações no LA, diagnosticar sinais de abortamento ou de PPT.

e orgasmo durante a gravidez em mulheres saudáveis, não existe contraindicações específicas. Contudo, se houver historial de abortamento, ameaça de aborto ou APPT, RM, hemorragia ou dor abdominal, o casal deve ser encorajado a ter algumas precauções nos atos sexuais (Corbett in Lowdermilk & Perry, 2008).

Assim, o ensino relativamente à sexualidade durante a gravidez não teve um cariz de proibição, mas de aconselhamento e de alerta para eventuais sinais e sintomas característicos, como ligeiro sangramento da mucosa vaginal ou contração uterina prolongada - podendo demorar mais do que um minuto, substituindo as contrações normais de um orgasmo (Idem). Esta intervenção era enriquecida com ensinamentos relativamente à vigilância do bem-estar fetal, pela detecção dos movimentos fetais.

A contagem dos movimentos fetais já há muito tempo que é utilizada na vigilância pré-natal: ao atingir o terceiro trimestre, a mulher grávida era incentivada a contar os 10 primeiros movimentos fetais do dia e anotar quanto tempo demorou (Graça, 2005). Porém, estas técnicas estão desaconselhadas pela OMS, já que este método não traduz fielmente as alterações no bem-estar fetal e aumenta a ansiedade materna, bem com o número de falsas diminuições de movimentos. Neste sentido, era explicado à mulher e família que o feto tem padrões de sono, durante os quais está calmo e não há perceção de movimentos e padrões de vigília, durante os quais há maior perceção de movimentos. Estes padrões podem ser influenciados por fatores intrínsecos à mãe (como a alimentação, o cansaço, os períodos de repouso, a ansiedade) e fatores extrínsecos (como a luz, o som, a vibração da câmara amniótica). Portanto, é importante conhecer quais os horários habituais de cada padrão, e no caso de se identificar qualquer alteração ou diminuição na perceção dos movimentos fetais, acompanhados ou não com perda de sangue ou líquido, as utentes eram incentivadas a procurarem assistência junto dos profissionais de saúde. Esta parece ser uma forma mais simples e menos geradora de stress de, em casa, a mulher ser capaz de identificar alterações no bem-estar fetal, já que algumas sabiam identificar os padrões, como a D.^a C. que dizia “ele mexe-se mais à noite... Assim, depois de jantar, quando vou até ao sofá ver um pouco de televisão ele mexe-se muito. E todos os dias é assim... Que engraçado!” [sic] ou a D.^a M, que durante a monitorização da FCF referiu “Ela mexe-se muito a esta hora. Mesmo quando estou a trabalhar tenho que me deitar um pouco, porque ela dá cada pontapé forte! Depois sossega e só volta a mexer-se muito quando chego a casa...” [sic], o que acabava por ser uma boa oportunidade para falar na avaliação dos movimentos fetais, elogiando o conhecimento dos padrões de sono e vigília do feto.

Uma outra situação que pode levar ao internamento da grávida é a de APPT. Caracterizada pela presença frequente de contractilidade regular e dolorosa, com distensão do segmento inferior antes das 37 semanas de gestação. Esta condição difere de um PPT efetivo por não apresentar extinção e dilatação do colo uterino (Graça, 2005). Em qualquer situação de ameaça de PPT, é importante manter a vigilância da mulher grávida para a confirmação de uma ameaça ou de um parto pré-termo efetivo. Contudo, quanto mais precocemente acontecer, maior deverá ser a vigilância e o nível de atuação, uma vez que maior é a probabilidade de risco fetal.

Os riscos associados a um parto pré-termo estão diretamente relacionados com o atraso de maturação pulmonar fetal. A produção de surfactante alveolar - substância com propriedades tensioativas que impedem os alvéolos de colapso à primeira expiração do RN - inicia-se pela 25ª semana de gestação, mas só está pronta a libertar-se pela 35ª semana e quanto mais tempo gestacional tiver o feto, mais surfactante libertará pelos alveolócitos II e mais maturidade pulmonar adquirirá (Graça, 2005). Ao desencadear-se uma ameaça de PPT muito precoce ou um PPT efetivo, será comum encontrar prescrições de agentes tocolíticos - inibidores do TP - e de prostaglandinas, para estimulação da maturidade pulmonar do feto.

A ação desenvolvida nesta situação, para além de administração dos fármacos e vigilância de sinais e sintomas adversos, passou por fazer uma vigilância cuidadosa de sinais de evolução de TP, do bem-estar materno-fetal, bem como intervir na educação para a saúde, recomendado repouso para não promover a evolução de TP, explicando a fase de desenvolvimento em que o seu bebé se encontrava e os riscos associados ao nascimento prematuro. Por outro lado, importou ter em atenção o conforto das utentes e o risco de tromboembolismo por se manterem demasiado tempo em repouso, associado à estase venosa própria da gravidez. Assim, as mesmas foram incentivadas a elevar e mobilizar frequentemente os membros inferiores, fazendo extensão e flexão do dorso do pé e rotação dos pés.

3 AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

Durante anos, os enfermeiros EESMO eram denominados de “parteiras”, uma vez que o que distinguia estes profissionais de outros e o que lhes atribuía a particularidade do seu exercício profissional era o conhecimento e a capacidade de acompanhar um trabalho de parto e executar o parto. Se, inicialmente, este era um conhecimento popular, transmitido de geração em geração, numa fase posterior, estas profissionais foram submetidas a planos curriculares, com o objectivo de estabelecer uma inteligibilidade e eficácia ao ato (Carneiro, 2003). O facto de haver uma subordinação curricular das parteiras para com a Enfermagem, estas passam a pertencer a um subgrupo que lhes confere a especialidade de ação e, assim, enriquecer o âmbito e o campo de atuação de Enfermagem (Idem).

A OE, no seu regulamento para a prática do enfermeiro EESMO, prevê que a sua atuação recaia nos cuidados *à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina* (Regulamento nr. 127/2011, p.5), na medida em que promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto; diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher, numa articulação interdisciplinar; providenciando os cuidados à mulher com ou sem patologia associada e/ou concomitante com a gravidez/trabalho de parto. Sem esquecer os cuidados ao RN, o enfermeiro EESMO é responsável por facilitar a sua adaptação ao meio extrauterino, identificando e intervindo em situações de risco ou orientando para os profissionais mais competentes para o caso (Regulamento nr. 127/2011).

Na proposta de Diretiva do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao Reconhecimento das Qualificações Profissionais (2002), a Comissão das Comunidades Europeias é bem clara relativamente às exigências na formação do EESMO, no que toca às experiências na sala de partos/nascimentos:

- *Realização de, pelo menos, quarenta partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, poderá ser reduzido, no mínimo, a trinta, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;*

- *Participação ativa em partos de apresentação pélvica. Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;*
- *Prática de episiotomia e iniciação à sutura. A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos. A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se for absolutamente indispensável.*

A realização de partos pélvicos não foi possível, já que estes casos são orientados para cesarianas eletivas, quando detetados pelas ecografias, foi realizada a simulação em contexto de prática laboratorial. Numa perspectiva pessoal, será tão importante e fundamental para a formação profissional a execução dos 40 partos e a assistência a partos instrumentados, mas também o acompanhamento de todo o trabalho de parto e o estabelecimento de uma relação terapêutica, de forma a auxiliar a mulher a experienciar aquele que será, provavelmente, o momento mais marcante da sua vida.

3.1 A Admissão da Parturiente

O TP e parto são eventos fisiológicos e naturais, contudo carregados de emotividade, medo, incerteza e ambiguidade, o que o torna marcante e inesquecível. Assim, todo o profissional de saúde deve ter em conta que qualquer atitude, palavra ou comportamento perante a mulher ou o casal, desde a admissão até à alta, será gravado nas suas memórias, sendo esse o motivo pelo qual a assistência ao parto tem vindo a sofrer grandes evoluções (Federación de Asociaciones de Matronas De España, 2009). Este facto pôde ser verificado quando após o nascimento da sua filha, um homem referiu “há palavras que, realmente marcam e não serão esquecidas: <<o meu nome é Mónica, sou enfermeira e estagiária no BP, e sou eu quem vai acompanhar o TP e realizar o parto, se assim o permitirem e desejarem.>>” [sic]. De forma a facilitar este processo, será importante que os profissionais adotem uma filosofia de respeito às necessidades da mulher/casal, dando ênfase às suas escolhas e decisões, negociando qualquer intervenção realmente necessária, de forma a empoderar⁷ a mulher durante o seu trabalho de parto (Lafrance & Mailhot, 2005; Hermansson & Mårtensson, 2011).

⁷ Empoderar surge como tradução para português da palavra *empowerment*, um termo complexo e de difícil definição, uma vez que envolve aspetos educacionais, organizacionais, sociológicos, psicológicos e ambientais (ICM, 1993 cit in Hermansson, & Martensson, 2011). Contudo, Simmons e Pearsons (1983 cit in Hermansson, & Martensson, 2011) definem como sendo um processo de capacitação da pessoa em controlar o seu meio ambiente e atingir a autodeterminação. No contexto da saúde, mais especificamente na Saúde Materna, *Empowerment* traduz uma troca de poder e de controle: a pessoa na posição de domínio e conhecimento (enfermeiro EESMO) transporta-os para a outra pessoa

Desde logo, a atitude perante a mulher grávida, iniciou-se no momento em que cada uma dá entrada no bloco de partos: as clientes foram sempre chamadas pelo nome preferido; foi realizada, em cada situação, uma apresentação cuidada, referindo o nome e a profissão - neste caso, realçar a qualidade de estagiário da ESEP sob orientação de um EESMO - e dando conhecimento de que seria a pessoa a acompanhar o seu TP e parto - salvaguardando que todas as intervenções seriam do conhecimento de um enfermeiro EESMO e sujeitas à sua validação. Este era um momento preferencial para procurar descobrir as expectativas e angústias do casal, esclarecer algumas dúvidas susceptíveis de esclarecimento e modos de atuação, bem como criar uma relação terapêutica com ambos.

Após encaminhar o casal para a unidade designada, seguia-se a recolha de dados importantes para a atuação posterior, bem como conhecer a história clínica e obstétrica daquela: idade materna; estado atual de saúde; antecedentes clínicos, como patologias crónicas ou agudas no momento, cirurgias anteriores; dados obstétricos, como idade gestacional, paridade, vigilância pré-natal, aumento de peso ponderal, patologias durante a gravidez, frequência em cursos de PPP. Todas estas informações eram recolhidas no BSG e confirmadas pela própria parturiente, de forma a que fossem recolhidas informações omitidas ou alteradas desde o seu preenchimento até ao momento de admissão no BP. Todos estes dados eram registados no processo clínico virtual da parturiente, de modo a constituir um registo de informações sobre cada uma das mulheres e as suas individualidades.

Importante também foi apresentar o espaço físico do BP, bem como da unidade que iria ocupar e explicar o modo de funcionamento da equipa e os procedimentos que serão ou poderão ser realizados durante o TP e parto: no caso de uma indução de TP, existem intervenções que necessitavam de ser esclarecidas, como a colocação do fármaco, os efeitos desejáveis e os efeitos colaterais, o que iria sentir e o que seria expectável acontecer. Mais uma vez, todo este cuidadoso modo de atuação contribuíram para o *empowerment* da mulher, dando a liberdade de esta tomar decisões devidamente informada.

Pela experiência obtida, nunca nenhuma mulher ou casal se opôs a que qualquer um dos estagiários EESMO lhes prestassem cuidados e participassem no TP e parto, embora em alguns casos seja notória a necessidade de sentirem a presença de alguém com mais experiência por perto, para se sentirem mais seguras e com mais confiança. Por outro lado, para muitas mulheres, este seria o

(grávida/parturiente/família), para que a própria tenha controlo e noção sobre o que está a experienciar, e agir de acordo com as suas necessidades. E é dentro desta dinâmica interpessoal e intrapessoal, que mulher e enfermeira partilham o processo de tomada de decisão e a ambas é dado um senso de autoestima (Lafrance & Mailhot, 2005).

primeiro contacto com o ambiente hospitalar - muitas vezes relacionado com processos de doença. Por ser o ambiente onde iriam passar grande parte deste momento marcante associando o facto de estar com profissionais que não conhece e com quem não tem qualquer relação, os níveis de ansiedade e medo podem aumentar, podendo levar mais facilmente a um aumento da duração de TP, complicações durante o parto ou a desencadear necessidade de executar partos distócicos (Federación De Asociaciones De Matronas De España, 2009). Este foi um fator que mereceu alguma reflexão⁸, enriquecida com a opinião e a experiência da enfermeira EESMO M.A.: como potenciar a relação terapêutica com estes casais e fazê-los entender que o TP está a ter uma evolução fisiológica, num momento de *stress* como este?

O termo “engravidar pelos ouvidos” nunca foi tão bem aplicado como nas mulheres grávidas, principalmente nas primigestas; estas recolhiam informações sobre TP e parto de várias fontes: nos média, na vizinha, na amiga, na família, que pode ser a avó, a mãe ou aquela que recentemente teve um filho - para muitas, o único contacto com crianças e com a parentalidade terá sido com os seus próprios pais, depositando sobre o cargo de *modelo* (Saito, Gualda, 2002; Canavarro, 2006). Se os média as presenteiam frequentemente com a associação parto-gritos-dor, as experiências negativas das mulheres confirmam-no, ao contrário das positivas que são facilmente esquecidas ou nunca partilhadas, alimentando o medo pelo desconhecido ou pela “dor de parto”⁹ (Saito & Gualda, 2002). Mas o contrário também se verificou: quando existia contacto com a mulher que teve um parto que ela considera “maravilhoso”, a grávida ficava a desejar que o seu também o seja, tal e qual. No confronto com a realidade, as dúvidas sobre a fisiologia do TP, o desconhecido, o facto de não estar a corresponder com o que lhe foi dito, traziam à tona o medo e a ansiedade. Esta foi a base de sustentação da reflexão, que levou a perceber um pouco melhor o ponto de vista e de atuação da EESMO M.A..

Segundo a EESMO M.A., a experiência no campo mostra que a interação que se tem com o casal desde a sua admissão vai determinar o sucesso do parto, ou seja, a relação terapêutica será melhor estabelecida quanto mais esse casal ou essa

⁸ A reflexão-na-ação é o primeiro passo para que um iniciante passe a ter a plena consciência de que a sua ação faz parte da construção de uma prática desejável (Johns, 2004 cit. in Erwin, 2013), assimilando conhecimentos táticos que permitem utilizar o julgamento clínico em situações complexas onde não existe o fazer bem ou fazer mal. Se num profissional experiente este pensamento é intuitivo, para um iniciante representa uma maneira de enriquecer o conhecimento e a prática que a escola lhe predispõe (Erwin, 2013).

⁹ Considere-se como sendo “dor de parto” todas as sensações referidas pelas parturientes, que provoquem desconforto ou sensação dolorosa durante todo o trabalho de parto e parto.

mulher se sentirem seguros e confiantes neles próprios e no profissional que os acompanha, conseguindo atingir um *empowerment* mais significativo e, logo, partos mais satisfatórios para as mulheres. Referiu que por vezes é mesmo necessário mostrar-lhes que quem está “deste lado” é também um ser humano com tudo o que isso acarreta: os sentimentos, as experiências e as vivências das mesmas situações, ou falta delas, necessitam de ser partilhadas para que as utentes sintam que também já se esteve daquele lado e que são compreendidas. Ao mesmo tempo, a avaliação que se vai fazendo do decorrer do TP, atestando que tudo está bem, que está a haver evolução conforme o esperado, transmite segurança; salienta ainda o facto de nunca dar muitas expectativas à mulher, mantê-la sempre informada da verdadeira evolução do TP: “Explica sempre quanto tempo pode demorar cada fase, podendo haver desvios, faz a avaliação e discute com o casal como está a ser a evolução, mostra que está tudo a decorrer fisiologicamente, assim garantindo a confiança e a calma, quer seja um TP rápido ou mais lento” [sic].

De facto, ao mesmo tempo que é dado a conhecer o lado humano e pessoal do profissional, os conhecimentos técnicos e científicos podem ser fornecidos, de forma a transportar a realidade vivenciada pela parturiente para a fisiologia do TP e parto, tentando, de certa forma, relacionar o conhecimento empírico com o conhecimento científico. Uma associação destes dois tipos de conhecimento revelaram-se como estruturantes na confiança que a utente depositou no profissional de saúde que a acompanhava, minimizando o grau de medo ou ansiedade e, conseqüentemente, minimizando os riscos e a duração de TP e aumentar o grau de satisfação da parturiente. Por outro lado, ao manter esta relação de proximidade com o casal, qualquer intervenção necessária para a eficácia do parto seria mais bem aceite e todas as dúvidas, incertezas, sensações e sentimentos eram partilhados, facilitando a humanização do parto.

Era prática comum que a parturiente retirasse a sua roupa e vestisse uma bata do hospital (embora pudesse manter a roupa interior e calçar chinelos próprios). O objetivo desta prática era que a mulher estivesse fisicamente preparada para qualquer necessidade urgente de ser submetida a uma cesariana e não fosse necessário, nessa altura, estar a perder tempo em retirar roupas. Colocaram-se, então, questões em torno deste facto: numa visão humanística do parto, será esta atuação a mais correta e a mais confortável para a mulher? Ou será mais importante a rapidez e a eficiência de atuação na urgência em vez de promover o conforto? A verdade é que em todo aquele tempo de prática clínica, nunca nenhuma mulher perguntou se poderia ficar com a sua roupa, nem tão pouco traziam roupas confortáveis para o efeito, aceitando prontamente a bata; por

outro lado, e olhando da sua perspectiva, calças ou jeans e camisolas deixam de ter qualquer conforto à medida que a intensidade e frequência das contrações aumentam ou a partir do momento em que há rutura de membranas e perda constante de LA (momento a partir do qual usualmente é colocada uma fralda à parturiente).

À medida que o TP evolui, emerge um conflito de sentimentos provocado pelo medo e apreensão *versus* excitação e felicidade. A tensão e o medo são fatores que contribuem para uma percepção alterada da dor de TP, afetando a experiência do parto. Contudo, a abolição da sensação de dor referida pelas mulheres, pode não melhorar o desfecho e a experiência do parto, mas a sua gestão individualizada, de acordo com as características e escolhas de cada uma, pode aumentar a sua autoconfiança e efetivar um carácter positivo ao momento (Smith et. al, 2010). As terapias complementares vêm ganhando o seu poder no meio ocidental, cada vez mais são utilizadas no sentido de solucionar problemas de saúde e têm demonstrado o seu poder no alívio sintomático na referida dor de trabalho de parto, para mulheres que recusam a administração de terapêutica (Idem). Assim, falta, aplicá-las na prática e incentivar o seu uso, quer às mulheres grávidas, como aos profissionais, mostrando os seus benefícios na experiência e evolução do TP e parto, contrastando com as desvantagens de um parto altamente medicalizado (Smith et. al, 2010; Sartori et. al, 2011; Silva et. al, 2013).

Seguindo essa lógica, era oferecida à mulher e acompanhante a oportunidade de usufruir de MNFAD disponíveis na instituição, sejam elas técnicas respiratórias de relaxamento, massagem - que frequentemente eram ensinadas aos acompanhantes, para que pudessem aplicar naquele momento: deambulação, posicionamentos, exercícios na bola de parto - que eram ensinados ou relembrados, caso os tenham aprendido nos cursos PPP - musicoterapia e hidroterapia em chuveiro, bem como era permitido ou facilitada a adoção de outros métodos que lhes fossem convenientes ou aos familiares. O suporte familiar é também incentivado, tal como é explícito ao longo do texto quando há referência ao “acompanhante”.

Realizado o “acolhimento” à parturiente, seguia-se a altura de vigiar o progresso do TP e parto, respeitando não só a vontade e as expectativas da mulher e família, mas também a fisiologia do processo. Através da vigilância de cada sinal e sintoma e de uma atuação rápida e eficaz em cada situação específica, demonstrando profissionalismo e segurança, a confiança e o desenvolver uma relação terapêutica mais forte eram realidades alcançadas.

3.2 Diagnóstico do Início de Trabalho de Parto

Tendo por objetivo a expulsão do produto de concepção, bem como da placenta e membranas através do canal vaginal, o corpo da mulher no final da gestação vai sofrendo alterações, de forma a se adaptar ao momento do parto (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008). Deste modo, semanas antes do início de TP, o colo uterino da mulher nulípara desloca-se para uma posição mais anterior, permitindo a insinuação fetal, ou seja, a sua descida para a bacia óssea materna. Nas múltiparas, este processo ocorre geralmente durante o TP, facilitando um aumento da pressão da bexiga e da congestão vaginal, logo uma maior frequência urinária e um aumento do muco vaginal (Machado in Graça, 2005; Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008). Esta pode ainda sentir contrações de intensidade e duração irregulares - contrações de Braxton-Hicks - que cessam com o repouso; da mesma forma, o rolhão mucoso (muco cervical de coloração castanha ou sanguinolenta) pode ser eliminado e as membranas podem romper espontaneamente, ocasionando a perda de LA (Idem). Contudo, não significa, que esteja em TP. O diagnóstico de TP é ainda muito debatido na área da obstetrícia, existindo ainda controvérsias na sua identificação: se há quem considere que este se inicia a partir do momento em que as contrações uterinas se tornam regulares, outros definem que a mulher está em TP a partir do momento em que dá entrada na unidade hospitalar, apresentando contractilidade regular, associada a dilatação cervical ou a rutura de membranas ou perda do rolhão mucoso. Finalmente, há quem considere que o TP se inicia com contractilidade dolorosa, acompanhada por extinção e dilatação cervical de três ou quatro centímetros (Cunningham et. al, 2010).

Quando uma utente dava entrada no serviço de urgência do CHPVVC poderia já estar em trabalho de parto ou não. Distingua-se o modo de atuação de cada mulher de acordo com a sua história obstétrica e o grau de preparação e confiança para o TP. Foi evidente que o comportamento das mulheres nulíparas em início de TP e que se encontravam a frequentar cursos de PPP, era mais adequada aos sinais e sintomas, do que mulheres primíparas que não frequentavam qualquer curso. Num modo geral, este último grupo de mulheres frequentemente dava entrada no SU de Obstetrícia por “dor abdominal” ou “perda de sangue vaginal”, identificando-se contrações de Braxton-Hicks ou a perda de rolhão mucoso ou mesmo sangramento após toque vaginal ou coito, ao contrário de um início de TP estabelecido. Por outro lado, as mulheres mais informadas teriam uma atuação diferente, apresentando-se no serviço em trabalho de parto

ou por rutura prematura de membranas, ficando em vigilância ou para indução de trabalho de parto, caso este não se iniciasse espontaneamente.

A realidade é que não foram raros os casos de indução e de estimulação de TP neste estágio, quer fosse pela administração de prostaglandinas ou ocitocina ou pela rutura de membranas. A escolha, obviamente, dependeria do historial da utente que se apresentava, pela avaliação do índice de Bishop, pela integridade das membranas e pelo estabelecimento de TP. Apesar de ser evidente a preferência por um trabalho de parto com início espontâneo, quer por benefícios materno-fetais, como económico-financeiros, sociais e institucionais, esta era uma decisão estritamente médica, na qual não havia qualquer papel decisivo por parte dos EESMO. Porém, é certo que estaria ciente das condições que levam à decisão tomada, até porque faz parte do papel profissional do enfermeiro EESMO a identificação e monitorização do risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação, bem como a conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (Regulamento nr. 127/2011).

O índice de Bishop reflete a avaliação realizada com o toque vaginal, ou seja, a extinção e a dilatação, a consistência e a localização do colo uterino, bem como a descida da apresentação (Tabela 2). A cada característica é atribuído o respectivo *score* e o seu somatório dita o índice de Bishop e a atuação no trabalho de parto: um índice de Bishop inferior a sete pode requerer uma maturação cervical com prostaglandinas, já se apresentar-se superior a sete, a perfusão de ocitocina pode ser suficiente para estimulação (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

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

Tabela 2: Índice de Bishop (Adaptado de Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008)

A atuação passou por, além de cumprir as IRP, atender às vontades e necessidades da parturiente, de forma a melhorar a perceção dos cuidados recebidos, mais do que centralizar cuidados nos propósitos da organização interna (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2009). Refletindo no que acontecia no CHPVVC, esta era uma preocupação de grande parte da equipa multidisciplinar, manter a satisfação da parturiente e da sua família: todos os

procedimentos eram apresentados e explicados à mulher e acompanhante, tal como o seu objetivo e os sintomas e efeitos colaterais; era proporcionado tempo e espaço para que se preparasse para o momento e a sua decisão era reguladora da atuação dos profissionais (salvo se houvesse qualquer condição que colocasse em causa riscos materno-fetais).

3.3 Primeiro Período de Trabalho de Parto

O primeiro período de TP estabelece-se com o início de contractilidade regular e a extinção e dilatação cervical até à sua extinção e dilatação completa (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008). Trata-se do período mais longo de trabalho de parto e aquele que comporta mais alterações físicas, emocionais e psicológicas, aferindo uma ambiguidade de sentimentos e um misto de sensações físicas (Idem). Pelo que foi vivenciado, a gestão deste primeiro período de TP, engloba uma série de avaliações e de cuidados fundamentais, de forma a promover a correta evolução de TP, determinando o sucesso do parto.

A humanização do parto, ainda que não totalmente conseguida, foi ao máximo tentada e foram colocadas em prática as diretrizes da OMS para que tal acontecesse (Anexo I): a concretização das vontades e dos desejos das parturientes, ainda que não escritas em plano de parto, foi sempre tida em conta e prioritária; a monitorização cardíaca fetal foi aplicada consoante cada situação e segundo a avaliação individual; a colocação do cateter epidural foi uma constante em todas as parturientes que deram entrada para indução de TP ou numa fase ainda precoce de TP, apesar de haver um esforço para consciencializar sobre os riscos da sua colocação e da analgesia epidural. Portanto, justifica-se o conhecimento e a utilização das Manobras de Leopold, para identificar o ponto de intensidade máxima de auscultação cardíaca fetal, através da posição, situação e variedade, bem como desenvolver conhecimentos sobre a analgesia epidural, de forma a minimizar sintomas colaterais ou evitar efeitos adversos.

As sensações e sentimentos da mulher vão-se alterando durante o percurso deste período de TP, à medida que se desenvolve cada fase do mesmo. Assim, numa fase latente, em que a mulher sentia as contrações uterinas de forma regular, com intervalos de cinco a 30 minutos, e de intensidade reduzida a moderada, a felicidade e a excitação cruzavam-se com a ansiedade, fazendo com que esta estivesse mais disposta a seguir as recomendações dos profissionais de saúde. A atuação era dirigida no sentido de manter este envolvimento, estimulando, encorajando e elogiando o relaxamento e o uso de técnicas de alívio do desconforto provocado pela contractilidade e dilatação cervical e proporcionando a oportunidade de ingerir bebidas ou alimentos para um maior

conforto (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008). Porém, existiam exceções: nos casos em que a parturiente tinha um índice de Bishop para o qual se justificava a indução de TP (uma vez que este não estava instalado), esta fase latente poderia ser caracterizada por um período de repouso no leito (após a administração de terapêutica) com monitorização CTG contínua, de forma a que a absorção do fármaco fosse eficaz e não houvesse desperdício do mesmo; da mesma maneira, mantinha-se uma vigilância da resposta corporal ao mesmo, sob o risco de provocar taquissístolia ou hipertonia¹⁰ uterina, ou ainda alterações na FCF (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). A avaliação tocológica justificava-se a cada duas horas, sempre precedida de esvaziamento da bexiga - preferencialmente no WC.

Frequentemente, a presença de contractilidade uterina e a dilatação cervical provocavam desconforto, incómodo, ou até dor como era referido pelas parturientes. Quanto mais fatores externos fossem associados, como medicação indutora de TP, maior seria a referência à dor. Consequentemente, surgiam os pedidos de administração de terapêutica analgésica - a colocação do catéter epidural. Embora fosse importante o controlo da dor de TP referida, era importante que houvesse um balanço entre esse controlo e as desvantagens na colocação do catéter epidural na fase latente. Esse facto era discutido com a parturiente, nomeadamente era explicado o risco de prolongamento do mesmo (até 20 horas numa múltipara e 14 numa nulípara), tal como Cunningham e colaboradores (2010) defendem. Para que fosse potenciado o autocontrolo durante esta fase latente, era ensinado ou incentivado o uso de exercícios respiratórios de relaxamento, principalmente se fosse necessário o repouso no leito após administração de terapêutica indutora de TP, caso contrário, associava-se a deambulação, o posicionamento ou o uso da bola de parto, já que as posições verticais favorecem a tolerância à dor e a evolução do TP. O que se verificou foi um maior bem-estar físico e psíquico, tolerando melhor o desconforto e permitindo uma interação casal-profissional bem sucedida, o que revelava ajudar a ultrapassar os momentos de espera e de ansiedade.

Na fase ativa do primeiro período de TP, os intervalos entre as contrações e a sua intensidade tornavam-se mais intensos, a dilatação do colo do útero desenvolvia-se, em média, um centímetro por minuto, pelo que a concentração da parturiente voltava-se para o TP e para o seu decurso, ainda que continuasse a

¹⁰ Define-se por taquissístolia a presença de mais de cinco contrações em cada 10 minutos, num período de 20 minutos ou mais. A hipertonia uterina é definida como a presença de contrações com mais de dois minutos de duração, uma vez que o seu normal máximo é de 45 segundos na fase latente, 70 segundo na fase ativa e 90 minutos na fase de transição (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008; Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008).

utilizar técnicas de respiração e de relaxamento (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008). Caso a avaliação demonstrasse que a evolução do TP não estaria a progredir como seria o que é preconizado pela bibliografia, e se já tivessem sido tomadas medidas não invasivas para a sua normalização, poderia ser executada a amniotomia¹¹, após a discussão com a mulher sobre o procedimento, as suas vantagens e a obtenção do consentimento informado (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2009). Ao executar este procedimento, tinha-se o cuidado de manter a monitorização por CTG durante e após; de verificar as características do LA: viscosidade, quantidade, coloração, presença de mecónio e o cheiro, determinantes na sua atuação; e de constatar o correto apoio da apresentação sob o colo do útero, para que não ocorra prolapso do cordão, muitas vezes detetado por alterações na FCF (Cunningham et. al, 2010).

A concretização deste procedimento (amniotomia) nem sempre foi fácil: se numa primeira vez foi relativamente simples ter a perceção das membranas e a colocação da pinça de Herff, o que facilitou o rompimento das mesmas, o mesmo não aconteceu em vezes futuras, sendo a maior dificuldade conseguir identificar a rutura completa das membranas. Um dos sinais de que foi possível a rutura de membranas era a perda de LA. Porém, em certas alturas, aconteceu que a perda de líquido era mínima, ou mesmo nula, apesar de dar a impressão de que as membranas haviam sido rompidas. O que ocorreu em alguns casos foi não conseguir romper uma das membrana amnióticas (segundo a avaliação da EESMO tutora). Noutros casos, a posição ginecológica assumida pela mulher e o levantamento da região nadegueira para colocação de uma aparadeira levaram à retenção do LA, havendo uma maior perda de LA quando as mulheres assumiam uma posição vertical.

Tendo em vista o conforto da parturiente, era-lhe colocada uma fralda, devido à perda constante de líquido. Não sendo a maneira mais confortável de se resolver a situação era a mais disponível, pelo que constantemente era realizada a lavagem do períneo e optimização da fralda. Após a rutura de membranas, fosse ela espontânea ou artificial, era importante avaliar o risco de infeção, pela porta de entrada que se constitui, avaliando constantemente a temperatura corporal da parturiente e as características do LA que vai sendo expelido (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008). O tempo prolongado de rutura de membranas¹² pressupõe a administração de antibioterapia profilática, no CHPVVC.

¹¹ A amniotomia é a rutura artificial das membranas cório-amnióticas, para induzir ou acelerar o TP (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008).

¹² Define-se por rutura prolongada de membranas, no CHPVVC, como sendo a rutura de membranas, espontânea ou artificial, com duração superior a 18 horas.

Observou-se que, nesta fase, a referência à “dor de parto” era constante: se no início eram caracterizadas como dores suportáveis, que aliviavam com a técnica de respiração e a concentração no momento, após a amniotomia, surgiam os pedidos de colocação do catéter epidural para alívio da dor, por outro lado, a parturiente e o acompanhante frequentemente questionavam a correta evolução de TP e surgiam sentimentos de desistência e incapacidade, associados a uma maior referência à cesariana. Mais uma vez, se verificou a necessidade de fazer um acompanhamento personalizado e explicativo, de modo a clarificar dúvidas e a apoiar a correta evolução de TP, minimizando sentimentos negativos. Nesta fase, trabalhava-se como um elemento promotor do bem-estar da parturiente, oferecendo-lhe líquido branco e incentivando os cuidados de higiene, bem como o uso do WC para o esvaziamento vesical. Ao mesmo tempo, representava o elemento encorajador da utilização de MNFAD, tais como a técnica de respiração, a massagem, a musicoterapia, a hidroterapia, a imaginação guiada, o uso da bola de parto, a mudança de posição e a deambulação - métodos esses que promoviam a evolução do TP e a descida da apresentação fetal (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008).

Felizmente, foi possível a realização destes métodos durante a prática clínica, excetuando a utilização da hidroterapia. Apesar de não se ter desenvolvido um estudo fidedigno, foi possível aferir que, mesmo com a analgesia por via de cateter epidural e com a monitorização CTG contínua, a evolução do TP, a descida da apresentação e o momento do parto sofriam benefícios bastante positivos com a utilização destes métodos. A mulher e o acompanhante sentiam-se menos ansiosos e impacientes, quando comparados com aquelas que optavam por passar grande parte do TP deitadas na cama, culminando numa maior satisfação durante todo este processo. O facto de os cursos de PPP serem cada vez mais frequentados e envolverem as mulheres na utilização destas medidas, tornava-as familiarizadas com as mesmas, facilitando a adesão e potenciando o autocontrolo durante o TP. Infelizmente, ao constatar a realidade experienciada noutros locais de parto, esta prática não reflete a realidade de todos os hospitais de Portugal, pelo que se pode considerar o CHPVVC vanguardista nesta área.

Tal como foi referido, não era de todo incompatível a utilização de MNFAD com a analgesia epidural, apesar de carecer de determinados cuidados, que podem estar ao alcance dos enfermeiros EESMO, dependendo da articulação da equipa multidisciplinar. Ao colaborar com o médico anestesista na colocação do cateter por via epidural era possível certificar uma boa fixação do cateter, ou solicitar a sua colaboração nesse sentido, para que os movimentos da parturiente não fossem causadores de uma deslocação do mesmo. Assim, sugeria-se a

utilização de mais material adesivo ou de outro material com maior aderência à pele.

É do conhecimento de quem pratica nesta área, que a administração por via epidural do analgésico local (ropivacaína) associado a um opióide (sufentanil) tem uma ação de sinergismo, sendo que o segundo potencia a ação do primeiro, promovendo um maior alívio da dor, com menores quantidades de anestésico, minimizando não só o risco de toxicidade e de bloqueio motor como os restantes efeitos colaterais (Eberle et al, 2006; Salem et. al, 2007). Apesar de minimizados, os efeitos colaterais continuam a ser possíveis de ocorrerem e não são raros os casos (embora passíveis de resolução), nomeadamente a hipotensão e bradicardia maternas, podendo ter repercussões fetais, tais como: náuseas e vômitos, diminuição sensitiva e muscular, retenção urinária, sonolência e prurido, bem como existe uma associação entre a analgesia epidural e um prolongamento do TP (Eberle et al, 2006; Salem et. al, 2007; Prontuário Terapêutico, 2012). Portanto, ao controlar os efeitos colaterais, monitorizando frequentemente a TA, FC e CTG e vigiando os sintomas da parturiente, poderia ser incentivada a utilização de MNFAD, de forma a promover a rápida e correta evolução do TP e a descida da apresentação fetal, contrariando os efeitos da analgesia epidural na evolução do mesmo.

A fase de transição - e a última do primeiro período de TP - seria, talvez, aquela que maior desconforto e maior impacto tinha na satisfação do casal. Após um longo período de avaliação da dilatação e descida da apresentação, durante a qual a parturiente ia experimentando todas as técnicas que poderiam facilitar a evolução do TP (na sua maioria), atingiria uma fase de preparação para o parto. Nesta fase, o colo do útero apresentava uma dilatação de oito a 10 centímetros, a contractilidade era já mais frequente e de intensidade forte, o que associado às (possíveis) longas horas já de espera, atribui à mulher um humor facilmente irritável, mas mais concentrada e focalizada no relaxamento (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008).

Mantendo a mulher a par da evolução do TP, esta seria a fase ideal para relembrar a importância da concentração nas técnicas de relaxamento, incentivando-as. Sob o risco de perda de controlo percebido pela mulher, ter-se-ia de assumir o controlo, encorajando-a e elogiando-a nos comportamentos adquiridos em situações de crise (se os houve), lembrando-a que este primeiro período está perto de terminar. Frequentemente, surgiam as náuseas e os vômitos, pelo que é também uma boa prática o auxílio e minimização destes sintomas (Idem). Durante este estágio, o que se pode constatar foi que uma vez atingida esta fase, havia uma ligeira alteração das expectativas do casal, ou seja,

após uma fase ativa fisiologicamente demorada, o referir que o final deste período e o possível nascimento estaria perto, funcionava como uma “lufada de ar fresco”, transmitindo sentimentos de ansiedade e de concretização (novamente experimentavam a ambiguidade¹³).

Frequentemente, as mulheres que se encontravam nesta fase, referiam vontade de ir à casa de banho, já que lhes era permitido utilizar a mesma para urinar durante todo o TP, se todas as condições de segurança estivessem reunidas. Contudo, seria necessário reforçar a importância de não fazer qualquer puxo na sanita, explicando que devido à compressão da apresentação sob a ampola rectal elas podem experimentar vontade de defecar e ao fazer força podiam fazer nascer o bebé na casa de banho. Sob o risco de, inconscientemente, fazerem esses puxos, e tendo em consideração o desconforto de colocar uma aparadeira na cama, optou-se por uma estratégia adaptativa: recorrendo ao banco de parto disponível no BP (Figura 1), seria possível encaixar uma aparadeira no seu lúmen, permitindo à mulher a posição sentada da sanita para urinar ou evacuar e, ao mesmo tempo, vigiar a progressão do TP e descida da apresentação. Demonstrou ser eficaz, mais confortável e seguro, culminando, algumas vezes, em vontade de permanecer no banco (sem a aparadeira) e ter um parto no banco, na posição vertical.



Figura 1: Banco de Partos Disponível no Bloco de Partos do CHPVVC

A presença da fase de transição era assumida como o momento ideal para reunir o material necessário para o parto, para que no momento do nascimento não houvesse outra preocupação, ou outro foco de atenção, que não o parto, a mulher, o casal e o feto/RN. Tendo em conta que todo o material necessário se encontrava dentro das unidades, facilmente se preparava o mesmo,

¹³ A ambiguidade de sentimento expressada em felicidade e concretização por se aproximar o nascimento do seu bebé, o culminar de todo este percurso que é a gravidez e o trabalho de parto, mas também o medo de possíveis complicações e a ansiedade do que será o evento de nascimento.

acompanhando a evolução do TP, sem deixar a parturiente sozinha (o que não seria preocupante uma vez que a monitorização CTG e o sistema de chamada por campainha seriam indicadores de necessidade de uma vigilância por perto). O material era, então, reunido num suporte móvel (mesa de parto), onde se colocava a trouxa de parto com o protetor para a mesa de parto, o campo subnadegueiro com o saco colector, duas perneiras, o lençol para o RN e o campo suprapúbico. Ao material existente juntava-se ainda as compressas q.b., um *clamp*, o material de parto (uma tesoura e duas pinças de crile), a bata e as luvas esterilizadas e para proteção individual era ainda colocado um avental impermeável, máscara e a touca.

Surge a dúvida sobre a existência de apenas uma tesoura na trouxa de parto. A função da tesoura será importante numa eventual necessidade de episiotomia e, numa fase conseguinte, na secção do cordão umbilical. As trouxas vêm preparadas apenas para esta última necessidade, não assumindo, previamente ao parto, a necessidade de executar episiotomia. Por outro lado, não existe qualquer problema em realizar ambos os procedimentos apenas com uma tesoura, já que a secção do cordão umbilical é feita após a laqueação do esmo, não representando um risco para o recém-nascido ou para a parturiente. Sendo necessário, uma tesoura suplementar, esta seria preparada previamente ou seria facultado à assistente operacional ou enfermeira que assistisse ao parto.

Após a preparação do material, fazia-se uma revisão mental do que a parturiente sabia ou tinha aprendido e treinado nos cursos PPP para o momento do nascimento, nomeadamente os puxos, os momentos de descanso e a técnica de respiração. Assim, discutiam-se as posições possíveis para o parto, dando a possibilidade de escolha, consoante a avaliação individual da bacia e a apresentação. Esta avaliação da pelve materna e suspeita do tamanho da cabeça fetal era, normalmente, realizada pela EESMO tutora, já que pela inexperiência é um ponto difícil de avaliar e que requer muito treino na área. Apesar de serem conhecidas os diferentes tipos de pelve materna - ginecóide, antropóide, platipelóide e andróide - e o prognóstico associado a cada uma, é reconhecida a lacuna na avaliação das mesmas, pelo que será um ponto a desenvolver durante a prática na área.

3.4 Segundo Período de Trabalho de Parto

O segundo período de TP, delimitado pelo momento em que a dilatação se apresenta completa e a expulsão total do feto, compreende, igualmente três fases: a latente, a descida e a transição. A duração normal deste período será, em média, de 50 minutos para as primíparas e de 20 minutos para múltiparas, não

representando, contudo, uma uniformidade temporal. As mulheres nulíparas poderão estar até duas horas em esforços expulsivos antes do parto acontecer, já que o seu desenrolar depende de fatores como o número de partos, a presença de analgesia regional, o bem-estar materno, a anatomia materna e fetal e da eficácia dos esforços expulsivos e a progressão geral do TP (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008; Cunningham et. al, 2010).

Na fase latente deste período, acontecia um período de relaxamento e calma, continuando a decorrer a descida da apresentação fetal pelo canal de parto, não desencadeando ainda a vontade de puxar. Ao permitir o descanso da parturiente nesta fase, a fadiga era diminuída e era conservada energia para o momento da expulsão fetal (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008). Quando comumente, se fala de TP e parto, nunca se ouve referências a um estado de calma e serenidade, mas a realidade é que ela acontecia. Tendo em conta este facto, foi permitido e incentivado às parturientes que referissem fadiga que descansassem, chegando mesmo uma das mulheres a referir “vontade de dormir” [sic] após a dilatação completa do colo do útero. Para sua grande admiração e da irmã - acompanhante significativa - foi incentivada a dormir, ainda que mantivesse a monitorização CTG, sendo explicado que isso seria importante para seu descanso, já que mais tarde necessitaria de gastar força para fazer nascer o bebé e conhecê-lo.

Mas nem todas as mulheres referiam esta calma e relaxamento, outras mencionavam fadiga, outras ansiedade e êxtase por se aproximar o nascimento do seu bebé. A atuação e a gestão do TP nesta fase dependia da EESMO com quem se trabalhava: se havia quem realmente proporcionasse momentos de descanso às parturientes outras concluíam que esta era a fase ideal para acelerar o TP colocando perfusão de ocitocina, ou aumentando o ritmo de perfusão, para não prolongar este período ou ainda para colocar a parturiente a puxar de forma a facilitar a descida da apresentação.

A reflexão recai sobre a atuação que melhor se adequa a esta fase: se é fisiologicamente aceitável um período de repouso e relaxamento antes do parto, porque não aceitá-lo e respeitá-lo, em vez de o contrariar? O receio e o medo de um período expulsivo demasiado longo, por vezes, leva a práticas menos concordantes com a fisiologia do TP, como colocar a parturiente, incentivar o puxo durante a fase latente do segundo período de TP. O que frequentemente acontecia com as mulheres que iniciavam os puxos antes do tempo era referirem fadiga e desmotivação no momento do nascimento. É possível evitar estas situações, mantendo a confiança, a vigilância e a monitorização do TP, interligando com os conhecimentos teóricos da sua fisiologia.

Obviamente, numa fase inicial do estágio, os comportamentos de um aprendiz imitavam os comportamentos do seu tutor, por serem pessoas detentoras de um maior conhecimento e experiência, atuando de maneira intuitiva perante determinadas situações, sem se desfazer das inúmeras soluções possíveis (Castro, 2007 cit. Benner, 2001). O facto de haver a oportunidade de ter mais do que um EESMO tutor facilitou a adoção dos vários pontos de vista sob a mesma questão, e a experiência perante diferentes atuações, formando a personalidade profissional de cada um, sem nunca assumir uma solução como sendo única para cada problema. Tendo em conta que, segundo a bibliografia, não existem diferenças na eficiência entre o início precoce dos esforços expulsivos ou na descida passiva fetal (mas considerando que o primeiro terá efeitos negativos, enquanto o segundo apresenta benefícios fetais e neonatais¹⁴) (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2009), assumia-se uma preferência pela que respeita o repouso fisiológico e expectante, aguardando uma transição para a próxima fase. Contudo, aceitava-se que pudesse haver situações em que, realmente, seria necessário acelerar o TP ou potenciar a contractilidade uterina.

A fase de descida caracterizada pela necessidade de fazer esforços expulsivos, os puxos, provocada pela estimulação da apresentação nos receptores do pavimento pélvico, levam a uma maior produção de ocitocina pela hipófise, provocando contrações uterinas intensas (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008). Esta era a altura em que a mulher procurava uma posição mais favorável à descida da apresentação fetal, ainda que inconscientemente, e referia vontade de puxar ou vontade de defecar (Cunningham et. al, 2010). Esta seria também a altura ideal para avaliar novamente a progressão da apresentação fetal, através do exame tocológico e identificar em que plano de Hodge¹⁵ se encontrava.

Na mesma altura em que se realizava o exame tocológico, após rutura de membranas, quer seja para avaliar a extinção e a dilatação do colo uterino ou a descida fetal, era possível avaliar também a apresentação e a variedade. Se pelas

¹⁴ Efeitos negativos associados ao início precoce do puxo: alterações no bem-estar materno e/ou fetal (alterações hemodinâmicas), aumento da pressão da apresentação na vagina, propiciando mais condições de trauma perineal e uma maior incidência de partos distócicos. Benefícios associados a uma atitude expectante da descida da apresentação: maior taxa de partos eutócicos espontâneos, menor fadiga materna, menos trauma perineal, menos incidência de incontinência e prolapso de órgãos pélvicos (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2009).

¹⁵ Planos de Hodge - Planos imaginários que dividem a pelve materna em quatro, onde é sentido o vértice da apresentação fetal:

Plano I - passa pelo promontório e o bordo superior da sínfise púbica;

Plano II - passa pela união da segunda com a terceira vértebra sagrada e o bordo inferior da sínfise púbica;

Plano III - paralelo aos anteriores e passa pelas espinhas esquiáticas;

Plano IV - paralelo aos anteriores e passa pela ponta do cóccix e no pavimento pélvico.

manobras de Leopold é possível identificar a situação (longitudinal, transversa ou oblíqua) e a posição (direita ou esquerda), com o toque vaginal era possível confirmar essa avaliação e ajuizar sobre a apresentação (cefálica, de face fletida, pélvica ou ombros) e a variedade fetal, ou seja, a relação existente entre as referências fetais e as maternas (Montenegro e Rezende Filho, 2008; Cunningham et. al, 2010). Esta avaliação auxiliava na colocação do cardiógrafo fetal e permitia fazer um prognóstico de evolução de TP, uma vez que possibilitava perceber se há ou não assinclitismo¹⁶, se a cabeça fetal estava fletida ou em extensão, e de que forma é que o feto estava a executar a rotação interna, após passar as espinhas isquiáticas. Concomitantemente poderia ser procurado o sinal de Farabeuf - estudado e aplicado durante este estágio de aquisição de competências - com o objetivo de avaliar a insinuação da cabeça na pelve materna, se a cabeça estivesse insinuada, dificilmente dois dedos caberiam entre a apresentação fetal e o plano sacrococcígeo (Montenegro e Rezende Filho, 2008).

A fase de transição inicia-se quando a apresentação fetal atinge o pavimento pélvico e termina com a expulsão fetal total (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008; Cunningham et. al, 2010). Nesta fase, por vezes havia algum descontrolo manifestado por algumas parturientes, devido ao desconforto doloroso provocado pela pressão exercida na pelve, pelo aumento da atividade simpática e libertação de catecolaminas, pelo que, por vezes, havia necessidade de dirigir o parto. Assim, compreende-se o que era frequentemente referido pelas parturientes: a impotência de continuar os esforços, a vontade de desistir e a sensação de incapacidade de fazer nascer o seu filho.

Através da concentração da parturiente na voz e nas palavras, potenciava-se a autoestima e aconselhava-se a adoção de medidas facilitadoras da evolução do parto. A mudança de posição poderia facilitar o desenvolvimento do TP, através da adopção de posições nas quais as mulheres sofriam influência positiva da gravidade, ou para aquelas em que o seu corpo se sentisse mais confortável. Assim, seriam elas próprias a referir vontade de puxar e, se sentissem confiantes, faziam-nos instintivamente. Nos casos extremos de descontrolo, ou naqueles em que a analgesia por via epidural não permitia a perceção das contrações uterinas, podia haver a necessidade de dirigir os esforços expulsivos, apesar destes não serem encorajados pela OMS (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2009). O parto dirigido, embora desencorajado pela OMS, revelou ser uma ferramenta eficaz para uma liderança do parto no caso de uma parturiente

¹⁶ Assinclitismo - Apresentação oblíqua da cabeça fetal no estreito superior da bacia, não estando paralelos os planos pélvicos e da cabeça do feto (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 1008).

oligofrénica. Uma das formas utilizadas pela EESMO M.A. para encorajar a parturiente para os esforços expulsivos era referir que já se conseguia ver a cabeça do seu bebé e se ele tinha muito ou pouco cabelo, para que ela ficasse com vontade de o ver também e, ao mesmo tempo, tivesse a noção que faltava pouco tempo. Para ser mais credível ela cortava um pouco do cabelo do feto (com a tesoura esterilizada da trouxa de parto) e dava-o à mulher, criando um incentivo para aquelas que se encontravam já desencorajadas.

A mulher era incentivada a adoptar a posição mais confortável no momento de parir, preferencialmente assumindo posições não-supinas, podendo ser sentada, de pé, em quatro apoios, de cócoras ou de joelhos (National Collaborating Centre for Woman's and Children's Health, 2008; Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008; Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2009). Estas estão associadas a um encurtamento significativo da duração do segundo período de TP, uma vez que a mecânica do parto é favorecida pela ação da gravidade e a ampliação dos diâmetros da pelve; a uma menor sensação de dor ou desconforto referenciado, diminuindo a administração de analgesia farmacológica; a uma melhor dinâmica uterina, favorecendo a produção de ocitocina através do reflexo de Ferguson; a um menor número de partos instrumentados, já que a adaptação cefálica do feto à pelve materna é facilitada e a descida é promovida; bem como a uma maior satisfação materna no parto, mas também a um aumento de lacerações de grau II e perdas sanguíneas superiores a 500ml (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2008; Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2009).

Após a flexão da cabeça fetal e facilitar a sua rotação interna, para a adquirir uma posição occipito-púbica e facilitar a progressão no canal de parto, evidenciava-se o coroamento¹⁷ altura para aplicar a manobra de Ritgen, para controlar a expulsão rápida da cabeça e minimizar o risco de trauma perineal (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008; Cunningham et. al, 2010). A extração da cabeça dependia da eficácia da contractilidade uterina associada aos esforços expulsivos maternos: quanto mais naturais fossem, menor necessidade haveria de realizar puxos dirigidos, mais benéfico seria para ambos.

A manobra de Ritgen, por si só, não minimizaria a lesão do períneo. Associada a esta manobra era fundamental a proteção da parte posterior do períneo com uma das mãos e uma compressa (para não escorregar a mão). Efetivamente, as técnicas lecionadas no contexto escolar só ganharam a real proporção quando

¹⁷ Coroamento - fase da descida fetal em que é possível a visualização da cabeça fetal através do orifício vaginal, imediatamente antes do nascimento (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 1009).

aplicadas na prática. Sem esta última componente, não seria evidente a necessidade da manobra de Ritgen para evitar a saída rápida da cabeça, nem tão pouco seria manifesta a pressão que é necessária para proteger o períneo de lesão, já que o seu limite de elasticidade é atingido nesta altura e se for ultrapassado corre o risco de lacerar.

As lacerações do períneo definem-se segundo o seu grau de profundidade¹⁸ (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008). Uma avaliação do risco de laceração de grau III ou IV era e é sempre necessária, de forma a serem evitadas. Poderia, então, haver necessidade de recorrer ao uso da episiotomia, apesar de não ser aconselhado o uso rotineiro desta medida. De facto, foram poucos os casos de recurso à episiotomia durante a prática clínica. Esta só era utilizada se fossem cumpridos os parâmetro preconizados internacionalmente: probabilidade de laceração de terceiro ou quarto grau, promovendo a preservação do relaxamento da musculatura do assoalho pélvico e períneo, levando a função sexual melhorada e uma redução do risco de incontinência fecal e ou urinária; risco de distócia de ombros; em caso de fetos macrossómicos ou prematuros com dificuldade em nascer, diminuindo o atraso do segundo período de TP (Carroli & Belizan, 2007). Os resultados obtidos durante a prática clínica foi uma incidência de 29,27% de episiotomias realizadas (doze casos em 41 partos realizados), 46,34% de ocorrência de lacerações de grau I ou II (19 casos) e 24,39% (dez) de casos em que o períneo permaneceu íntegro, ou seja, sem necessidade de episiotomia e sem a ocorrência de lacerações. Até ao final desse período, nenhum caso de infeção da ferida foi detetada.

A rotação externa, que sucedia a expulsão da cabeça fetal, acontecia de modo a que o feto assumisse a posição que tinha antes da rotação interna, ficando os ombros alinhados com a fenda vulvar e prontos a serem extraídos. Este processo poderia ocorrer espontaneamente ou caso não aconteça, deve ser feito por quem executa o parto, rodando a cabeça fetal. Durante este processo era pedido à parturiente para não puxar durante um momento, já que era necessário pesquisar a presença de circulares cervicais que poderiam originar hipóxia fetal ao garrotar o pescoço (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008). Durante a prática clínica e

¹⁸ Laceração - “Ferida Traumática: Rasgo irregular, associado a lesão intensa dos tecidos que chega a ameaçar a vida com perda de sangue e soro, e com risco de choque” (International Council of Nurses, 2011).

Laceração de Grau I - estende-se pela pele e estruturas superficiais do músculo;

Laceração de Grau II - estende-se através dos músculos do períneo;

Laceração de Grau III - há atingimento do esfíncter anal;

Laceração de Grau IV - envolve a parede anterior do recto.

(National Collaborating Centre for Woman’s and Children’s Health, 2008; Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008)

dos partos executados constatou-se a presença de 10 de circulares cervicais, das quais sete largas e três apertadas.

Duas formas de desfazer as circulares cervicais foram estudadas durante as aulas teóricas: se a circular fosse apertada, era necessário executar laqueação prévia do cordão umbilical, antes do nascimento - técnica utilizada em três dos casos na prática clínica; se a circular fosse larga, facilmente seria desfeita, passando sobre a cabeça (Idem). Numa situação em que se detetou uma circular cervical larga, mas que não passava pela cabeça, o primeiro intuito foi de executar a laqueação prévia, mas nesse momento a Enfermeira EESMO que acompanhava o parto deu indicação para “passar o cordão para trás”. Reparando o não conhecimento da técnica, a mesma deu indicação para continuar o parto e ao mesmo tempo ia passando o cordão umbilical pelo corpo. À medida que o corpo fetal ia sendo expulso, constatou-se que o cordão umbilical além de ter uma circular ao pescoço ainda fazia uma circular no tronco, por baixo do braço, motivo pelo qual a sua saída estava dificultada e este método foi o mais eficaz.

A extração dos ombros será, talvez, a fase mais surpreendente do parto: seria difícil de constatar, durante as práticas em contexto escolar, a força necessária para a extração dos ombros, especificamente do ombro anterior. A colocação das mãos na cabeça fetal, na altura de extração do ombro anterior, foi motivo de controvérsia, discussão e reflexão para as profissionais daquela instituição, revelando-se momentos de aprendizagem entre todos. Então, outra experiência advém desta prática clínica: uma colocação das mãos em garra no mento e no occipital do feto, transmitido pela EESMO e coorientadora de estágio. Esta justifica a utilização desta técnica como sendo a que acarreta menor risco de lesão do plexo braquial, já que, por vezes, foi necessário aplicar força para extração do ombro anterior, mesmo em situações em que não acontece distócia de ombros. De facto, Silva e colaboradores (2010) referem que a paralisia do plexo braquial, traduzida como um transtorno sensitivo-motor no membro superior é habitualmente consequência da tração excessiva exercida no pescoço para saída do ombro durante o parto, ainda que mais recorrente em fetos macrossómicos ou com má adaptação intrauterina e em casos de distócia de ombros. Ao considerar a anatomia do feto / RN, concluiu-se que aplicando tração diretamente na face do mesmo, maior probabilidade haveria de estiramento dos nervos do plexo braquial e consequente lesão das suas raízes (Hanciau, 2011).

Ultrapassada a fase de desencravamento do ombro anterior, seguia-se o ombro posterior e, consequentemente, a expulsão do restante corpo fetal. A estimulação do RN, com um lençol aquecido, massajando o dorso provocando o seu choro e a secção do cordão umbilical são medidas que sucedem o nascimento.

Aos familiares era dada a oportunidade de cortar o cordão umbilical (questão que era colocada e explicada no acolhimento à parturiente e acompanhante).

O momento do nascimento e, especialmente do primeiro choro do RN, mostraram-se essenciais, emocionantes e reconfortantes para a mulher e acompanhante, por saberem que está tudo bem, bem como de satisfação para consigo mesma e por ter sido capaz de fazer nascer o seu filho. Era importante atentar à hora de nascimento e dizê-la em voz alta para que casal e profissionais registassem, bem como fazer uma avaliação do IA¹⁹ (Tabela 3) e atuar consoante o seu valor: proceder à reanimação neonatal ou promover o contacto pele-a-pele e a amamentação (Montenegro e Rezende Filho, 2008; Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008).

Durante o estágio no CHPVVC foi possível assistir ao nascimento de um RN que apresentava um baixo IA no primeiro minuto, pelo que foi necessário intervir, executando reanimação neonatal, com assistência de médicos: apresentava FC inferior a 100 bpm, respiração lenta, pouca flexão das extremidades, sem irritabilidade reflexa (não chorou) e cor da pele de tom azul (IA = 3). Sendo a EESMO M.P. a profissional mais competente, presente nessa altura, para assumir a reanimação neonatal, rapidamente retirou o RN da sala de parto, levou-o para o reanimador e iniciou manobras, enquanto a equipa de urgência neonatal não estava presente. As causas deste IA e da necessidade de reanimação não foram totalmente apuradas e esclarecedoras, já que antes do parto, o traçado cardiotocográfico era normal (com boa variabilidade, uma FCF basal na ordem dos 135bpm, sem desacelerações) e o parto decorreu sem intercorrências, apesar da circular cervical larga.

	0	1	2
Frequência Cardíaca	Ausente	<100 bpm	>100 bpm
Frequência Respiratória	Ausente	Lenta/Choro fraco	Rápida/Choro forte
Tonicidade Muscular	Flácido	Pouca flexão das extremidades	Boa flexão das extremidades
Irritabilidade Reflexa	Nula	Faz caretas	Choro
Cor	Azul/Pálido	Pouco rosado; extremidades azuladas	Rosado

Tabela 3: Índice de Apgar (Adaptado de Montenegro e Rezende Filho, 2008, p. 176; Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008, p. 1013)

¹⁹ Índice de Apgar (IA) - avaliação rápida dos sistemas do RN (FC, FR, tonicidade muscular, irritabilidade reflexa e cor), nos primeiros minutos de vida (1, 5 e 10) indicando a necessidade de recorrer à reanimação neonatal (Montenegro e Rezende Filho, 2008; Alden in Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008, p. 588).

Nos casos em que os partos foram executados no banco de parto não foi possível - mas também não foi necessária - a execução de técnicas como a manobra de Ritgen, a episiotomia, o desencravamento de ombros. Tudo decorreu de forma natural e espontânea, tendo sido necessária a pesquisa de circulares cervicais e a sua remoção, eventualmente, auxiliar na rotação externa e apoiar o RN para que ele não caísse no chão. Evidentemente, o campo subnadaqueiro é igualmente colocado a cobrir o banco, o profissional equipa-se para atuar no caso de necessidade e o pano do RN fica pronto a recebê-lo. Era importante ter sempre em atenção o tamanho do cordão umbilical, de forma a evitar o seu estiramento e monitorizar os sinais vitais maternos, para evitar hipotensão após o nascimento.

Concluindo, o momento do parto assume-se, então, como sendo um momento ambíguo, de emoção, medo, ansiedade e alegria. Contudo havia necessidade de vigiar bem de perto todo o TP e de ter o máximo cuidado na execução do parto, tentando sempre atender às necessidades e vontades da parturiente e familiares. Apesar de fisiológico, o TP e parto acarretam as suas complicações, maioritariamente não previsíveis, pelo que se justificava a monitorização contínua da FCF e intermitente dos sinais vitais maternos, no caso de administração de terapêutica e na presença de fatores predisponentes às alterações do decurso normal do TP. As experiências de parto no banco de parto e na cama, bem como a utilização de MNFAD, foram bastante positivas, podendo deter conhecimentos sobre métodos que raramente são praticados a nível hospitalar, passíveis de serem transmitidos e completamente exequíveis.

3.5 Terceiro Período de Trabalho de Parto

O terceiro período de TP inicia-se após a expulsão fetal e termina com a expulsão da placenta. Os cuidados nesta fase centraram-se no controlo da saída da placenta, de maneira a que esta decorresse o mais eficaz e seguramente possível, avaliando e confirmando as suas três fases: descolamento, descida e expulsão (National Collaborating Centre for Woman's and Children's Health, 2008; Montenegro e Rezende Filho, 2008; Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008). Este período, fisiologicamente pode demorar entre 30 e 60 minutos. O maior risco adjacente é a hemorragia, pelo que estava-se atento a alterações dos sinais vitais e ao estado de consciência da mulher, bem como à quantidade de sangue perdido (Montenegro e Rezende Filho, 2008; Lowdermilk). Uma das parturientes cujo parto se deu no banco, após o nascimento teve uma hipotensão, havendo a necessidade de a corrigir, alternando a posição corporal para decúbito dorsal de imediato, sendo o suficiente. Nenhum outro caso de alterações hemodinâmicas no terceiro período se verificou.

Após a expulsão fetal, as contrações uterinas levavam a que o local de inserção da placenta na decídua fosse cada vez mais pequeno, até se descolar por completo. Existiam sinais que identificam a dequitação: o fundo do útero tornava-se firmemente contraído à palpação; havia uma mudança da forma do útero, de discóide para ovóide; dava-se uma saída súbita de sangue e o tamanho do cordão umbilical ia aumentando, à medida que a placenta se movia para o intróito vaginal (Montenegro e Rezende Filho, 2008; Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008; Cunningham et. al, 2010). Para melhor avaliação do descolamento da placenta, existiam técnicas - ensinadas durante as aulas do curso e postas em prática durante este estágio - que poderiam ser utilizadas, nomeadamente a colocação de uma pinça de Kocker na secção do cordão umbilical mais próxima da vagina, de forma a conseguir visualizar mais facilmente o aumento do tamanho do cordão umbilical, bem como a execução da manobra de Kustner²⁰.

A dequitação poderia efetuar-se por dois mecanismos: o mecanismo de Baudelocque-Schultze, cuja frequência obtida foi de 95% (38 em 40 casos), que acontecia sempre que a placenta se apresentava pela face lisa, ou face fetal; e o mecanismo de Baudelocque-Duncan, cuja frequência foi de 5% (dois em 40 casos), cuja face apresentada em primeiro lugar era a rugosa - face materna (Montenegro e Rezende Filho, 2008; Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008).

Após evidenciarem-se sinais de dequitação, a placenta deslocava-se (ou descia) para a vagina, percorrendo todo o útero, fruto das suas contrações e força da gravidade. Ao evidenciar-se a presença de um aumento de volume no intróito vaginal, a parturiente poderia referir a vontade de puxar, tal como durante o segundo período de TP. Era, então, incentivada a fazê-lo durante as contrações uterinas, sempre que possível (Montenegro e Rezende Filho, 2008; Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008). Ao mesmo tempo, exercia-se tração controlada no cordão umbilical e torcia-se suavemente a placenta à medida que esta se ia exteriorizando (manobra de Jacob-Dublin), prevenindo a retenção de fragmentos na cavidade uterina (Reende in Rezende, 2002; Spinelli, 2008).

Neste período de TP, poder-se-ia ter uma atuação ativa ou passiva. Ativa quando se facilitava a expulsão da placenta com a administração de ocitocina via endovenosa, após clampagem e secção imediata do cordão umbilical depois do nascimento, exercendo tração controlada do cordão umbilical aos primeiros sinais de descolamento. Por outro lado, uma atitude passiva pressupunha que se aguardasse o decurso natural, ou seja, o término da pulsação do cordão umbilical

²⁰ Manobra de Kustner - Consiste em manter uma mão no fundo do útero e aplicar uma pequena pressão supra púbica, verificando se o cordão umbilical se mobiliza, o que demonstra o descolamento da placenta (Rezende in Rezende 2002).

para o clampar e cortar, utilizando-se assim a gravidade, o contacto pele-a-pele ou a estimulação do mamilo (através da amamentação) para facilitar a dequitação, e a libertação endógena de ocitocina (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008). Apesar de um controlo ativo estar associado a menores perdas sanguíneas, a atitude adotada durante a prática clínica do CHPVVC foi maioritariamente passiva, colocando em perfusão endovenosa ocitocina (associada a massagem no fundo uterino) após a expulsão da placenta, promovendo a contração uterina eficaz e prevenindo hemorragias pós-parto (Cunningham et. al, 2010). Esta escolha prendia-se com o facto de manter a naturalidade do processo, promovendo o contacto pele-a-pele, minimizando a administração precoce de fármacos e associando uma vigilância cuidada junto da parturiente.

Após a expulsão da placenta seguia-se a inspeção cuidadosa da mesma, de maneira a certificar-se da sua integridade ou da falta de alguma das suas partes constituintes, sejam membranas ou fragmentos da parte materna da placenta (cotilédonos) que podiam ficar retidos na cavidade uterina, mas também avaliar a sua estrutura e a presença dos três vasos sanguíneos do cordão umbilical (uma veia e duas artérias) (Rezende in Rezende, 2002; National Collaborating Centre for Woman's and Children's Health, 2008; Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008; Cunningham et. al, 2010). A pedido da mulher ou família, a placenta era-lhes apresentada, o que para algumas revelava-se uma novidade e surpresa, já outras recusavam ver e, por isso, era desperdiçada logo após a sua observação, assim se respeitavam as culturas e decisões de cada utente.

3.6 Quarto Período de Trabalho de Parto

O período imediato ao nascimento tem definições tão diferentes consoante diferentes autores. Se existem autores que consideram o quarto período de TP a hora que se segue após o parto e dequitação (Cunningham et. al, 2010), outros denominam as duas horas pós-parto como “puerpério imediato” (National Collaborating Centre for Woman's and Children's Health, 2008). Contudo, as recomendações são idênticas, pelo que será considerada a definição de Cunningham e colaboradores (2010), que irão ao encontro das definições de Centeno (in Graça, 2005) e Lowdermilk in Lowdermilk & Perry (2008).

Profundas alterações ocorrem no corpo feminino, após o parto: o débito cardíaco aumenta, a FC diminui e a TA regressa aos seus valores normais pré-gravídicos, apesar de haver condições suficientes para a puérpera sofrer alterações durante a primeira hora pós-parto, nomeadamente pela administração de analgésicos, ocitocina ou soro (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008). Os autores recomendam uma avaliação de TA, FC e temperatura corporal, bem como

a vigilância do padrão respiratório a cada 15 minutos durante este período (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008; Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008; Cunningham et. al, 2010). Porém, outros cuidados e preocupações levantam-se durante este tempo e os raios enfermeiro/utente continuam a sofrer alterações, levando a uma gestão de prioridades que nem sempre vão ao encontro com o que é preconizado pela bibliografia, mas que em tudo preveem o bem-estar e os melhores cuidados à mulher, RN e família.

Às recém-mães era oferecida a oportunidade de providenciar o contacto pele-a-pele com o seu RN, logo após o seu nascimento (se bom IA) ou assim que possível. Esta era uma norma cumprida e incentivada, ao mesmo tempo que eram incentivadas a secar o corpo do RN e a aquecê-lo, esfregando panos ou lençóis aquecidos nas costas e cabeça do RN (National Collaborating Centre for Woman's and Children's Health, 2008). Está provado que o contacto pele-a-pele precoce (na primeira hora pós-parto) tem benefícios na adaptação do RN à vida extrauterina, no que concerne ao seu desenvolvimento e comportamento; na manutenção da temperatura corporal; promove melhores valores de TA, FC e FR e melhor adaptação gastrointestinal. O contacto com bactérias maternas promovem a proteção imunitária; a estimulação dos reflexos de busca e sucção, promovendo o início e manutenção prolongada da amamentação e dos níveis de glicemia - e no bem-estar maternos - sentimentos positivos relativamente ao seu RN, uma melhor ligação entre mãe e filho, menos depressões e maior *empowerment* nas suas habilidades parentais. A médio-longo prazo facilita a tolerância a procedimentos invasivos; promove um sono reparador mais pacífico, menos irritabilidade, menos choro e mais calma. (Newman, 2009; Bigelow et. al, 2012; Haxton et. al, 2012).

A amamentação era encorajada na primeira hora após o parto, e sempre que possível, iniciava-se na primeira meia hora (National Collaborating Centre for Woman's and Children's Health, 2008; Levy & Bértolo, 2008). Para além de todas as vantagens do aleitamento materno para mulher, RN, família e sociedade, neste período era fundamental para promover uma boa ligação mãe e filho, para a amamentação e para a prevenção de hemorragia pós-parto, potenciando a involução uterina (Haxton et. al, 2012). A manutenção da amamentação era um importante papel desenvolvido pelos profissionais EESMO e estagiários antes e após parto.

Sempre que se justificava - após revisão do canal de parto - poderia ser necessária a correção de lacerações ou da ferida resultante da episiotomia. Conciliar este procedimento com o estabelecimento da amamentação nem sempre foi fácil e possível, pelo que se optou por manter o contacto pele-a-pele, enquanto se executava o procedimento, conforme foi leccionado na ESEP (Anexo

II) e sob supervisão das EESMO tutoras. O que rapidamente foi constatado foi a dificuldade em distinguir as estruturas do períneo e saber como proceder à perineorrafia, ainda que a mulher fosse mantida em posição de litotomia para melhor visualização das mesmas, pelo que foi necessária muita orientação nesse sentido. À medida que as experiências iam aumentando, o conhecimento ia cimentando e ia-se atingindo a autonomia, apesar de não terem sido muitos os casos de correção perineal, uma vez que se tentava evitar a prática de episiotomia e manter os períneos íntegros, evitando técnicas que aumentassem o risco de trauma perineal.

Uma vez terminada a perineorrafia, procedia-se aos cuidados de conforto: lavagem perineal com água tépida; colocação de gelo no períneo, se necessário, para diminuir o edema ou o seu risco; colocação de fralda ou cueca com penso; proporcionava-se à mulher a melhor posição ou a mais confortável para amamentar e oferecia-se um ambiente calmo e acolhedor de relação entre pais-RN. Ao mesmo tempo eram realizados ensinamentos relativamente ao autocuidado (higiene do períneo e cuidados a ter), vigilância de sinais de infeção da ferida e, a tempo adequado, iniciavam-se os ensinamentos sobre amamentação, adequados às necessidades identificadas.

Os cuidados ao RN podiam e eram adiados, o máximo possível, para promover a relação entre mãe e filho e o estabelecimento da amamentação. A seu tempo, seria realizada a observação detalhada do aspeto e da constituição física do RN, procurando alterações ou problemas maior que necessitassem de ser referenciados, ao mesmo tempo que se mantinha a vigilância sob o seu padrão respiratório, choro, cor de pele e reflexos primitivos (National Collaborating Centre for Woman's and Children's Health, 2007). Era colocada a pulseira de identificação e a pulseira electrónica anti-rapto e realizava-se a administração de vitamina K (1mg, via intramuscular), para evitar o risco de doença hemorrágica do RN e de colírio (1 gota, via ocular), para profilaxia da oftalmia ocular (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2009).

Seguidamente procedia-se à avaliação dos valores antropométricos do RN: os valores normais de peso situam-se entre os 2,500Kg e os 4,000Kg, sendo denominados de LIG aqueles que apresentassem um peso inferior a 2,500Kg e um IG de termo (entre as 37 e as 42 semanas) e de GIG os que para o mesmo tempo de gestação (de termo), apresentassem à nascença peso igual ou superior a 4,000Kg. Neste sentido era fundamental consciencializar os pais de que este peso iria sofrer um decréscimo de 10% nos primeiros sete dias de vida, recuperando-o nas duas semanas seguintes. Relativamente ao comprimento - medido do pólo cefálico ao pólo inferior, com os membros inferiores bem esticados - os achados

normais situavam-se entre os 45 e os 55 centímetros., Porém, qualquer alteração deveria ser comparada com os antecedentes familiares, podendo ser normal tendo em conta a fisionomia dos pais. O perímetro cefálico, medido no maior diâmetro do pólo cefálico, é idêntico ao perímetro torácico e situava-se entre os 32 e os 36 centímetros (Alden in Lowdermilk & Perry, 2008).

Assim que as duas horas após o nascimento terminassem, novamente se verificava a formação do Globo de Segurança de Pinard²¹, as perdas sanguíneas, os sinais vitais e promoviam-se condições para que a mulher pudesse urinar ou realizava-se esvaziamento vesical se se verificassem sinais de retenção urinária. Executavam-se novamente cuidados perineais, removendo o gelo, se colocado anteriormente, e era realizada a transferência para o internamento, na unidade de puerpério.

²¹ Globo de Segurança de Pinard - coágulo sanguíneo resultante da hemóstase do local de inserção placentária, logo após o parto (Rezende in Rezende, 2002).

4 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO PÓS-PARTO

Ainda centrados nos cuidados especializados na saúde da mulher e família em momentos específicos da vida, também o pós-parto, ou puerpério, é da responsabilidade do enfermeiro EESMO, tal como é suportado pela OE no seu Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (Regulamento nr. 127/2011, p.6): *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.*

Define-se por puerpério o período no qual ocorrem alterações corporais significativas na mulher, caracterizadas pelo retorno dos órgãos reprodutores ao seu estado pré-gravídico, recuperando de todas as alterações ocorridas durante a gravidez. Este período é, normalmente, associado às seis semanas decorrentes após o parto. Embora a evolução das alterações fisiológicas sejam subjetivas a cada mulher, pode ser dividido em três fases: o puerpério imediato, referente às primeiras 24 horas; o puerpério precoce, que decorre durante a primeira semana após o parto e o puerpério tardio, que engloba o restante tempo até às seis semanas pós-parto (Centeno in Graça, 2005; Crum in Lowdermilk & Perry, 2008).

Para além das alterações corporais da puérpera, existe também a preocupação em se adaptar ao RN e em atender às suas necessidades, prestando os melhores cuidados. Canavarro (2001 cit. por Silva, 2006) refere que este é um período importante para a formação parental, estando ambos recetivos a trocas mútuas de informação, sendo um momento crítico para a intervenção personalizada, pelo que é imperativo que o profissional de enfermagem ESMO tenha conhecimento sistematizado sobre esta adaptação anatomo-fisiológica puerperal, bem como sobre as características físicas e comportamentais do RN, os cuidados ao mesmo e o processo de transição de toda a família para a assunção de novos papéis sociais e familiares (Crum in Lowdermilk & Perry, 2008).

4.1 Da Admissão à Alta Clínica: Os Cuidados à Puérpera

A admissão da puérpera e do recém-nascido no serviço de internamento era um momento ideal para a confirmação dos dados e para facilitar a integração no serviço. Ao recebê-la, bem como ao seu filho e família, era feita a integração no serviço, a promoção do seu bem-estar e o planeamento cuidadoso das

intervenções relativamente ao seu cuidado, centrando-se na recuperação fisiológica da mulher, na sua capacidade de se cuidar e de cuidar do RN (Crum in Lowdermilk & Perry, 2008).

O termo “autocuidado pós-parto” sugere um conjunto de atividades a realizar no âmbito dos cuidados corporais à mulher após o parto. Tendo um pouco mais exigência e precisão na definição do conceito, este engloba todas as “Atividades Executadas pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.” (ICN, 2011), ou seja, engloba o nível de autonomia e de capacidades da pessoa em cuidar de si. Numa visão pessoal, mais do que a promoção de autonomia ou substituição do próprio nos seus cuidados gerais, este conceito engloba os cuidados necessários para promover uma melhor e facilitada transição para um novo papel adquirido pela mulher - neste caso o de uma mulher em fase de puerpério, que necessitava de cuidados e atenções específicas - providenciando-lhe o *empowerment* necessário ao atingimento dos indicadores de uma boa transição: bem-estar subjetivo, mestria no desempenho de um papel e bem-estar nas relações (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis, 2007). Sendo o enfermeiro EESMO o profissional de saúde que em primeiro lugar contacta com a mulher é responsável pela prestação de cuidados durante o internamento, organizando-os em torno de uma intenção para promover, restaurar ou facilitar a saúde. Este profissional parece ser, então, o adequado para lhe fornecer toda a informação necessária para uma melhor adaptação ao papel, desde a sua admissão até à alta clínica (Idem).

Assim, na altura da sua chegada ao serviço - e após a passagem de turno realizada pela responsável dos cuidados à puérpera e RN no Bloco de Partos - procedia-se à consulta do processo clínico para a confirmação de dados da puérpera, para despiste de trocas de identidade, bem como para o conhecimento do decorrer da gestação e do TP e parto: se foi uma gravidez desejada e planeada, vigiada ou não; complicações existentes ou não durante a gravidez e estado das análises; índice obstétrico; duração do trabalho de parto, horas e tipo de rutura de membranas; estado físico depois do parto (involução uterina, bexiga, lóquios, períneo) e questões relacionadas com a amamentação, nomeadamente a vontade de amamentar, o estado das mamas e o envolvimento na última mamada.

No sentido de facilitar a integração da puérpera no serviço e promover o sentido de segurança e de familiaridade com o local, rotinas e equipe, realizava-se uma apresentação, como estagiário de enfermagem de SMO, e revelava-se o tempo de permanência e de prestação de cuidados nesse dia. Eram fornecidas informações relativamente ao serviço e suas dinâmicas, sobretudo sobre a

constituição física do serviço e a unidade onde estaria alojada conjuntamente com o seu RN, o armário, a casa-de-banho, a sala de enfermagem, assim como as rotinas diárias do serviço: o horário das refeições, das visitas e os materiais à disposição da puérpera (Emmanuel, 2001; OMS, 2007). Continuamente, serão prestados aqueles que são considerados os cuidados imediatos, procurando a sua normalidade e despistando alterações relevantes, tendo em conta o que é exposto na Tabela 4.

CUIDADOS IMEDIATOS		
Avaliação		Considerações
Sinais Vitais	Tensão Arterial	Sob circunstâncias normais e tendo em conta o aumento da resistência vascular periférica materna no pós-parto, os valores de TA podem estar ligeiramente elevados nos primeiros dois a cinco dias. É normal a hipotensão ortostática nas primeiras 48 horas.
	Frequência Cardíaca	O valor ligeiramente aumentado de FC é considerado normal e sem causa patológica nas primeiras 48h, se não associado a aumento da perda sanguínea.
	Temperatura Corporal	Nas primeiras 24 horas pós-parto pode haver uma elevação fisiológica da temperatura corporal até aos 38°C, sem que seja indicador de infeção. Está relacionado, sobretudo, com a desidratação e o esforço resultante do trabalho de parto, podendo ser influenciada pela administração de analgesia epidural.
	Dor	A puérpera poder referir dor devido às contrações uterinas, à ferida perineal ou por processos hemorroidais. Poderá ser administrado analgésicos ou AINES (conforme prescrição) ou aplicado gelo.
Involução uterina		Nas primeiras 12 horas após o parto, o útero pode ser palpável ao nível do umbigo, se a puérpera tiver a bexiga vazia, uma condição necessária - cerca de 12 centímetros da sínfise púbica. A involução uterina progride rapidamente, descendo cerca de um a dois centímetros em cada 24 horas. Devem ser despistados sinais de hemorragia pós-parto.
Lóquios		Perda uterina após o parto, que pode conter pequenos coágulos. Nas duas horas após o parto

	pode parecer-se com um forte período menstrual, mas tende a diminuir gradualmente de quantidade, podendo o fluxo aumentar com a deambulação e a amamentação, tendo tendência em reter-se quando a mulher está deitada. É importante que o profissional EESMO esteja atento às suas características (cor, quantidade e cheiro).
Ferida Perineal (se existir) Penso da Ferida Cirúrgica (no caso de cesariana)	Pode ser resultante da correção de episiotomia ou laceração. A prevenção/correção de hematomas e uma higiene perineal cuidada permite a recuperação total e eficaz. A cicatrização é idêntica à de uma ferida cirúrgica, podendo ocorrer em duas a três semanas. Devem ser procurados sinais de infeção: calor, rubor, dor, tumor ou supuração. O edema após correção da ferida é habitual e pode ser diminuído com a aplicação de gelo perineal.
Eliminação Urinária	Os traumatismos do parto vaginal e o aumento da capacidade da bexiga podem provocar uma diminuição da vontade de urinar, que quando associado com o aumento da diurese, pode provocar a distensão vesical que pode aumentar o risco a infeção ou levar a uma hemorragia pós-parto, pelo que a mulher deve ser incentivada a urinar. Este não é um problema para as puérperas de cesariana, pois estão cateterizadas.
Mamas e Volição para Amamentar	As mamas da mulher aumentam de tamanho durante a gravidez, devido aos efeitos do estrogénio e da progesterona. A avaliação dos mamilos e a volição da puérpera para amamentar podem ser bons indicadores de sucesso na amamentação. Um mamilo raso, de difícil pega pode sugerir a necessidade de ajuda no processo de adaptação.

Tabela 4: Cuidados Imediatos à Puérpera e Considerações Sobre a Sua Normalidade (Rezende, 1998; Centeno in Graça, 2005; Crum in Lowdermilk & Perry, 2008)

Após esta receção, era ainda crucial explicar à puérpera que não deveria proceder ao primeiro levante sozinha, sob o risco de hipotensão ortostática e mal-estar, com possibilidade de lipotímia, devido a uma diminuição rápida da pressão intra-abdominal e estase sanguínea nas vísceras (Crum in Lowdermilk & Perry, 2008). Contudo, era motivada para a mobilização nas primeiras seis a oito horas, após parto vaginal e nas primeiras oito a 12 horas após cesariana, com o objetivo de prevenir processos tromboembólicos (tromboflebite, a trombose venosa

profunda e o tromboembolismo pulmonar), obstipação e complicações vesicais, consequentes a uma imobilização prolongada (Leveno et. al, 2005). Desta forma, as puérperas, principalmente aquelas que tinham fatores de risco associados (varizes ou sinal de Homan²² positivo, calor, rubor ou sensibilidade excessiva nas pernas), eram incentivadas a deambular e, se houver necessidade de imobilização no leito por mais de oito horas, eram instruídas a realizar exercícios, de forma a promover a circulação dos membros inferiores: flexão e extensão alternada dos pés, movimentações rotativas da articulação tibio-társica, flexão e extensão das pernas (Centeno in Graça, 2005).

Assim, o primeiro levante da puérpera, que tinha como objetivo a promoção da deambulação da mesma, a prevenção da hipotensão ortostática e da tromboflebite, era realizado sob a supervisão do profissional de enfermagem e precedido da avaliação da TA e FC, seguida de elevação a cabeceira da cama a 45 graus e nova avaliação da TA e FC, se os valores estivessem dentro dos parâmetros normais, a pessoa poderia sentar-se na cama. Ao mesmo tempo eram pesquisados sinais de não-tolerância do levante ou hipotensão ortostática: sudorese, sensação de desmaio, tonturas, visão turva, diminuição dos valores de TA em cerca de 20mmHg, quando comparados com os valores quando a mesma estava deitada. Se não houvesse alterações, a puérpera poderia sentar-se na cama e colocar os pés no chão para, finalmente, deambular.

A alimentação, um desejo muito frequente das puérperas no pós-parto recente devido ao esgotamento dos esforços do TP, não era alvo de restrições para mulheres que pariam por via vaginal; logo após as primeiras duas horas, a puérpera poderia iniciar alimentação se assim o desejasse (Leveno et. al, 2005); na mulher que foi submetida a cesariana, a alimentação iniciava-se de acordo com o período de segurança do respetivo método de analgesia ou anestesia ou segundo protocolo institucional. Este era um momento ideal para recomendar à mulher uma alimentação adequada, no sentido de prevenir a obstipação, a anemia e a de perda de peso excessiva. A necessidade de ingestão de nutrientes, como o cálcio, o zinco, o iodo, as proteínas, as vitaminas e as calorias permaneciam aumentadas, embora o ferro e o ácido fólico pudessem ser mantidos até ao final do puerpério ou até terminar os suplementos prescritos durante a gravidez.

A ingestão de líquidos deveria permanecer suficiente para a produção de leite e hidratação materna. O uso de substância nocivas tal como o tabaco, a ingestão de álcool e de cafeína em excesso era desaconselhada, sob o risco de afetar

²² Sinal de Homan: sinal inicial de tromboflebite, que se manifesta por queixas de dor na parte posterior da perna, ou seja, nos músculos gastrocnémios, aquando da sua hiperextensão e pé em dorsiflexão (Centeno in Graça, 2005).

negativamente a lactogénese e o saudável crescimento e desenvolvimento infantil. O consumo de tabaco incita a contaminação do leite materno, inibe a lactação e aumenta a propensão a cólicas no RN, para além de levar à sua perda de peso ponderal. Por sua vez, o álcool é transmitido para o leite materno em igual proporção ao que está presente no sangue materno, em apenas 30 minutos e, tal como a cafeína, tem efeitos secundários de hiperestimulação, irritabilidade, prostração, entre outros, sendo a sua eliminação do corpo do RN demorada (Perry & Crum in Lowdermilk & Perry, 2008).

Diariamente, desenvolviam-se um conjunto de intervenções no âmbito das vigilâncias, que permitiam avaliar: estado geral da puérpera, o estado das mamas, a altura uterina, as características dos lóquios, o estado da ferida perineal ou ferida cirúrgica e a manutenção da eliminação vesical e intestinal. Estas intervenções eram realizadas pela manhã, após a higiene corporal da puérpera, com a orientação de uma especial atenção e higienização perineal, que incluíam a lavagem com água tépida e corrente e a utilização de sabão neutro, prosseguida de uma boa secagem, com uma toalha de uso próprio, para o devido efeito. Era também recomendada a lavagem perineal com água após todas as micções e/ou dejectões nas primeiras 24 horas pós-parto.

Desta forma, na sala de tratamentos, os cuidados perineais eram executados, e realizava-se uma avaliação diagnóstica sobre os conhecimentos tais como: a amamentação e prevenção de complicações, o autocuidado no pós-parto, a recuperação fisiológica e a prevenção e detecção de complicações puerperais. Consoante o nível de conhecimentos demonstrados seriam fornecidas informações, verbais ou em suporte de papel, sobre a amamentação, os cuidados às mamas, a prevenção de complicações da amamentação, a involução uterina, os cuidados perineais, a vigilância de sinais e sintomas de alarme durante o puerpério; a prevenção de infecções génito-urinárias e exercícios pós-parto; a atividade sexual e o uso de contraceptivos. Este era um espaço privilegiado para retirar eventuais dúvidas que as puérperas apresentavam, pelo que eram incentivadas a fazê-lo (OMS, 2007).

A recuperação fisiológica engloba todas as modificações anatómicas e fisiológicas que o corpo sofre, de forma a regressar ao seu estado pré-gravídico. Estas mudanças são normais, embora distintas e de tempo variável - dependendo de mulher para mulher, embora o mais comumente aceite seja o tempo que decorre entre a dequitação e as seis semanas seguintes (puerpério). De forma a prestar cuidados de saúde devidamente personalizados, era importante ter bem presente os conhecimentos relativamente às alterações anatomo-fisiológicas da

puérpera, mas também psicológicas e comportamentais (Crum in Lowdermilk & Perry, 2008).

O fundo do útero - cavidade onde se desenvolveu o crescimento embrionário e fetal - logo após o parto era palpável a nível do umbigo, apresentando-se como uma bola de ténis (Crum in Lowdermilk & Perry, 2008). Esta sugestão é interessante para explicar à puérpera o que deveria sentir na sua barriga, pois algumas revelaram, durante a prática clínica, uma preocupação associada a tumores quando este pormenor não lhes foi devidamente explicado. Desta forma, era também importante elucidar que essa “bola” não seria sempre sentida, iria diminuindo de tamanho e descendo cada vez mais em direção à pelve, até deixar de ser palpável no abdómen (por volta do nono dia pós-parto, podendo ocorrer mais cedo), ou seja dar-se-ia a involução uterina.

As contrações miométrais do útero são responsáveis pela involução uterina, frequentemente referidas pelas multíparas como “dores menstruais, que aumentam durante a amamentação”. O processo que desencadeava essa sensação era facilmente entendido pelas próprias, quando se lhes explicava que essas dores, denominadas pelo senso comum de “dores tortas”, eram mais sentidas durante os primeiros três dias, mais intensas durante a amamentação, uma vez que eram desencadeadas pelo reflexo de ocitocina, libertado pela estimulação do RN no mamilo e que na primeira vez que pariram, como os músculos do útero estavam mais tonificados, não as sentiam tão evidentemente como agora (Centeno in Graça, 2005; Leveno et. al, 2005; Crum in Lowdermilk & Perry, 2008).

Os lóquios - secreção vaginal, resultante da evolução da cicatrização da ferida útero-placentar, pela regeneração da decídua - resultam da descamação de tecido decidual e nas primeiras horas pós-parto podem-se assemelhar a um forte período menstrual, embora reduzam gradualmente. Ou seja, os lóquios possuem características próprias e distintas consoante o tempo que decorre do pós-parto: os lóquios hemáticos (*lochia rubra*), permaneciam até três ou quatro dias e são constituídos por células epiteliais, eritrócitos hemácias e decídua; pelo quinto dia, os lóquios assumiriam uma coloração rosada ou acastanhada (*lochia serosa* ou *lochia fusca*), constituídos por sangue, soro, hemácias, leucócitos, restos tecidulares, muco cervical e microorganismos durando cerca de 10 dias a tornarem-se mais esbranquiçados / serosos, com aspeto mucoide e espesso (*lochia alba*), constituído por leucócitos células epiteliais, muco cervical, soro, gordura e bactérias, que cessará findo as seis semanas (Rezende, 1998; Crum in Lowdermilk & Perry, 2008).

O cheiro dos lóquios era característico, semelhante ao do fluxo menstrual, e a quantidade tenderia em diminuir, acompanhando as alterações das características

supracitadas. Nesse sentido, a puérpera era incentivada a vigiar a quantidade, as características e o cheiro dos lóquios, de forma a detectar alterações, fruto de complicações puerperais (Tabela 5).

Complicações Puerperais	Medidas Preventivas	Sinais e Sintomas de Complicação	Medidas a ter / Tratamento
Sub-involução uterina	Estimulação uterina através de massagem Movimentação corporal Amamentação	Lóquios hemáticos em quantidade moderada, após quarto dia; útero pouco firme à palpação	Massagem no fundo uterino. Administração de fluídos.
Atonia Uterina	Estimulação uterina através de massagem Movimentação corporal Amamentação	Lóquios hemáticos em quantidade elevada, persistentes; útero pouco firme à palpação ou não palpável	Massagem no fundo uterino. Administração de fluídos intravenosos. Administração de ocitocina intravenosa.
Retenção de membranas ou fragmentos placentares		Cheiro fétido dos lóquios; lóquios hemáticos persistentes além do quarto dia, com presença de coágulos.	Recorrer aos cuidados de saúde para remoção dos restos placentares e ser medicada convenientemente.
Endometrite		Cheiro fétido dos lóquios; febre (>38°C em duas avaliações com seis horas de intervalo) e dor abdominal	Recorrer aos cuidados de saúde para ser medicada convenientemente.

Tabela 5: Complicações Uterinas no Pós-Parto: Medidas Preventivas, Sinais e Sintomas e Tratamento

A parede da vagina, muito distendida e lisa após o parto, retorna à sua forma anatómica entre a terceira e a sexta semana do puerpério, inicialmente reaparece a rugosidade característica da vagina, o espessamento da mucosa depende do reinício da ovulação e a lubrificação depende dos níveis de estrogénio (mais elevados durante a amamentação) - a fisionomia pré-parto nunca é totalmente alcançada. A completa cicatrização das feridas perineais ocorre nas primeiras três semanas após o parto. Eram sempre pesquisados sinais de infeção da ferida: dor, rubor, edema, supuração e incentivava-se a puérpera a procurar os serviço de saúde caso identificasse qualquer um destes sinais e a tomar medidas de prevenção de infeção, nomeadamente: lavar as mãos antes e depois de manipular

o períneo; lavar a zona perineal uma vez por dia com água e sabão; secar muito bem a zona perineal com toalha própria; limpar-se sempre da zona anterior para a posterior aquando dos cuidados perineais e mudar de penso higiénico frequentemente, cerca de quatro vezes por dia (Centeno in Graça, 2005; Crum in Lowdermilk & Perry, 2008).

A mulher era também aconselhada relativamente ao início da atividade sexual. Este assunto tornava-se fundamental, já que grande parte dos casais iniciava a atividade sexual antes da consulta de revisão do puerpério, revelando-se um momento tardio para discutir as dúvidas (Leveno et. al, 2005). Era frequente, na altura de discutir este assunto, surgia um certo tabu à sua volta e algumas mulheres chegavam a solicitar o aconselhamento do seu parceiro sexual. Assim, o casal era orientado no sentido em que não existe um momento certo para retomar a atividade sexual com coito, contudo, este poderia tornar-se desprazeroso ou mesmo doloroso, devido à involução uterina e à cicatrização de ferida perineal e potenciava o risco de infeção. Era oportuno colocar em evidência a possibilidade de outras formas de se relacionarem sexualmente, sem prosseguir para o coito, focando o momento íntimo e prazeroso de ambos, despertando para o facto de que nos primeiros três meses pós-parto, a sensibilidade estaria diminuída e o orgasmo poderia ser mais difícil de atingir.

Assim sendo, o coito poderia ser retomado assim que a mulher se sentisse confortável para o fazer, o que normalmente aconteceria por volta do primeiro mês (quando os lóquios cessam e as feridas perineais estão totalmente cicatrizadas). Tendo em conta que as mulheres que amamentam são as que mais desejo sexual referem, porém têm uma menor lubrificação vaginal, resultante da diminuição na produção de estrogénios, o casal era aconselhado na utilização de lubrificantes à base de água para diminuir a dispareunia (Centeno in Graça, 2005; Leveno et. al, 2005; Crum in Lowdermilk & Perry, 2008).

A prática clínica demonstrou que uma informação frequentemente procurada pelas puérperas era o momento de reinício da menstruação. Grande parte destas mulheres associavam esse momento ao retorno da fertilidade ou momento a partir do qual estariam novamente sob o risco de engravidar. Era necessário desconstruir estas percepções e explicar que as mulheres que amamentam exclusivamente poderiam não ser menstruadas durante os primeiros seis meses, ou até à introdução de novos alimentos na dieta do lactente, uma vez que o estímulo da sucção no mamilo e o aumento da prolactina levam à inibição da hormona gonadotrófica e à consequente interrupção da ovulação (Rea, 2004). Ao contrário destas, as mulheres que não amamentam seriam menstruadas nas primeiras seis a

oito semanas pós-parto, ou seja, findo o período de puerpério (Leveno et. al, 2005).

Desta forma, a mulher/casal era orientado no sentido de utilizar métodos contraceptivos para evitar uma gravidez indesejada, já que é uma realidade para 90% dos casais férteis que não utilizam qualquer método de contraceção (Idem). Apesar da interrupção ovulatória provocada pela amamentação e lactação, este método é falível, já que os níveis de prolactina estão dependentes do estímulo que o lactente produz no mamilo e da percepção das suas necessidades. Desta forma, o processo anovulatório estaria associado a uma amamentação exclusiva (mamadas diurnas e noturnas), com intervalos entre as mamadas não superiores a seis horas. Assim, o casal era incentivado a utilizar um método contraceptivo, fosse ele hormonal ou de barreira, quando deixassem de estabelecer uma amamentação exclusiva e quisessem evitar uma gravidez indesejada (Neves in Graça, 2005).

O preservativo masculino, espermicidas, diafragmas, o DIU, os contraceptivos hormonais injetáveis ou são passíveis de serem utilizados durante o puerpério ou tempo de amamentação, apesar de cada um deles ter contraindicações: o preservativo, espermicidas e diafragmas diminuem o contacto e sensibilidade sexual e podem causar reações atópicas ou irritação local; o DIU pode ser expulso devido à involução uterina própria desse período; os contraceptivos injetáveis acarretam um grande período de anovulação após a sua interrupção e o retorno da fertilidade é demorado. Por sua vez, as pílulas combinadas estão desaconselhadas, já que afectam a capacidade e qualidade de lactação, devido à presença de estrogénios na sua constituição (Leveno et. al, 2005; Neves in Graça, 2005; DGS, 2008). As pílulas progestativas, para mulheres que amamentam, podem ser usadas com as devidas advertências: deveriam iniciar-se às seis semanas pós-parto, diariamente, respeitando fielmente o horário de administração, uma vez que a diferença de três horas na sua toma exige precauções extra; a amenorreia, as metrorragias ou o *spotting* poderiam ser fenómenos habituais nas mulheres sob este método contraceptivo (Leveno et. al, 2005). Para além disso, sublinhou-se que se desconhece os efeitos deste na maturação hepática e cerebral do RN, pelo que se desaconselha a sua utilização nesse período, sempre que possível (DGS, 2008).

A amamentação apresentava-se como sendo o fator de adaptação mais complicado para a maioria das puérperas. As dúvidas sobre a quantidade e a qualidade do seu leite, as restrições alimentares e as técnicas de amamentação eram as mais referenciadas na prática clínica, muitas vezes afetadas pelas crenças e as práticas culturais, que exerciam grande influência na escolha do método alimentar dos RN (Alden in Lowdermilk & Perry, 2008).

Num estudo realizado por Barge e Carvalho (2011), revelou que a prevalência do aleitamento materno aos seis meses de idade da criança é de 36%, ficando abaixo do recomendado pela OMS. Sabe-se que foi a partir dos anos 70 que houve uma nova adesão crescente à amamentação, principalmente entre as mulheres mais instruídas e, desde então, tem vindo a manter-se como prática corrente. Contudo, sabe-se também que cerca de 50% das mulheres que iniciam a amamentação, interrompem-na ao final de um mês, sugerindo que a maior parte dessas mulheres acabam por não cumprir o desejo de amamentar (Levy e Bértolo, 2008).

No sentido de facilitar o sucesso na amamentação, os conhecimentos e habilidades para o aconselhamento e a promoção do AM e a vantagem de contactar pessoalmente com a mulher permitiram ajudar a escolher o melhor método de alimentação para o seu filho, atendendo às suas vontades, necessidades e possibilidades. A vontade e a escolha pelo AM devem ser devidamente informadas, assumindo a responsabilidade pela promoção do sentimento de confiança e competência da mulher para a alimentação dos seus filhos (Alden in Lowdermilk & Perry, 2008).

Era frequente encontrar mulheres que tomavam essa decisão sob influência da família e sociedade, por outro lado, eram frequentes também as mulheres que diziam querer amamentar, associado ao receio de “não ter leite”, ou que “o leite não chegue ou não seja bom” [sic]. A desconstrução destes preconceitos e a promoção de que a amamentação dependia da decisão em amamentar, do estabelecimento da lactação e do suporte contínuo na amamentação urge neste momento (quando não é trabalhado durante a gravidez). Segundo a OMS, o momento ideal para se trabalhar estas questões é o terceiro trimestre de gestação (Levy e Bértolo, 2008).

Desta forma, a mulher, casal ou a família eram esclarecidos de que o AM é considerado pela OMS como sendo a prática mais saudável de alimentação infantil (exclusiva até aos seis meses de idade e combinada até aos dois anos) e que o leite materno tem os nutrientes, sais minerais e água necessários e adaptados ao seu desenvolvimento, apesar dos suplementos habituais de ferro e cálcio (uma vez que não é rico nestes nutrientes) (Centeno in Graça, 2005; Levy e Bértolo, 2008; International Breastfeeding Centre, 2009). Era também realçado que o AM possui inúmeras vantagens relativamente ao leite de fórmula, nomeadamente:

- Para a mãe: facilita uma involução uterina mais precoce, pela produção de ocitocina; associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama e de ovários; em algumas mulheres, pode constituir um método de contraceção, pelo atraso da menstruação; permite à

mãe sentir o prazer único de amamentar (Levy e Bértolo, 2008; WHO, 2009).

- Para o bebê: previne as infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias, e a síndrome da morte súbita do lactente; tem um efeito protetor sobre as alergias; proporciona uma melhor adaptação a outros alimentos; a longo prazo, pode-se associar a importância do AM na prevenção da diabetes, obesidade e hipercolesterolemia, bem como de linfomas e ao melhor desenvolvimento psicossocial do bebê (Silva, 2006; Levy e Bértolo, 2008; WHO, 2009).
- Para a família: é o método mais barato, mais prático e mais seguro para alimentar os bebês; contribui para um desenvolvimento sustentável e ecológico, ao diminuir os desperdícios e os gastos na produção de leite artificial, no plástico das latas, biberões e tetinas (Idem).

Relativamente à quantidade e qualidade do leite materno, a mulher, casal ou a família (porque muitas vezes eram os familiares que criavam as dúvidas na mulher) podiam ser esclarecidos que o colostro - líquido de cor variável, desde transparente, branco, amarelo, alaranjado - rico em água, minerais, proteínas, fatores de proteção (imunoglobulinas) e se iria manter até ao terceiro ou quarto dia pós-parto, altura em que se dá a “descida do leite” ou maturação do leite materno (Leveno et. al, 2005; Levy e Bértolo, 2008). Referia-se que para a produção e ejeção do leite materno funcionam duas hormonas - a prolactina e a ocitocina - cuja produção seria estimulada pela sucção do bebê no mamilo, enviando impulsos sensoriais para o cérebro.

Era explicada a importância de amamentar em horário livre sem intervalos, e que o RN também tinha a sua função na manutenção da amamentação. Assim, a prolactina que após o parto é produzida pela hipófise anterior, estimulada pela sucção do bebê e pelo esvaziamento da mama, é responsável pela produção de leite e pela sua adequação às necessidades do bebê, pelo que se tornava importante esvaziar bem a mama em cada mamada; a ocitocina, em resposta à parte posterior da hipófise, por sua vez, responsável pelo reflexo de ejeção ou de saída do leite, é estimulada por pensamentos positivos, visualização do bebê, sons, cheiros associados ao bebê e também quando o mamilo é sugado, provocando contrações nas células musculares ou células mioepiteliais, em torno dos alvéolos, ejetando o leite dos ductos ao mamilo (Alden in Lowdermilk & Perry, 2008; Levy e Bértolo, 2008).

A técnica de amamentação, bem como as posições da mãe e do RN, a pega da mama aparentavam ser fatores inibitórios no sucesso da amamentação naquele

contexto, pelo que, mais uma vez, esteve-se vocacionado para a resolução e ajuda destes problemas. Assim, era crucial ensinar que tanto a mulher como o RN devem adotar posturas alinhadas e confortáveis no momento de amamentar, virados um para o outro, abdómen contra abdómen; o RN era colocado à altura da mama, com a boca ao nível do mamilo, para que a mãe não tivesse que se curvar para ele e, assim, ficar com dores posicionais (Alden in Lowdermilk & Perry, 2008). A partir daí, qualquer posição é válida, desde que seja facilitadora e cómoda para o ato de amamentar.

As complicações da amamentação eram muito frequentes, algumas percepcionadas ainda durante o internamento e outras já experienciadas no domicílio, requeriam internamento se não fossem atempadamente prevenidas ou solucionadas, como o caso da D.^a C. que foi re-internada para tratamento cirúrgico de mastite bacteriana, com desenvolvimento de abcesso mamário, à esquerda. Assim, a mulher era orientada na supervisão do aparecimento de alguns sinais e sintomas característicos de complicações da amamentação, no sentido de prevenir o seu aparecimento ou atuar no seu tratamento (Tabela 6).

COMPLICAÇÕES DA AMAMENTAÇÃO	MÉTODOS DE PREVENÇÃO OU TRATAMENTO
FISSURAS DO MAMILO Nos primeiros dias da amamentação, o mamilo está sob tensão e é frequente que a mulher se queixe de dor quando o bebé mama, abrasão, mamilos gretados e sangrantes. Tudo isto resulta de uma “pega” inadequada por parte do bebé, pelo que é importante corrigi-la atempadamente reposicioná-lo corretamente. Para prevenir as fissuras e dor, a mãe pode retirar umas gotas de colostro após a amamentação e humedecer, para facilitar a cicatrização do mamilo e deve iniciar a amamentação sempre no mamilo menos doloroso.	MASSAGEM COM LEITE MATERNO: - Lavar as mãos antes de iniciar a extração; - Sentar-se confortavelmente, colocar o polegar sobre a parte superior da aréola e o indicador por baixo e pressionar em direção ao tórax (costelas); - Pressionar e soltar devagar, (se sentir dor, é porque a técnica não é correta) para retirar umas gotas de colostro; - Rodar os dedos para massajar o mamilo com colostro em todos os locais.
	CONCHAS DE AMAMENTAÇÃO: A utilização das conchas de amamentação dentro do soutien permite a proteção e respiração do mamilo e armazenamento da perda de leite.
INGURGITAMENTO MAMÁRIO Quando acontece a descida do leite, por volta do terceiro ou quarto dias, a mulher poderá sentir que as mamas estão: quentes e tensas; mais pesadas e duras; distendidas e dolorosas; inchadas	EXTRACÇÃO DE LEITE: A extração de leite em excesso pode constituir um método de alívio da tensão mamária, frequentemente sentida nos primeiros dias. Preferencialmente, deve ser feito

(edema) e brilhantes; com as aréolas firmes e os mamilos rasos. Poderá sofrer um ligeiro aumento de temperatura corporal que não ultrapassa, em regra geral, os 38°C, durante 24 horas.	manualmente e só se deve passar para a bomba extractora se o esvaziamento manual não for suficiente. APLICAÇÃO DE FRIO/CALOR: - O banho de água morna ou a aplicação de panos de água quente antes da mamada, pode facilitar a descida do leite. - A aplicação de gelo, após a mamada, pode reduzir a vasculite, edema e dor.
MASTITE Quando há um ducto bloqueado, que mesmo com massagem não drena o leite, ou no caso de ingurgitamento mamário grave, o tecido da mama pode infectar. Assim, parte da mama fica avermelhada, quente, com tumefacção e dolorosa. Pode ter febre, normalmente elevada, e grande mal-estar. Ocasionalmente, se a mastite não for tratada atempadamente, poderá desenvolver um abscesso.	- Deve repousar a mama afetada, retirando o leite com massagem manual e amamentar do lado não afectado. TRATAMENTO MÉDICO: - Consultar o médico que, normalmente, prescreverá um antibiótico para combater a infeção e prevenir o abscesso. - Em caso de abscesso, a sua remoção passará por uma intervenção cirúrgica, para drenagem do mesmo.

Tabela 6: Complicações da Amamentação e Métodos de Prevenção /Tratamento (Adaptado de Leveno et. al, 2005; Alden in Lowdermilk & Perry, 2008; Levy e Bértolo, 2008; International Breastfeeding Centre, 2009)

Finalmente, na altura da alta hospitalar, era devolvido o boletim de saúde da grávida, expondo o local onde são registados os dados do parto e realçando a importância da consulta de revisão do puerpério. Este seria um último momento para retirar dúvidas que a puérpera pudesse apresentar e era reforçada a importância do uso de um método contraceptivo adequado e onde poderia adquirir a primeira caixa da pílula progestativa, se esse for o método escolhido.

4.2 Da Avaliação aos Cuidados do Recém-Nascido no Internamento

Para sobreviver, o RN faz adaptações importantes para o meio extrauterino, nomeadamente alterações circulatórias e respiratórias, de forma a respirar autonomamente e substituir o líquido presente nos pulmões por ar (Burroughs, 1995). Da mesma forma, todos os restantes órgãos adaptam-se a este novo meio, pelo que a avaliação do estado do RN e a procura de sinais de má adaptação à vida extrauterina, durante as primeiras 24 horas, revelavam-se fundamentais e

importantes para alertar os pais e retirar dúvidas e preocupações ou referenciar os casos em que este processo não estivesse a decorrer dentro dos parâmetros normais (Alden in Lowdermilk & Perry, 2008). Assim, após a identificação correta do RN e do seu género, confrontando os registos do processo com o que é referido pela mãe e o que é observado, bem como a confirmação da pulseira de identificação e da pulseira anti-rapto, a avaliação do estado geral do RN deveria incluir: o aspeto geral, seguido de uma avaliação céfalo-caudal dos diferentes sistemas e reflexos primários, terminando na interação pais-bebé e adaptação à mama (Idem).

Logo após a clampagem e secção do cordão umbilical, os sistemas circulatório e respiratório sofrem alterações rápidas e complexas, exigidas para uma adequada adaptação à vida extrauterina. Com a primeira inspiração, provocada pelos estímulos externos como o frio, o toque, o movimento, a luz e as alterações da pressão, o RN inicia uma sequência de alterações cardiorrespiratórias: a circulação pulmonar aumenta; a resistência vascular diminui; a distensão dos capilares alvéolares aumenta; fecham-se as estruturas circulatórias fetais, nomeadamente o ducto arterial e o ducto venoso e o *foramen ovale*; encerramento progressivo das artérias e veia umbilicais. O facto de existir uma compressão torácica durante o parto, que facilita a expulsão de líquido presente nos pulmões (sendo o restante absorvido pelo sistema linfático e removido pelos vasos linfáticos), simplifica a adaptação e a primeira respiração do RN, pelo que os nascidos por cesariana, não sofrendo essa compressão, têm maior susceptibilidade de dificuldade respiratória, por acumulação de líquido nas vias respiratórias (Burroughs, 1995; Alden in Lowdermilk & Perry, 2008).

Sendo uma adaptação normal, a frequência respiratória do RN vai-se traduzir em 30 a 60 cpm, uma frequência cardíaca de 100 a 160 bpm (podendo atingir os 180 bpm se o RN estiver a chorar), uma TAs de 60 a 80 mmHg, TAd de 40 a 50 mmHg e MAP de 50 a 70 mmHg (a TAs pode estar ligeiramente elevada se choro ou movimentos estiverem presentes na altura da monitorização). A presença de adejo nasal, tiragem, gemido expiratório, respiração mista assimétrica (em vez de abdominal), taquicardia persistente ou uma diminuição da frequência respiratória podem indicar dificuldade respiratória, pelo que seriam imediatamente comunicados ao médico para se tomarem as devidas medidas; a presença de cianose prolongada e bradicardia poderiam sugerir uma alteração cardíaca (Burroughs, 1995; Alden in Lowdermilk & Perry, 2008).

A manutenção da temperatura corporal do RN era fundamental para uma adaptação cardiorrespiratória de sucesso (Pugliesi et al, 2009). Para manter a sua temperatura corporal, seja porque não é convenientemente aquecido, porque tem

alterações da temperatura ambiente ou perde calor, o RN consome gordura castanha. Esta gordura castanha é mais vascularizada e enervada do que a gordura comum, encontrando-se, frequentemente, nas axilas, tórax, ao longo da coluna vertebral e à volta dos rins; aumenta o metabolismo do cérebro, fígado e rins. O RN chora, move-se e aumenta a frequência respiratória, de forma a aumentar a temperatura corporal. Tudo isto leva a um aumento no consumo de oxigénio e de glicose, pelo que é necessário um aporte conveniente para manter o RN estável. Uma diminuição do aporte de oxigénio poderia desencadear um decréscimo da TA de níveis de oxigénio e, consequentemente, um Síndrome de Dificuldade Respiratória (Alden in Lowdermilk & Perry, 2008).

Após o nascimento, os níveis de glicose tinham tendência em descer, devido à quebra de suprimento materno e a um aumento das necessidades energéticas, sendo a maior fonte de glicose do RN o leite (materno ou de fórmula, consoante a alimentação desejada pelos pais). No primeiro dia, em RN saudáveis, os valores de glicose estabilizavam entre os 40 a 60mg/dl, fixando-se a partir do momento em que se estabelecia uma alimentação adequada. A hipoglicemia do RN estaria, então, definida como sendo valores de glicemia capilar inferiores a 40mg/dl e estaria relacionada com um hiperinsulinismo persistente, sendo mais frequente nos RN macrossómicos, nos prematuros e nos RN com restrição do crescimento intrauterino.

Os sinais e sintomas que definem a hipoglicemia são pouco específicos, podendo haver episódios de hipoglicemia assintomáticos: episódios de cianose, apneia, instabilidade térmica, hipotonia, letargia, tremor, irritabilidade, dificuldade em mamar, choro gritado, taquipneia, apneia, convulsões e coma. A pesquisa de glicemia capilar no RN era feita através da punção da planta do pé (calcanhar). O tratamento da hipoglicemia sintomática passava pela rápida normalização da glicemia, podendo ser necessário o estabelecimento de mamadas frequentes, cerca de 10 a 12 vezes por dia, em horário livre ou com a administração de fórmulas lácteas adaptadas (Alden in Lowdermilk & Perry, 2008; Gouveia e Órfão, 2009; Sociedade Portuguesa De Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo et al., 2011). No CHPVVC está protocolada a pesquisa de glicemia capilar a RN de risco na primeira hora de vida e antes das mamadas, nomeadamente filhos de mães que desenvolveram diabetes gestacional ou que já eram diabéticas, RN prematuros, LIG, GIG ou macrossómicos - por apresentarem maior risco de desenvolver hipoglicemias.

Outra preocupação que necessitava de vigilância era a icterícia neonatal. Esta condição define-se como sendo a coloração amarela da pele e mucosas do RN, devido ao apósito anormal de bilirrubina nessas zonas, resultante de uma

hiperbilirrubinemia desadequada e tem uma progressão céfalo-caudal. É uma realidade comum em todo o mundo, a hiperbilirrubinemia está presente em cerca de 97% dos RN, mas apenas 67% dos RN de termo e 80% dos RN prematuros ficam ictéricos, tendo uma importância significativa nestes últimos, por ter uma evolução mais rápida e mais grave do que nos primeiros, constituindo, assim, uma das principais causas de morbidade neonatal (Quintas & Silva in Sociedade Portuguesa De Pediatria, 2004; Gallegos-Dávila et al., 2009).

Os fatores de risco de aparecimento de icterícia são vários, podendo estar relacionados com a mãe, desde o tipo de sangue materno (*coombs* direto positivo), à amamentação do RN, ao uso de fármacos, à diabetes gestacional; ou com o próprio RN, como trauma no nascimento, a prematuridade, o género masculino, e a irmãos com história de icterícia neonatal. A avaliação da coloração da pele pela sua visualização poderia não ser fiável e indutora de erros, pelo que o doseamento de bilirrubina total transcutânea e/ou sérica era fundamental na suspeita de icterícia.

Os grandes riscos do não tratamento da icterícia passam pela toxicidade do SNC (encefalopatia), alterações auditivas e *kernicterus* - alterações anatomopatológicas cerebrais em áreas específicas (Quintas & Silva in Sociedade Portuguesa De Pediatria, 2004). O tratamento mais adequado é a fototerapia, considerado um método não invasivo e de alto impacto na diminuição dos níveis de bilirrubina sérica, independente da maturidade do RN. Este método foi inspirado na descoberta de uma enfermeira inglesa que, em 1956, concluiu que os bebés mais expostos ao sol ou que dormiam perto da janela tinham um tom de pele menos amarelado do que os restantes, o que se comprovou durante este estágio (Rodrigues et al., 2007).

Durante o tempo de prática clínica, apenas dois RN necessitaram de fototerapia em *Billibed*²³ e um teve necessidade de ser colocado em fototerapia intensiva na neonatologia. Para uma recém-mãe, de primeiro filho, ou para outras que tiveram más experiências em filhos anteriores com icterícia, este assunto poderia ser considerado frágil, de extrema importância e temeroso, uma vez que os sentimentos eram caracterizados por estados de sensibilidade e apreensão, sendo expressos negativa ou positivamente, dependendo das percepções ou sensações que se experimentam no dia-a-dia (Idem).

A preocupação das mães recaía muito na pouca informação sobre o fenómeno e nos cuidados que deveriam ter e o que poderiam fazer para ajudar a melhorar a situação. Neste sentido, de forma a diminuir a ansiedade e a preocupação

²³ *Billibed* ou biliberço é um sistema de fototerapia que permite fazer o tratamento em alojamento conjunto, sem interrupção e sem prejuízo para os pais e para o bebé.

demonstrada, era dada uma explicação sobre a icterícia e o seu tratamento, expondo os cuidados em colocar o RN despido no *Billibed*, para que a incidência dos raios luminosos atingissem a maior extensão possível da superfície corporal, protegendo a zona perineal com fralda e fechado bem o fato protetor para que a luz não incidisse sobre os olhos, evitando lesões nos fotorreceptores da retina. Por essa mesma razão, sempre que o RN tivesse que sair do tratamento - de preferência apenas para ser amamentado, podendo estar mais tempo em fototerapia - deveria ser desligada a luz, voltando a ligar apenas quando o fato estivesse convenientemente colocado (Ibidem).

Mas a pele do RN não se tornava imediatamente amarela após o nascimento, tinha características próprias que importavam ser conhecidas e cuidados específicos a ter. Após o nascimento, a pele do RN apresentava-se coberta com uma substância gordurosa esbranquiçada, à base de água, secreções sebáceas e lípidos, desenvolvida durante o terceiro trimestre de gestação para maturação da pele e atuar como lubrificante durante o parto, o *vérnix caseoso*. Este *vérnix* tinha como função a hidratação da pele, impedindo as perdas insensíveis de água, a termorregulação, a proteção contra a entrada de bactérias e o efeito “curativo” da pele, pelo que não era removida até ao banho do RN ou até ser absorvida totalmente pela pele (Macedo et al. in Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004; Ness, Davis & Carey, 2013).

A pele do RN de termo era, portanto, comprável com a do adulto, apenas menos pigmentada, menos espessa, menos hidratada e continha o *vérnix caseoso*, com duas principais funções: função de relação - órgão sensorial, em comunicação com o SNC e com o sistema imunitário; função de proteção - transmissão de informação sensorial, imunitária, conservação da homeostasia e função de barreira (contra as perdas de calor e de água e contra traumatismos e a entrada de microrganismos) (Macedo et al. in Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004; Hale, 2007). Assim, Ness, Davis & Carey (2013), preocupados com o risco de hipotermia e *distress* respiratório do RN, com consequente aumento de consumo de oxigénio, recomendam que o primeiro banho seja adiado até esse completar seis horas de vida, altura em que a temperatura corporal e o estado respiratório se mantêm estáveis. Hale (2007), lembrando as recomendações da *US Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurse* e tendo em conta a necessidade de manter íntegra a acidez da pele do RN (proporcionada pela camada queratinosa superficial da epiderme, suor, gordura, produtos metabólicos e substâncias externas), desaconselha o banho com sabão diário ao RN ou alternar banhos com sabão e banhos de água tépida, tendo sempre em conta os produtos a utilizar, o modo de dar o banho, a segurança, a luminosidade e a temperatura

ambiente no local dos cuidados (cerca de 24°C), sem correntes de ar (Alden in Lowdermilk & Perry, 2008).

O banho ao RN, ministrado durante este estágio, estava de acordo com o que é preconizado pela ESEP. O banho ao RN funcionava como um momento de limpeza corporal, mas também de observação integral do seu estado, sendo igualmente um momento de promoção de conforto e de socialização entre pais e filho (Idem). Contudo, era importante lembrar aos pais que a pele do seu bebê era frágil e que tinha características próprias, incentivando-os a terem os cuidados necessários com a mesma, aproveitando ao máximo esse momento de ternura e de vinculação.

Os banhos do RN eram orientados de acordo a adaptarem-se ao ritmo diário da família, sendo que nunca fossem logo após a sua alimentação. Não deveriam ter uma duração superior a cinco a 10 minutos e deveriam ser de imersão, com água tépida a 37-38°C. No caso de ser necessário, ou ser da vontade dos pais, utilizavam-se produtos de higiene, privilegiando-se os sabões líquidos, de pH neutro, sem cheiro e sem parabenos ou com menor risco de reação alérgica. A pele do RN tem uma camada ácida protetora (formada por queratina da epiderme, suor, gordura, produtos metabólicos) que deve ser preservada, bem como uma grande capacidade de absorção, correndo grande risco de toxicidade e reação alérgica (Macedo et al. in Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004; Alden in Lowdermilk & Perry, 2008; Ness, Davis & Carey, 2013).

O material a utilizar era reunido e preparado antes de despir o RN: roupas e fralda desabotoadas e organizadas por ordem de utilização, toalha para limpar o corpo e produtos de higiene à disposição e abertos, água de acordo com o que já foi descrito, com cerca de oito centímetros de altura. O banho iniciava-se das zonas mais limpas para as mais sujas, ou seja, em primeiro lugar a face, com lavagem dos olhos, do nariz e das orelhas, apenas com água; de seguida, a lavagem da cabeça, ligeiramente inclinada para trás, com produtos de limpeza corporal próprios, em movimentos circulares com as pontas dos dedos; o tronco e os membros, também lavados com sabão, sem esquecer as pregas cutâneas e finalmente as costas e o períneo. Realçava-se a importância de, em cada zona corporal, molhar bem com água, depois colocar o produto de higiene e, finalmente, remover, passando bem a pele por água. Porque a cabeça do RN é a parte do corpo que mais facilmente perde calor - dissipando cerca de 20% do calor corporal - esta era privilegiada na secagem corporal após o banho (Alden in Lowdermilk & Perry, 2008).

A pele do RN é caracterizada por possuir dobras e rugas profundas, que poderiam constituir um foco de humidade e um abrigo para micróbios, causando

erupções e dermatites, para além de ser altamente lesiva e permeável a todas as substâncias. Se o RN fosse prematuro, o risco de lesão e toxicidade era ainda maior, devido à imaturidade da pele e à ausência de vernix caseoso, pelo que a troca da fralda era cuidadosa e frequente (evitando o contacto prolongado com as fezes e a urina, ácidas e húmidas) e a aplicação de adesivos e produtos era cuidadosamente repensada (Macedo et al. in Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004; Hale, 2007; Ness, Davis & Carey, 2013). Ness, Davis & Carey (2013) referem que a aplicação constante de adesivos num determinado local do corpo do RN não só destrói a camada protetora da pele, como facilita a entrada de microrganismos, aumentando a susceptibilidade a infecções, e causando irritação e hipopigmentação nesse mesmo local, pelo que a reaplicação de adesivos deve ser evitada.

A grande permeabilidade da pele levava à reconsideração da aplicação de produtos na mesma. A aplicação de cremes hidratantes ou loções é motivo de controvérsia, havendo autores que referem o benefício da aplicação de cremes gordos na pele do RN, de forma a hidratar a pele, facilitar a sua maturação e a formação de uma barreira de ácidos gordos, protetora da pele (Ness, Davis & Carey, 2013; Hale, 2007), outros desaconselham o seu uso sob o risco de alterar a camada ácida da pele e, conseqüentemente, a maturação da mesma, por proporcionarem um meio susceptível de crescimento bacteriano e pelo risco de toxicidade sistémica ou local (Macedo et al. in Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004; Alden in Lowdermilk & Perry, 2008).

Parece, então, que perante estas indicações a melhor atitude passaria por ensinar e instruir os pais do RN de todas as características da pele do seu bebé, recomendando a não aplicação de produtos tópicos durante os primeiros quatro dias, no mínimo, de forma a não constituir um motivo de destruição da camada ácida da pele (Alden in Lowdermilk & Perry, 2008). Abriam-se exceções nos casos de dermatites irritativas, nas quais já seria justificável a aplicação de óxido de zinco ou cremes de barreira e em caso de eritema da fralda ou lesões no períneo, (Macedo et al. in Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004).

Os cuidados ao coto umbilical do RN divergem por todo o mundo, desde a não intervenção até à aplicação de antissépticos ou antibióticos cutâneos. Mesmo em Portugal, é evidente a diferença do que é preconizado nas diferentes instituições e o que é transmitido aos pais nos cursos de preparação para a parentalidade. Pelo que é percebido através do contacto proporcionado pela prática clínica, existe a vertente que aconselha a limpeza com água e sabão do coto umbilical e do seu local de inserção e a vertente que defende a desinfeção diária do local de inserção com álcool a 70%, duas vezes por dia, sendo uma após o banho do RN. Os

profissionais do CHPVVC regem-se por esta última, logo o comportamento adotado foi o da instituição, apesar de se acreditar num melhor resultado com a técnica de lavagem com água e sabão e limpeza cuidada do local de inserção.

Em 2004, a OMS publicou uma *guideline* que preconiza os cuidados ao coto umbilical após nascimento, realçando a sua importância na prevenção da contaminação e infeção do RN (Ness, Davis & Carey, 2013). Assim, os resultados atingidos revelam que não existe evidência suficiente que demonstre benefícios da utilização de antissépticos cutâneos ou antibióticos, mas ressaltam a sua utilização como salúfera em áreas de grande risco de contaminação e/ou de contração de tétano (neonatalogias, países em desenvolvimento); nos países desenvolvidos e em internamentos de obstetrícia em que é promovido o alojamento conjunto com a mãe, o coto umbilical do RN apenas carece de limpeza diária com água e sabão e manutenção do local limpo e seco (Zupan, Garner & Omari, 2007).

A vigilância dos sinais de infeção do local de inserção do coto umbilical foi um ato diário e minucioso, pois assim será decidida a atuação, baseada nos dados recolhidos. Um coto umbilical, no primeiro dia após o nascimento, tinha uma aparência gelatinosa, húmida e escorregadia, de coloração esbranquiçada ou amarelada, com o passar do tempo tornava-se mais seco e de coloração mais negra, o aparecimento de rubor, secreções purulentas ou cheiro fétido no local de inserção do coto umbilical podem ser indicadores de infeção por bactérias anaeróbias, justificando-se a utilização de antissépticos locais (Zupan, Garner & Omari, 2007; Alden in Lowdermilk & Perry, 2008).

A colocação da fralda aparentou ser o cuidado ao RN que menor dificuldade os pais referiam. Apesar de tudo, explicava-se que a fralda deve ser trocada frequentemente, já que o contacto prolongado da pele do bebé com as fezes e a urina, bem como a humidade da transpiração, provocariam maceração da mesma. As primeiras micções e dejeções do RN deveriam acontecer nas primeiras 24 a 48 horas após nascimento. Nas primeiras micções (que ocorriam nas primeiras 24 horas de vida), era usual o aparecimento de manchas alaranjadas ou vermelhas na fralda, muitas vezes interpretadas pelos pais como sendo sangue, o que suscitava preocupação. Era-lhes, então, explicado que essas manchas tinham a ver com a eliminação de cristais de urato, pelo que seria normal o seu aparecimento, o RN deveria ter cerca de seis a 10 micções por dia, não sendo sempre fácil de contabilizar. A eliminação de mecónio (ocorrida nas primeiras 24 a 48 horas de vida) tem uma coloração verde escura ou preta, é de consistência mucosa ou gordurosa. Por volta do terceiro dia emergiam as fezes de transição que apresentavam cor verde-acastanhada ou amarelas, sendo mais líquidas do que as

fezes anteriores, devido à presença de restos alimentares, bilirrubina ou biliverdina. O número de dejeções por dia seria variável e as suas características modificavam também de acordo com o tipo de leite ingerido (Alden in Lowdermilk & Perry, 2008).

O aparecimento de eritema nas pregas cutâneas ou da zona perineal em geral não era comum nos RN internados nas primeiras 72 horas, mas os pais eram orientados sobre as causas do aparecimento, não só pelo contacto com agentes químicos, como pomadas ou loções, como pela transpiração e contacto com as fezes e a urina, uma vez que em comunhão, urina e fezes produzem amónia e o seu alto pH facilita a degradação das proteínas do estrato córneo, permitindo a proliferação de microrganismos como *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus*, and estreptococos (Ness, Davis & Carey, 2013). Era frequente ver pais que iniciavam a aplicação de produtos de barreira logo após o nascimento, fossem eles, pomadas, cremes ou loções. Muitos destes comportamentos advinham da in experiência do cuidado ao RN e por terem como padrão de comparação familiares ou amigos que “aos seus bebés [já numa fase mais desenvolvida, seriam lactentes] colocavam sempre pomada em cada muda de fralda” [sic], tal como foi referido por uma das puérperas e foi questionada sobre o porquê de colocar pomadas no períneo do seu primeiro filho.

Fernandes, Machado e Oliveira (2011) referem que o uso rotineiro de preparações tópicas, com o intuito de prevenir o aparecimento de dermatite ou eritema está desaconselhada em crianças de pele normal. Este conselho é suportado por outros autores, que acrescentam como melhor tratamento da área eritematosa, ou logo após os primeiros sinais de secura, a lavagem com água morna e sabão neutro e suave, deixando de lado os toalhetes, principalmente se contêm álcool, perfumes e parabenos. A colocação de pastas de proteção vitaminadas, livres de conservantes e baseados em óxido de zinco e petrolatos e a troca frequente de fraldas (de preferência descartáveis), para que a pele não ficasse durante muito tempo exposta a fatores de risco, era aconselhado aos pais (Zupan, Garner & Omari, 2007; Fernandes, Machado & Oliveira, 2011; Ness, Davis & Carey, 2013).

Antes da alta do RN, este era submetido a um teste de rastreio auditivo e ao início do programa Nacional de Vacinação, se assim for a vontade dos pais. O RANU é um exame que diagnostica precocemente a surdez congénita, sendo aplicado a todas as crianças até aos seus trinta dias de vida. O benefício destes exames de detecção precoce da surdez está relacionado com a economia de custos da intervenção precoce na surdez contra a intervenção tardia, de forma a promover o melhor desenvolvimento da linguagem oral, desempenho académico,

profissional e social das crianças identificadas com surdez. A metodologia de diagnóstico não é invasiva e de fácil aplicação, trata-se de otoemissões acústicas por sonda, demorando até trinta segundos em cada ouvido, se o RN estivesse calmo. Os resultados diferiam-se entre “pass” e “refere”, sendo referenciados para a consulta de otorrinologia, aqueles que em um ou ambos os ouvidos obtivesse “refere” após várias tentativas de avaliação, podendo traduzir um falso positivo (Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil, 2007).

Por sua vez, a vacinação parece constituir o meio mais eficaz e seguro de proteção contra certas doenças, apesar de nem sempre transmitir imunidade total (ainda assim, parece que pessoas vacinadas têm menos susceptibilidade de contrair essas doenças). Para além de proteção pessoal, a vacinação traz vantagens a toda a população em geral, por interrupção da transmissão de determinadas doenças (como por exemplo a tuberculose). Nesse sentido, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Vacinação, remodelado em Janeiro de 2012, abrangendo a vacinação contra Tuberculose, Hepatite B, doenças causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b, Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, Poliomielite, Meningites e Septicemias causadas pela bactéria *Meningococo*, Sarampo, Parotidite, Rubéola, Infecções pelo Vírus do Papiloma Humano (DGS, 2012).

A primeira imunização destes RN iniciava-se na maternidade, com a administração da dose única da vacina BCG, contra a Tuberculose, na região deltoide do braço esquerdo, sendo explicado aos pais que iria desenvolver uma reação no local da injeção, caracterizada pela formação de um pequeno nódulo vermelho que, gradualmente, se transforma numa pequena vesícula, que cicatrizará em dois a cinco meses, não necessitando de qualquer tipo de tratamento, resultando numa cicatriz superficial com cerca de 5 mm de diâmetro. A vacina contra a Hepatite B (VHB), era administrada na coxa direita e era referido aos pais que não apresentaria qualquer reação local ou sistémica; apenas cerca de 5% das crianças vacinadas com VHB apresentam dor, rubor e tumefação ligeira no local da injeção (DGS, 2006).

No momento da alta, era entregue o boletim de saúde infantil e o boletim de vacinação, apresentando-os aos pais do RN e realçando a importância de cumprir o PNV, explicando quais as vacinas administradas no hospital e lembrada a necessidade de realizar o diagnóstico precoce (vulgarmente denominado de “teste do pezinho”) no seu CS ou USF. Era também lembrada e reforçada a importância de este manter uma vigilância no seu crescimento e desenvolvimento e quais os serviços na comunidade competentes para esse efeito.

5 O CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA - REFLEXÃO CRÍTICA

Ser mãe/pai é um processo natural, contudo não é fácil e nem todos estão preparados para assumir o papel parental e todas as responsabilidades que daí advêm. O nascimento de um filho sugere uma panóplia de alterações no seio familiar: desde as relações familiares, às alterações de identidade, papéis e funções de cada indivíduo. Este reajustamento leva o seu tempo, durante o qual o RN ganha o seu espaço na família e as relações reajustam-se entre todos os membros. Assim sendo, é crucial que o profissional de Enfermagem, alcance a excelência dos seus cuidados ao providenciar a informação e o apoio necessários, de forma a aumentar os conhecimentos e competências para desenrolar esse papel e lidarem eficazmente com as mudanças sentidas (Leal, 2005; Silva, 2007).

Os Enfermeiros EESMO representam a classe profissional portuguesa que melhor exerce o papel de condicionante facilitador de uma boa transição, estando presentes na comunidade e ao alcance de qualquer utente, através de instituições de prestação de cuidados de saúde. Estes profissionais têm como competências específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2010):

- *Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;*
- *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;*
- *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;*
- *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;*
- *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;*
- *Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;*
- *Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.*

A Comissão das Comunidades Europeias, no regulamento de reconhecimento de qualificações profissionais, estabelece que a formação do enfermeiro EESMO (reconhecido como “parteiro” pelas restantes comunidades) adquira determinados conhecimentos e competências no âmbito da obstetrícia e ginecologia, dominando também áreas da anatomofisiologia e biologia sexual, reprodutiva, de desenvolvimento fetal e do RN. O quadro conceptual da profissão, bem como a sua legislação e deontologia devem fazer parte do corpo de conhecimentos destes profissionais (Comissão das Comunidades Europeias, 2002).

Os conhecimentos e capacidades da prática da Enfermagem em SMO poderão ser adquiridos, através de formação com vertente teórica e técnica, respetivamente. A primeira, é responsável pela obtenção dos conhecimentos, através da abordagem de assuntos no âmbito da embriologia e desenvolvimento do feto; da gravidez, parto e puerpério; da patologia ginecológica e obstétrica; da preparação para o parto e para a maternidade e paternidade e parentalidade; da preparação do parto, no sentido de conhecer e saber utilizar o material obstétrico); da analgesia, anestesia e reanimação; da fisiologia e patologia do RN, bem como dos cuidados e vigilância e dos fatores psicológicos e sociais. A vertente técnica, através do ensino prático e clínico, na forma de estágios nas unidades de saúde competentes para o efeito, sob a orientação e vigilância apropriada, pretende a aquisição de competências nas áreas anteriormente explicitadas, através do cumprimento dos seguintes objetivos:

- *Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, cem exames pré-natais;*
- *Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, quarenta parturientes;*
- *Realização pelo aluno de, pelo menos, quarenta partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, poderá ser reduzido, no mínimo, a trinta, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;*
- *Participação ativa em partos de apresentação pélvica. Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;*
- *Prática de episiotomia e iniciação à sutura. A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos. A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se for absolutamente indispensável;*
- *Vigilância e cuidados prestados a quarenta grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;*
- *Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos cem parturientes e RN normais;*
- *Observações e cuidados a RN que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como RN de peso inferior ao normal e RN doentes.*

(Comissão das Comunidades Europeias, 2002)

Estes objetivos foram cumpridos, graças ao empenho e esforço pessoal, mas não se pode descurar a importância das Enfermeiras EESMO do CHPVVC neste processo de aprendizagem. Os gráficos a seguir apresentados, demonstram o atingimento dos mesmos. A título de curiosidade foram incluídas outras informações relativamente à aquisição de competências, nomeadamente a percentagem de vigilância de TP que culminaram em partos distócicos, a execução de episiotomias, perineorrafias, laqueações prévias do cordão umbilical e de partos em diferentes posições.

Exames Pré-Natais

Número de Utentes em Consulta de Enfermagem de Vigilância Pré-Natal

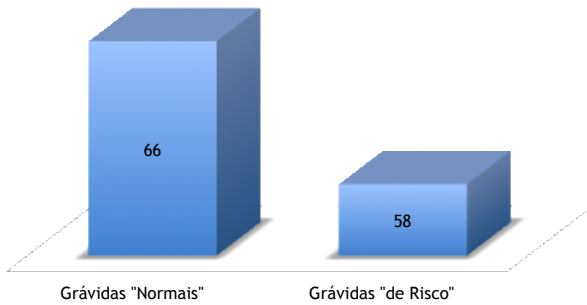


Figura 2: Gráfico Ilustrativo do Número de Exames Pré-Natais Realizados

Prestação de Cuidados a Puérperas e RN

Número de Utentes

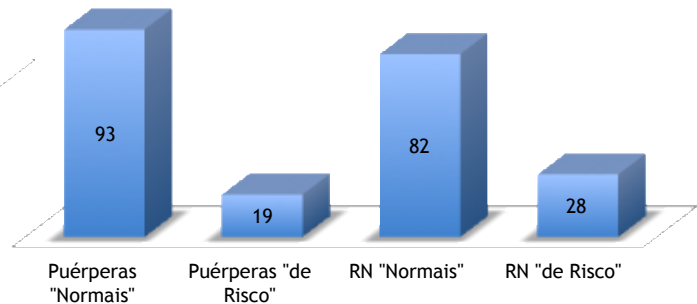
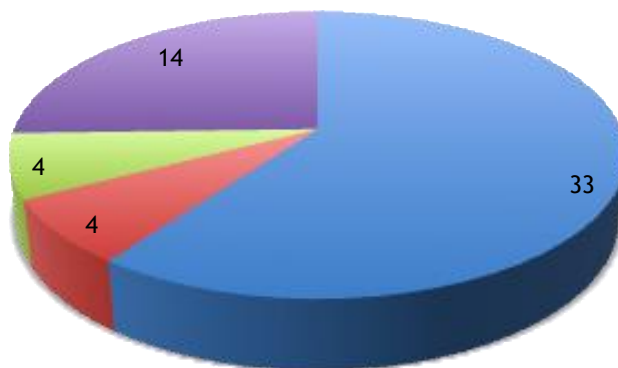


Figura 3: Gráfico Ilustrativo do Número de Puérperas e Recém-Nascidos Cuidados no Período Pós-Parto (Internamento de Puerpério)

Partos Realizados vs. Trabalhos de Parto Assistidos



Partos Executados (Litotímia)

Partos Executados (Cama)

Partos Executados (Banco/Sentada)

Trabalhos de Parto Assistidos (Distócicos)

Figura 4: Gráfico Ilustrativo do Número de Partos Realizados e Número de Trabalhos de Parto Assistidos

Trauma Perineal

Laceração Grau I ou Grau II
Episiotomia

Laceração Grau III ou Grau IV
Períneo Íntegro

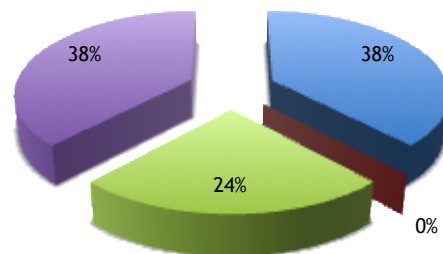


Figura 5: Gráfico Ilustrativo do Trauma Perineal Obtido nos Partos Realizados

Circulares Cervicais do Cordão Umbilical e Actuação

Sem Necessidade de Intervenção Com Necessidade de Laqueação Prévia

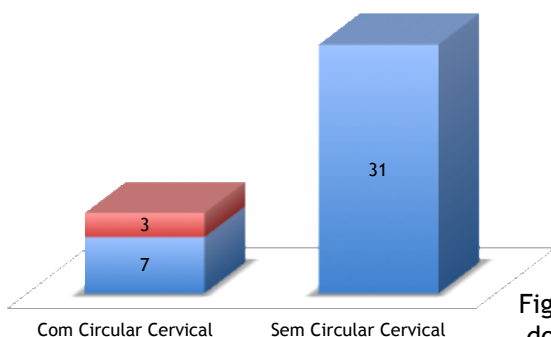


Figura 6: Gráfico Ilustrativo das Circulares Cervicais do Cordão Umbilical Obtidas nos Partos Realizados

De facto, a realidade vivenciada mostra que existe um grande número de mulheres que necessitam de apoio pré-natal e pós-natal especializado. Numa perspectiva pessoal, não só as mulheres com fatores de risco durante a gravidez devem ser alvo de intervenção dos enfermeiros EESMO: se a gravidez e o pós-parto (processos fisiológicos e de adaptação pessoal e familiar, que marcam uma transição e a assunção de novos papéis) são, de facto, fases de intervenção especializada ao ponto de se reconhecerem especialistas na área da Saúde Materna e Obstetrícia, porque não dar o mesmo direito a todas as grávidas e puérperas de poder usufruir dos cuidados dos enfermeiros EESMO?

São investimentos pessoais e da sociedade que são desperdiçados, são profissionais com conhecimentos e competências que não são completamente úteis na prestação de cuidados primários, são profissionais escondidos atrás de um diploma sem condições para o fazer valer, porque políticas economicistas não o permitem. É importante que o país desperte para esta realidade e que os enfermeiros EESMO chamem a si o seu direito de ser mais e melhores profissionais e de garantir os melhores cuidados na saúde materna à sua população, desde a pré-conceção ao final do período puerperal.

PARTE II

**REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE O TEMA “A
SATISFAÇÃO DA MULHER COM O TRABALHO DE PARTO E
PARTO: RELAÇÃO COM AS SUAS EXPECTATIVAS E
EXPERIÊNCIAS”.**

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O parto assume um significado particular e único para cada mulher, contudo é considerado por muitos como o evento mais marcante e especial na vida de uma família, não sendo considerado, para a mulher, como sendo “mais um dia” na sua vida (Lothian & DeVries, 2010; Conde et al., 2008). Esta característica marcante pode ter o seu lado positivo e negativo, o seu impacto pode ser permanente e a longo prazo. Positivamente pode influenciar o vínculo com o RN, potenciando uma atitude segura perante a maternidade, levando a uma maior autoestima, confiança e sentimentos de realização (Lothian & DeVries, 2010; Kuo et al., 2010). Por outro lado, as consequências de um TP e parto traumáticos podem influenciar o bem-estar físico e mental da mulher, a postura perante uma próxima gravidez e a relação consigo mesma e com os outros, nomeadamente com o seu cônjuge e com o RN (Conde et al., 2008; Mercer, Green-Jervis & Branningan, 2012).

1.1 A Construção de Expectativas sobre o Trabalho de Parto e Parto

As ações e as percepções do ser humano estão intimamente relacionados com as representações que se tem de um dado fenómeno. Por sua vez, essas representações são fruto da personalidade e processos cognitivos que sofrem influência de diferentes fatores genéticos, socioculturais ou associados à história pessoal e experiências anteriores (Canavarro, 2006). Se o nascimento de um filho muda a vida de uma mulher, esse acontecimento é parcialmente relacionado com o facto de as experiências de TP e parto irem ou não ao encontro do que foi criado como expectativas da mulher, tendo por base as representações desses fenómenos (Lothian & DeVries, 2010).

Ao que parece, todas as mulheres desenvolvem expectativas relativamente ao seu parto, variando de mulher para mulher. O desconhecido pode provocar ansiedade e medo, quer pela perda de controlo, abandono, ou pelo perjúrio do seu bem-estar e do bem-estar do seu bebé (Gibbins & Thomson, 2001).

Já nos anos 70, Ruth Lubic relatava aquilo que eram as expectativas da mulher relativamente aos cuidados de saúde materna. Então, a autora apresentava argumentos como “sentir-se valorizada”, “participar na tomada de decisão”, “ter profissionais de saúde que comunicassem de forma cuidadosa e holística” e “ter resultados positivos” como algo que as mulheres, nessa altura,

procuravam no momento do nascimento do seu filho (Records & Wilson, 2011). Resumindo, Lubic (cit. por Records & Wilson, 2011) alegou que quando uma mulher era tratada com dignidade (sendo que esta dignidade era percebida como um apoio à valorização pessoal da mulher em TP, através da utilização de uma comunicação atenciosa, respeitosa e atenta), facilitava o processo de tomada de decisão, transmitia respeito e confiança, potenciando os ganhos em saúde. Apesar desta necessidade das mulheres, em obter valorização pessoal por parte dos profissionais durante o TP e parto, o que constatavam era uma realidade contrária às suas expectativas: em vez de serem empoderados para a tomada de decisão, incentivava-se aos casais que deixassem ser o médico a decidir como, quando e onde prosseguir com o TP e parto (Idem). Por outro lado, havia uma crença de que o parto em meio hospitalar e rodeado de tecnologia era o mais aproximado às suas expectativas e que permitia maiores ganhos em saúde. Crença que mais tarde viria a ser contrariada com os achados de Schneider (1986 cit. por Records & Wilson, 2011), que demonstrou que o parto no domicílio ia mais facilmente ao encontro das expectativas das mulheres, diminuindo a necessidade de intervenções desnecessárias e o uso farmacológico, em relação ao parto hospitalar.

Hoje em dia, a procura de informação através de meios multimédia, da opinião de pessoas experientes e de profissionais de saúde, insinuam a vontade da mulher por uma organização de conhecimentos que a tornem mais confiante na tomada de decisão e controlo do seu parto. Pela obtenção de informação real e fidedigna, é possibilitado à grávida uma perceção positiva ou negativa do TP e parto que pode ter influência na experiência que irá ter, pelo que esta procura adquire um carácter de extrema importância (Gibbins & Thomson, 2001).

Assim se justifica a importância das consultas de Enfermagem de vigilância pré-natal, em associação com os cursos de PPP, nos quais os casais são incentivados a participar. E é através dos Enfermeiros EESMO que lhes pode ser fornecida toda a informação necessária à tomada de decisão relativamente ao decurso da gravidez, do TP e parto, bem como à preparação para a parentalidade, com tudo o que lhe é subjacente, promovendo condições facilitadoras para uma vivência positiva desta experiência.

1.2 Experiências de Trabalho de Parto e Parto e Satisfação da Mulher

Tal como já foi referido, um fator que exerce influência sobre as representações de um determinado fenómeno são as experiências pessoais

vivenciadas (Canavarro, 2006). Kuo e colaboradores (2010) sugerem que as experiências das mulheres no TP e parto são influenciadas pelas suas expectativas, referindo que há mais probabilidade destas se sentirem satisfeitas e realizadas se as suas expectativas forem concretizadas, ainda que não na sua totalidade, e pela sensação de controlo do mesmo (Kuo et al., 2010).

As experiências de TP e parto têm uma característica complexa, multidimensional e subjetiva. Nas últimas décadas, este conceito tem sido alvo de atenção de diversas disciplinas, além da Enfermagem em SMO, contribuindo para a visão do parto como um evento pessoal e social, psicológico e não apenas fisiológico (Larkin, Begley & Devane, 2009). Em 1999, Waldenström importou-se por conhecer melhor a experiência de TP e parto, relacionando-a com diferentes variáveis. Para além de ter mais de metade das mulheres do seu estudo a classificar a sua experiência como “muito positiva”, concluiu que fatores como a analgesia, a medicalização do parto, a extensão de tempo em TP, a dor e a ansiedade estavam relacionadas com experiências negativas. Por sua vez, o bem-estar materno e infantil, o suporte e a liberdade de se exprimir durante o TP e parto, foram relacionados com experiências positivas (Waldenström, 1999).

Quando comparadas as expectativas e experiências de TP e parto, a bibliografia sugere a possibilidade de diferenças entre ambas. Essa discrepância poderá ser sugestiva de uma alteração da auto-perceção da mulher, levando a sentimentos de culpa, insucesso ou insatisfação (Gibbins & Thomson, 2001). A morbilidade psicológica após um parto traumático pode incluir ansiedade, depressão pós-parto ou stress pós-traumático, afetando todo o ambiente familiar, a relação da mulher com a sua família, mas principalmente com o seu filho recém-nascido e alterando os planos de reprodução da mesma (Larkin, Begley & Devane, 2009).

Por sua vez, a satisfação da mulher pelo TP e parto abrange toda a experiência vivida desde o seu início até ao pós-parto imediato, sendo avaliado através da perceção da mulher relativamente aos cuidados recebidos, ao seu envolvimento na tomada de decisão e ao respeito pelas suas expectativas pessoais (Lothian & DeVries, 2010; Fair & Morrisson, 2012). A probabilidade de caracterizar uma experiência de TP e parto como satisfatória aumenta quanto mais as expectativas da mulher, para aquele momento, forem concretizadas (Waldenström, 1999; Kuo et al., 2010).

Em 2004, Costa e colaboradores traduziram e validaram um instrumento de avaliação da satisfação da cliente em relação ao TP e parto. O documento original e da autoria de Mercer e Marut (1979) é constituído por 29 questões que abrangem

âmbitos como o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor; sentimentos experienciados pela parturiente; a relação com os profissionais de saúde e outros elementos de suporte; sentimentos desagradáveis; a oportunidade de contacto pele-a-pele com o seu bebé; a avaliação das condições físicas da instituição. Em geral, avalia a satisfação com a experiência de parto e a confirmação das expectativas (Costa et al., 2004).

O plano de parto pode funcionar como ferramenta útil para fazer essa conexão entre o que é desejado pela mulher e o que poderá ser feito ou evitado no sentido de respeitar essas vontades. Assim, será possível fazer com que haja altos níveis de satisfação no TP e parto, mesmo que nem tudo tenha corrido como foi expectado (Kuo et al., 2010).

A consciência das expectativas da mulher grávida para o seu TP e parto e os meios de se conseguir atingir, respeitar e realizar as mesmas, parecem merecer a atenção dos Enfermeiros EESMO, na medida em que o conhecimento destes fenómenos podem ser contributos necessários para o desenvolvimento do corpo de conhecimento de Enfermagem em SMO, melhorando a prática dos cuidados de saúde.

1.3 Questão de Partida

Nem sempre é fácil traduzir numa questão tudo o que se pretende estudar, pelo que a formulação da questão de partida se torna a fase mais complexa, mas igualmente importante, num processo de investigação (Quivy e Campenhoudt, 2003). Esta vai-se comportar como o fio condutor de uma investigação, pelo que importa que esteja reportada factos reais, observáveis e verificáveis. A má construção de uma questão de partida poderá comprometer o decurso de toda a investigação (Fortin, 2006).

Respeitando as características de uma boa questão de partida (clareza, exequibilidade e pertinência), a sua leitura deve dar a conhecer as intenções do pesquisador em conhecer um fenómeno existente, sem evidenciar qualquer preconceito ou tendência, sendo possível identificar, através dela, a abordagem mais adequada para o estudo (Quivy e Campenhoudt, 2003; Fortin, 2006). Desta forma, concebeu-se a seguinte questão de partida para o estudo em causa:

- Existe relação entre as expectativas e experiências de Trabalho de Parto e a satisfação da mulher nesses momentos?

1.4 Objetivos do Estudo

A formulação de objetivos numa investigação facilita a orientação da mesma, de forma a obter a informação desejada, fazendo a ponte entre o enquadramento

conceptual do tema em estudo e dos resultados obtido após a fase metodológica. Assim, o seu enunciado deve ser explícito relativamente ao que o investigador pretende, especificando variáveis, população-alvo e o verbo de ação que guia a pesquisa (Fortin, 2006). Desta forma, estabeleceu-se como objetivos deste estudo:

- Demonstrar o que a evidência científica relata relativamente à satisfação da parturiente no trabalho de parto e parto.
- Compreender de que forma é que as expectativas de trabalho de parto e parto influenciam a satisfação da mulher nesses eventos.
- Compreender de que forma é que as experiências de trabalho de parto e parto influenciam a satisfação da mulher nesses eventos.
- Perceber em que medida o Enfermeiro EESMO pode ser promotor de uma maior satisfação da mulher, através das expectativas construídas e das experiências vivenciadas, segundo a bibliografia.

2 MÉTODO

A constante evolução do conhecimento na área da saúde incentiva os seus profissionais na atualização contínua do seu portfólio de saberes, ao mesmo tempo que os desafia à produção de novos conhecimentos em determinadas áreas. A PBE comporta-se como uma abordagem de atualização dos cuidados em saúde, bem como do seu ensino e instrução, tendo por base o saber produzido pela evidência científica. O seu objetivo é promover as melhores tomadas de decisão sobre os cuidados de saúde, de acordo com o que é preconizado, estudado e comprovado pela evidência científica (Facchiano & Snyder, 2012).

A RIL, por sua vez, funciona como um instrumento de trabalho para a PBE, que permite a inclusão das evidências científicas de um determinado fenómeno, encontradas por vários e diferentes métodos de investigação, com o objetivo de as reunir e sintetizar de forma sistemática, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento (Mendes, Silveira & Galvão, 2008). Por ser, metodologicamente, a abordagem de revisão mais ampla de todas, permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, combinando dados teóricos e empíricos, para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

Após a definição da questão de partida e dos objetivos a cumprir, é importante proceder à pesquisa em bases de dados electrónicas, com um conjunto de descritores previamente definidos. Segue-se a seleção de documentos e a sua análise, retirando deles os aspectos mais importantes e que vão contribuir para a formulação da resposta à questão de partida, utilizando um instrumento que facilitará a sua leitura. Retiradas as informações e constituída a sua análise, chegar-se-á às conclusões e serão atingidos os objectivos inicialmente traçados. Este é o desenho do estudo a desenvolver (Mendes, Silveira & Galvão, 2008; Souza, Silva & Carvalho, 2010).

As conclusões retiradas do estudo sistemático das investigações mais relevantes na área permite a sua utilização no suporte de decisões e na uma melhoria da prática clínica, tendo como fim último o benefício do cliente. Por se adequar aos recursos temporais e financeiros dos profissionais, a RIL é o método de excelência para a atualização de conhecimentos em Enfermagem (Idem).

2.1 Pesquisa em Bases de Dados e Seleção dos Estudos

Após a escolha do tema e da formulação da questão de partida, seguiu-se a pesquisa nas bases de dados electrónicas, para inclusão dos artigos que fariam parte da RIL. As bases de dados utilizadas incluíram a CINAHL®, MEDLINE®, Cochrane® e Web of Science®, todas disponíveis no motor de busca da Elsevier®, acessível nas instalações da ESEP.

Tendo em consideração o carácter amplo do tema a fiabilidade e a fidedignidade do estudo em curso, foi formulado o conjunto de descritores, utilizando *Mesh terms* e termos de interesse para a pesquisa não incluídos na listagem *Mesh* (Tabela 7), que fossem ao encontro da questão de partida, tal como sugerem Souza, Silva e Carvalho (2010).

#1	“Birth”	(Text Word)
#2	“Parturition”	(Mesh, 2014)
#3	“Labor”	(Mesh, 2014)
#4	#1 OR #2 OR #3	
#5	“Expectation*”	(Text Word)
#6	“Experience*”	(Text Word)
#7	#5 AND #6	
#8	#4 AND #7	

Tabela 7: Estratégia de Pesquisa nas Bases de Dados

Utilizaram-se, ainda, critérios de inclusão: estudos realizados na área de Enfermagem e Obstetrícia, realizados nos últimos cinco anos (2008-2013) e que estivessem redigidos em Português, Inglês ou Espanhol; e critérios de exclusão: artigos de opinião, documentos repetidos, artigos sem autor e falta de interesse ou não relação com o tema em estudo, após a leitura do título, resumo ou do artigo na íntegra. O processo de seleção dos estudos para análise está expresso na Figura 2.

O que aparentemente resultou numa amostra de largo espectro, com 447 resultados, após a pesquisa realizada veio a culminar na análise de apenas seis artigos. Esta disparidade deve-se ao facto de ter sido utilizado um método de filtragem de resultados, através da exclusão daqueles que não seriam pertinentes para o estudo em causa. Assim, após a pesquisa nas bases de dados, e após exclusão de resultados duplicados (121 artigos), procedeu-se a um método de filtragem através da leitura dos títulos, dos resumos e leitura dos artigos na íntegra.

Todos os estudos cujo título indicasse um tema relacionado com outras áreas (o termo “Labor” tem tradução para “trabalho de parto” ou “trabalho”) ou que, ainda que relacionado com a área em estudo, tivesse tópicos de interesse diferentes dos propostos, seriam excluídos. Ainda assim, 68 artigos respeitavam os critérios de inclusão e apresentavam um título que sugeria uma relação com o estudo em curso.

Foi necessário proceder ao mesmo processo de exclusão através da leitura dos resumos dos artigos, excluindo-os por não apresentarem ligação com o tema. Ainda assim, 28 artigos apresentavam critérios para incluir a amostra, mas após a leitura dos mesmos, foi possível excluir 22, por se relacionarem a definições de conceitos ao longo do tempo ou por se centrarem em particularidades que não respondem à questão de partida. Efetivamente, este método de seleção mostrou-se bastante valioso, na medida em que foi possível perceber que a pesquisa nas bases de dados, por si só, não é suficiente, ainda que se utilize uma combinação de termos *Mesh*, como foi o caso.

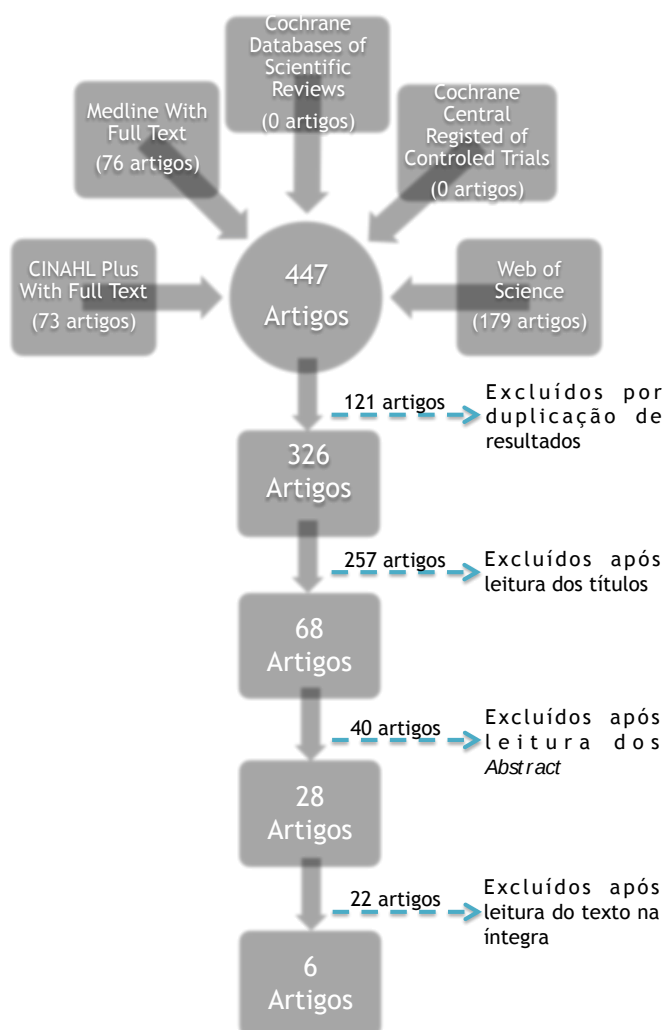


Figura 7: Método de Seleção dos Artigos para Análise

2.2 Processo de Extração da Informação

O processo de extração de informação relaciona-se com o tipo de análise que é feita aos dados recolhidos após a pesquisa e recolha dos mesmos. Campos (2004), admite que esta fase da investigação pode ser um dos momentos mais difíceis, já que é importante que o estudo dos dados pretende explorar toda a sua riqueza, sendo de extrema importância a sua escolha acertada.

Assim, tendo em consideração os objetivos traçados para este estudo, a análise de conteúdo pareceu responder às suas necessidades, já que é uma das técnicas de análise qualitativa que se propõe a examinar objetiva e detalhadamente comunicações, em busca do propósito de um determinado documento (Bardin, 1977, p.31; Costa, 2004). Desta forma, após serem filtrados os resultados obtidos na pesquisa nas bases de dados, os seis documentos foram sujeitos a uma análise de conteúdo, de forma a encontrar a resposta à questão de partida, atingindo os objectivos.

A análise de conteúdo trata-se, então, de um conjunto de estratégias que permitem avaliar dados de natureza qualitativa, envolvendo uma interpretação naturalista, sistemática e subjetiva a determinados fenómenos, opiniões ou sentimentos, atribuindo-lhes um significado. Esses dados podem ser textos escritos ou qualquer comunicação oral, gestual ou visual alocada a um texto, que pretendem apresentar realidades particulares, identificar ideias relevantes e construir teorias sobre um dado fenómeno (Raigada, 2002).

Este conjunto de estratégias pressupõe então de três fases: a pré-análise, a exploração do material e ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos (Bardin, 1977). A primeira fase, tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, construindo um plano de estudo, através da escolha dos documentos a serem estudados, a formulação de hipóteses ou objectivos. Essa formulação de objetivos havia sido delineada antes da análise de conteúdo, pois tal como a autora sustem, nem sempre este passo é dado aquando da pré-análise, às vezes são feitos antes de qualquer pesquisa (Idem).

Numa segunda fase, a exploração do material consiste em recolher o material necessário ao estudo, através da sua pertinência ao mesmo, respeitando os critérios de inclusão e exclusão anteriormente estabelecidos. Os dados foram reunidos e filtrados segundo esses critérios, sendo, seguidamente analisados, pelo seu conteúdo. Finalmente, numa terceira fase, procede-se ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos. Transformando a informação recolhida em dados significativos, através da construção de tabelas de resumo, permitiu-se o seu entendimento e realçou-se as informações importantes para

apreciação sobre um dado fenómeno, neste caso, o que a bibliografia nos diz sobre as expectativas, experiências e satisfação de TP e parto (Idem). Esta última fase será exposta mais à frente neste trabalho.

2.3 Avaliação dos Estudos

Se a inquietação central da PBE é encontrar a melhor evidência para melhor conduzir a prática clínica e a tomada de decisão, então, é importante ter em consideração a fiabilidade da informação contida no estudo. Os níveis de evidência surgem como método de classificação da informação recolhida e submetida a estudo, baseada no seu rigor e na sua qualidade científica. Uma hierarquia desde o nível I (melhor evidência científica) ao nível VI (evidência científica mais fraca) permitem categorizar cada investigação de acordo com a sua metodologia e rigor (Tabela 8).

Nível de Evidência	Desenho do Estudo
Nível I	Evidência resultante em Revisões Sistemáticas, Meta-análises, Revisões Integrativas, <i>Guidelines</i> de prática clínica
Nível II	Evidência baseada em estudos clínicos experimentais controlados e randomizados
Nível III	Evidência consequente de estudos quasi-experimentais
Nível IV	Evidência fruto de estudos não-experimentais, como estudos correlacionais descritivos
Nível V	Evidência conseguinte de estudos de caso ou revisões da literatura
Nível VI	Opinião de peritos ou autoridades conceituadas

Tabela 8: Níveis de Evidência Científica (Adaptado de Levin, Singleton & Jacobs in Capezuti et al., 2008)

De forma a melhor entender a qualidade dos dados obtidos e das conclusões deles retirados, os estudos em causa foram classificados segundo os níveis de evidência apresentados. Constatou-se que, face ao que se procura saber com este trabalho, todos os estudos seleccionados apresentam um nível de evidência IV, por se tratarem de estudos não experimentais, na sua maioria estudos descritivos exploratórios. Isto permite formular inferências: nas bases de dados consultadas, não existem estudos experimentais relativamente a este tema, talvez seja difícil de se concretizar, devido ao seu carácter pessoal e subjetivo; além disso, evidências de nível I são escassas ou inexistentes.

3 RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO

Os resultados são as informações consequentes da análise dos dados recolhidos na extração da informação, reportando-se diretamente à questão de investigação, permitindo responder-lhe (Fortin, 2006). Para extrair o conteúdo dos estudos recolhidos, procedeu-se à elaboração de um instrumento capaz de organizar e sintetizar toda a informação necessária, colocando-a em evidência da mesma forma para diferentes estudos (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

Os estudos selecionados foram, então, analisados pormenorizadamente, sendo retirado deles informações como os objetivos, a metodologia utilizada, a técnica de amostragem, o tipo de análise de dados, os resultados e as principais conclusões de cada estudo serão apresentados nas tabelas que se seguem (Tabelas 9 a 14).

Perinatal Factors Related to Negative or Positive Recall of Birth Experience in Women 3 Years Postpartum in the Netherlands

AUTORES	DATA DE PUBLICAÇÃO	REVISTA OU JORNAL	LOCAL DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
RIJNDERS, Marlies; SCHÖNBECK, Yvonne; VAN DER PAL, Karin; PRINS, Marianne; GREEN, Josephine; BUITENDIJK, Simone.	Junho 2008	BIRTH	Holanda	Descritivo exploratório	Nível IV
OBJETIVO: Investigar a visão das mulheres holandesas da sua experiência de parto três anos após o evento. Foram considerados fatores demográficos e perinatais, tais como: modo de parto, utilização de medidas de alívio da dor e referência (para cuidados de saúde especializados) durante a gravidez, parto ou pós-parto.					
TÉCNICA DE AMOSTRAGEM: Foram convidados oito <i>Midwifery practices</i> selecionados de forma aleatória do <i>Dutch Midwifery Association Registration</i> . As participantes escolhidas teriam de ter realizado um parto em 2001 e, pelo menos, uma consulta pré-natal, peri-natal ou pós-natal com a sua EESMO dessas <i>Midwifery</i>					

practices.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Foi enviado, por correio, um questionário com 26 questões abertas e 140 questões fechadas que abordavam características demográficas dos participantes, a organização da assistência perinatal, o modo de TP, experiências com eventual cesariana, intervenções médicas durante o parto, experiências com o parto, experiências com os profissionais de saúde, o alívio da dor durante o TP e parto, pós-parto; o período de bem-estar emocional nos três anos após o nascimento, a relação das mulheres com seu filho e seu parceiro, experiências com aleitamento materno, e as decisões sobre a reprodução.

RESULTADOS: Dos 3200 questionários enviados, foram analisados 1309. A maioria das participantes olham para a sua experiência de parto de forma positiva, embora mais de 16% o relembre com uma conotação negativa. No que toca ao índice obstétrico, existe uma maior insatisfação das primíparas (uma em cada cinco) em relação às múltiparas (uma em cada nove). O local e o tipo de parto também influenciou a experiência das mulheres: 4% das que tiveram parto em casa contrapondo com 23% das mulheres que tiveram o parto no hospital relembram-no negativamente, enquanto cerca de 45% das mulheres que tiveram um parto instrumentado ou uma cesariana não planeada identificam experiências negativas. A referência a uma má gestão da dor durante o TP aumenta cinco vezes a probabilidade de uma lembrança negativa. Também o facto de não escolher o método de alívio da dor de TP e a caracterização negativa do profissional de saúde que a acompanhou, triplicam a probabilidade de má experiência de TP e parto. A descrição dos profissionais de saúde que as acompanharam durante o TP e parto são positivas, sendo frequentemente utilizada a expressão “supportive” (apoio) e “considerate” (atencioso). O adjetivo negativo mais utilizado para caracterizar os profissionais foi “rush” (apressado), em 17% dos casos.

CONCLUSÕES: Apesar da maioria das participantes relembrar a sua experiência de TP e parto de forma positiva, existem ainda as que a caracterizam de forma negativa. Fatores como o local de parto, a maneira de gerir a dor de TP e parto, o tipo de parto, o suporte recebido, e a caracterização negativa dos profissionais parecem influenciar a recordação do TP e parto três anos após o evento, excluindo a influência de fatores demográficos.

Tabela 9: Análise do Estudo 1 - Perinatal Factors Related to Negative or Positive Recall of Birth Experience in Women 3 Years Postpartum in the Netherlands.

Childbirth Expectations and Experiences in Belgian and Dutch Models of Maternity Care

AUTORES	DATA DE PUBLICAÇÃO	REVISTA OU JORNAL	LOCAL DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
CHRISTIAENS, Wendy; VERHAEGHE, Mieke; BRACKE, Piet	Novembro de 2008	Journal of Reproductive and Infant Psychology	Holanda e Bélgica	Quantitativo, comparativo	Nível IV

OBJETIVO: Comparar as expectativas e as experiências de TP e parto de quatro grupos de mulheres: belgas e holandesas, que tiveram partos em meio hospitalar e em meio domiciliário.

TÉCNICA DE AMOSTRAGEM: Cinco unidades hospitalares e 27 *Midwifery practices* das cidades de Ghent, na Bélgica, e Tilburg, na Holanda, participaram neste estudo. Foi através dos profissionais (Enfermeiras EESMO ou obstetras) das instituições que o estudo foi apresentado às grávidas e foram entregues os questionários para preencherem. Os requisitos de inclusão eram saber falar e perceber holandês e ter mais de 18 anos. Uma vez que a população de grávidas era desconhecida, a técnica de amostragem foi de conveniência.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Foram direcionados dois questionários a cada participante: um às 30 semanas de gestação e o segundo questionário foi enviado pelas 2 semanas pós-parto. Foram consideradas características sócio-demográficas idênticas de ambas as localidades em cada grupo de participantes. O *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ versão A and B) foi desenvolvido para avaliar os sentimentos de incerteza e a ansiedade que acompanham a experiência subjetiva do parto, por ser desconhecida, incontrolável e inevitável.

RESULTADOS: Às 30 semanas de gestação, foram 827 mulheres que preencheram o questionário, mas apenas 611 dessas preencheram-no 2 semanas após o parto - 265 belgas e 346 holandesas. Ao comparar as expectativas e as experiências das mulheres belgas e holandesas, pode-se concluir que: as expectativas são positivamente associadas às experiências, ou seja, apreciações negativas de TP e parto influencia a más experiências; no geral, as experiências de TP e parto eram mais positivas do que as expectativas; as mulheres que planeavam um parto no domicílio e tinham uma atitude mais positiva durante a gravidez tinham, tendencialmente, melhor experiência de TP e parto. Por fim, as mulheres belgas

eram mais otimistas do que as holandesas ao relatar as suas expectativas e experiências de TP e parto, independentemente do local de parto. Essa atitude positiva resulta do entusiasmo das enfermeiras EESMO independentes desse país.

CONCLUSÕES: A associação entre experiências e expectativas encontrada neste estudo é corroborada pela bibliografia consultada pelos autores, já o facto de as experiências serem mais positivas do que as expectativas é refutada por Green (1993), mas corroborada por outros estudos. A hipótese de que o cuidado prestado pelas enfermeiras EESMO é mais satisfatória do que o cuidado médico é corroborado neste estudo, já que as mulheres com partos domiciliares tinham maiores índices de satisfação do que as assistidas em contexto hospitalar e assumiam uma visão mais fisiológica e natural do parto, o que condicionava expectativas positivas e experiências positivas.

Tabela 10: Análise do Estudo 2 - *Childbirth Expectations and Experiences in Belgian and Dutch Models of Maternity Care*.

<i>Women's Lived experiences of Their Unexpected Birthing Process</i>					
AUTORES	DATA DE PUBLICAÇÃO	REVISTA OU JORNAL	LOCAL DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
GOLDBORT, Joanne Gerstner	Janeiro / Fevereiro de 2009	American Journal of Maternal / Child Nursing		Descritivo	Nível IV
OBJECTIVO: Descrever a essência das experiências do processo de parto inesperado.					
TÉCNICA DE AMOSTRAGEM: Três mulheres foram recrutadas para o estudo num clube de cuidados maternos da localidade, seis foram referenciadas de um conselheiro de humor perinatal e uma foi referenciada por um amigo da autora.					
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Realizadas entrevistas com 10 mulheres que tiveram experiências de parto que não eram o que esperavam (partos instrumentados, presença de lacerações de 3º ou 4º grau, necessidade de cesariana de emergência) e mulheres cujas experiências não coincidiram com as suas expectativas. Foi realizada e gravada uma entrevista não estruturada, tendo perguntas como “fale-me da sua experiência de parto” e “Como foi a sua experiência tendo em conta o que esperava acontecer”.					
RESULTADOS: Todas as participantes relataram experiências diferentes do que esperavam, apontando para a falta de três elementos essenciais: cuidado, conexão					

e controle. Referem-se à falta de cuidado no que toca à falta de respeito pelo seu bem-estar físico e psicológico, pela não proteção da sua dignidade e privacidade, culminando em situações de exaustão após várias horas de puxos e situações de episiotomias profundas. No que toca à conexão, referem-se ao “abandono” na sala de parto por parte dos profissionais de saúde, pela falta de empatia demonstrada. Quanto ao controle, nenhuma participante referiu sentir-se no controle do seu parto, no que toca ao número de pessoas que assistiram ao parto, quem assistiu o parto, métodos de alívio da dor, tipo de parto, episiotomia.

CONCLUSÕES: Todas estas mulheres tinham expectativas muito positivas, embora irrealistas, do que seria o TP e parto, muito influenciadas por programas televisivos, nos quais este momento decorre num curto período de tempo, com algumas intervenções e controlo da dor. Contudo, as suas experiências não foram ao encontro do idealizado. As experiências foram influenciadas negativamente pelas atitudes pouco cuidadosas e o pouco envolvimento das enfermeiras EESMO durante o TP e parto. A bibliografia consultada corrobora estes achados, afirmando que podem promover a consciencialização das enfermeiras que contactam e cuidam destas mulheres no período peri-parto, para que percebam quais são as expectativas de cada mulher e o que elas conhecem do TP e parto, discutam com elas de forma a aproximá-las da realidade e, no pós-parto, acompanha-las, de forma a conhecer os seus sentimentos e visões do TP e parto.

Tabela 11: Análise do Estudo 3 - *Women's Lived experiences of Their Unexpected Birthing Process.*

<i>Jordanian Mother's Report of Their Childbirth Experience: Findings From Questionnaire Survey</i>					
AUTORES	DATA DE PUBLICAÇÃO	REVISTA OU JORNAL	LOCAL DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
OWEIS, Arwa	Junho de 2009	International Journal of Nursing Practice	Jordânia	Descritivo, transversal	Nível IV
OBJECTIVO: Documentar as percepções das mulheres de diferentes aspetos do seu parto, nomeadamente expectativas, satisfação e autocontrolo.					
TÉCNICA DE AMOSTRAGEM: Uma amostra conveniente de 177 mulheres jordanianas, recrutadas de três CS no norte da Jordânia. As mulheres incluídas eram alfabetizadas, tiveram bebés saudáveis, por parto vaginal normal ou assistido.					

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Foram entregues dois questionários a cada mulher para responderem, um que avaliava a satisfação com a experiência de parto e outro que avaliava a percepção de autocontrolo durante o parto.

RESULTADOS: Os resultados mostram que as mulheres não estão satisfeitas com as suas experiências de parto, apenas 15,3% das participantes classificaram-na de positivamente, tendo sido os itens mais pontuados os seguintes: “recebi um alto nível de segurança para mim e o meu bebé durante o TP e parto”, “o bebé recebeu os cuidados necessários após o nascimento” e “foi-me permitido segurar no meu bebé quando eu quis”. Os resultados mostram também que as mulheres tiveram uma percepção de pouco controlo da sua experiência de parto, apenas 15,3% das mulheres completaram positivamente o questionário, sendo que as áreas com melhor pontuação foram “senti responsabilidade durante o TP e parto”, “percebi como é receber os cuidados de pessoas cuidadosas” e “senti-me bem sucedida após o parto”. Existe uma relação estatística significativa entre os resultados do teste de avaliação da satisfação das experiências de parto e a percepção de controlo da dor de TP e parto. Outra relação encontrada foi entre ambos os questionários: existia uma maior satisfação de experiências de parto nas mulheres que foram assistidas num hospital privado do que nas que foram assistidas em hospitais públicos ou militares. Havia também maior satisfação entre mulheres que foram assistidas por uma enfermeira EESMO (com ou sem obstetra) e as mulheres que foram assistidas somente por um médico obstetra durante o TP e parto.

CONCLUSÕES: A maioria dos participantes referiram não se sentir satisfeitas com a experiência de parto, bem como não sentiram ter controlo sobre a mesma, já que sentiram mais dor do que esperavam e sofreram intervenções que não estavam nos planos (episiotomia, indução de TP). Para além disso, os itens que menor pontuação obtiveram estão relacionados com a qualidade de atendimento que tiveram e com a falta de controlo no alívio da dor de TP, o que é corroborado por outros estudos, que referem que mulheres que foram submetidas a indução de TP, episiotomia e que referenciaram a sua experiência como sendo dolorosa, assustadora e intensa, classifiquem-na como tendo sido insatisfatória. O controlo sob o trabalho de parto é algo que influencia em grande peso a satisfação da experiência de TP e parto, pelo que é importante que os profissionais de saúde estejam atentos a este facto.

Tabela 12: Análise do Estudo 4 - *Jordanian Mother's Report of Their Childbirth Experience: Findings From Questionnaire Survey*

'Not Enough People to Look After You': An Exploration of Women's Experiences of Childbirth in the Republic of Ireland

AUTORES	DATA DE PUBLICAÇÃO	REVISTA OU JORNAL	LOCAL DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
LARKIN, Patricia; BEGLEY, Cecily M.; DEVANE, Declan	2012	Midwifery	República da Irlanda	Qualitativo, descritivo	Nível IV

OBJETIVO: Descrever as experiências das mulheres de parto na República da Irlanda.

TÉCNICA DE AMOSTRAGEM: Amostra de conveniência de 25 mulheres de quatro unidades maternas escolhidas ao acaso na República da Irlanda (duas de meio urbano, duas de meio rural). As participantes tinham mais de 18 anos, sabiam falar e perceber inglês e tiveram um parto do qual nasceu um bebê saudável.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Foram realizadas cinco sessões de *Focus-Group*, semi-estruturadas, onde cada mulher poderia falar abertamente da sua experiência de parto. Cada sessão teve uma duração aproximada de uma hora e estiveram presentes três a sete participantes.

RESULTADOS: Foram identificados três grandes temas no estudo: “começando” (este tema refere-se às experiências das mulheres em início de TP antes e durante o internamento no hospital), “chegando lá” (este tema descreve as experiências de TP e os seus sentimentos, uma vez que este está estabelecido) e “consequências da experiência” (este tema refere-se aos sentimentos e consequências das experiências das mulheres). No primeiro tema, as participantes expressaram emoções e sentimentos fortes. A vontade e a dúvida de estar em TP, que as levava a recorrer ao hospital inúmeras vezes, faz com que caracterizem as expectativas que tinham de ingênuas e irrealistas, mas reconhecem terem-se sentido perdidas, apreensivas e pouco ou mal acompanhadas durante toda aquela altura de “estar ou não estar em TP”, mesmo pela incerteza demonstrada pela equipa de saúde em mandar para casa ou admitir a mulher. Num segundo tema são reforçados os múltiplos sentimentos e emoções experienciadas pela mulher em TP, desde logo, ansiedade (por terem de proceder a um parto instrumentado ou episiotomia, pela duração do TP e potenciada pelo espaço físico e sonoro), sensação de controlo (as participantes deste estudo identificam áreas que influenciavam a percepção de controlo, nomeadamente, na obtenção de informação, no poder de escolha nas intervenções e a relação com os profissionais e refere que sentirem-se fora do controlo foi assustador e afetou negativamente as

suas experiência de TP e parto). Quanto ao último tema, as participantes admitem não terem presentes muitos aspetos físicos, mas os emocionais estão bem presentes e que isso afectará uma futura gravidez (queixam-se de terem sido “abandonadas em momentos de vulnerabilidade”, culpando a organização do sistema, até porque duas das participantes cujo TP e parto decorreu em alturas mais calmas, referem ter tido o “luxo” de ter a enfermeira EESMO consigo a todo o instante”).

CONCLUSÕES: Este estudo demonstrou que, apesar de obterem experiências diferentes, todas as participantes relataram-nas com emoções fortes. Apesar de algumas mulheres referirem que se sentiram *empoderadas* no seu TP e parto, a maioria admite que se sentiu sozinha, ansiosa e com pouco suporte antes do diagnóstico de TP. Algumas participantes que anunciaram expectativas explícitas sentiam-se desapontadas e questionavam se não teriam objetivado demasiado o seu TP, já que a experiência não foi ao encontro da expectativa. Referem que fatores importantes como a sensação de controlo e a diminuição da ansiedade podem ser atingidas se a organização do sistema assim o permitir e se a enfermeira EESMO defender e respeitar as suas expectativas e objetivos.

Tabela 13: Análise do Estudo 5 - ‘Not Enough People to Look After You’: An Exploration of Women’s Experiences of Childbirth in the Republic of Ireland.

From the Hospital Organization to the Childbirth Practice: Italian Women’s Experiences

AUTORES	DATA DE PUBLICAÇÃO	REVISTA OU JORNAL	LOCAL DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
CIPOLLETTA, Sabrina; SPEROTTO, Angela	Julho de 2012	Journal of Reproductive and Infant Psychology	Itália		Nível IV

OBJECTIVO: Comparar a gestão hospitalar do parto relativamente à percepção das mulheres e satisfação.

TÉCNICA DE AMOSTRAGEM: Foram incorporadas neste estudo 20 primíparas, cujo o parto tenha ocorrido no hospital de Verona.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Foi realizada uma entrevista semi-estruturada, com cerca de 30 minutos de duração, onde se pretendia questionar as participantes sobre a sua experiência de parto e as suas expectativas, entre outras informações.

RESULTADOS: Foram encontradas três áreas temáticas: expectativas, controlo externo (medicalização) e relação com os profissionais de saúde. As expectativas das participantes estavam intimamente relacionadas com a reputação do hospital, o controlo da dor e do tempo de TP, bem como na realização de um evento natural. A indução de TP, a antecipação da data do seu acontecimento, bem como a dor, podem determinar experiências traumáticas. Ao mesmo tempo, a boa reputação do hospital pode transmitir segurança na necessidade de qualquer emergência médica. Ao longo das entrevistas foi-se concluindo que o medo e a dor despoletavam perda de controlo interno, pelo que as participantes reclamavam a necessidade de obter algum controlo externo por parte dos profissionais de saúde, especialmente no alívio da dor. É possível encontrar relatos de que os conselhos e instruções dadas pelas enfermeiras EESMO ajudavam-nas a encontrar medidas de *coping* para o desconforto sentido. A informação recebida durante as consultas pré-natais parecem ter grande influência no controlo interno, já que as participantes aprendiam a confiar nelas próprias e tinham noção do desenrolar do TP. Em outras situações, a intervenção medicamentosa veio a facilitar a percepção de segurança das participantes, através da analgesia epidural. Relativamente à relação com os profissionais de saúde, existe uma preferência substancial pelas enfermeiras EESMO comparativamente aos médicos, já que estas são descritas como sendo mais cuidadosas, comunicativas, humanistas e transmitiam sensação de confiança, segurança e coragem.

CONCLUSÕES: As mulheres que passam pela experiência de parto pela primeira vez têm um medo maior a novas experiências, pelo que procuram alguém que as possa ajudar a lidar com esses medos da melhor maneira e atingir melhores resultados no TP e parto. Neste sentido, parece que o que melhor satisfaz essas necessidades será a prestação de cuidados holística nesse momento, que lhes potenciem a sensação de controlo, o poder de decisão, bem como a diminuição de intervenções médicas e manter o processo como sendo algo natural.

Tabela 14: Análise do Estudo 6 - *From the Hospital Organization to the Childbirth Practice: Italian Women's Experiences*

A interpretação dos resultados tem por finalidade realçar o seu essencial, colocando em evidência factos caracterizadores dos mesmos e que vão responder aos objetivos (Fortin, 2006). Ao comparar os resultados obtidos com o referencial teórico será possível encontrar lacunas do conhecimento de determinado fenómeno, permitindo priorizar as necessidade de produção de investigação nessa área e estimular a melhoria nos cuidados de saúde prestados, com base na PBE (Mendes, Silveira, Galvão, 2008; Souza, Silva & Carvalho, 2010).

Existem, então, seis documentos de análise que estudam as expectativas e experiências de TP e parto, bem como a satisfação. A preferência pelo recurso à entrevista e ao questionário dirigido, como instrumentos de investigação, é manifesta e pode-se contatar, desde logo, a inexistência de estudos experimentais na área.

É evidente, também, uma primazia em indagar e descrever as experiências, talvez por se tratarem de dados mais concretos, ainda que dentro da subjetividade das percepções individuais de cada sujeito. Por outro lado, em todos os estudos é feito um paralelismo entre as experiências e a satisfação da mulher pelo TP e parto, ainda que se relacionem ou não com as suas expectativas.

Comparativamente aos anos 70, as mulheres continuam a criar expectativas em relação ao seu TP e parto. Tal como o referencial teórico sugere, a construção de expectativas está associada às representações que o ser humano tem sobre determinado fenómeno, influenciado pela informação recolhida sobre o mesmo, quando a sua procura é estabelecida (Gibbins & Thomson, 2001; Canavarro, 2006). Não é de admirar, portanto, que as participantes do estudo de Cipolletta & Sperotto (2012) reconhecessem a importância da informação adquirida nas consultas de vigilância pré-natal, na medida em que influenciou o controlo interno e a procura de estratégias de *coping* durante o TP e parto.

As expectativas de TP e parto podem estar dependentes de determinados fatores que, em comunhão ou isoladamente, podem determinar o sucesso do TP e parto ou, simplesmente, podem estar dependentes da representação que cada mulher tem do TP e parto. Cipolletta e Sperotto (2012) identificaram, no seu estudo, fatores que fazem parte da construção de expectativas da mulher, nomeadamente a reputação do hospital, o bem-estar materno e infantil, o controlo da dor e do tempo de TP e a realização de um evento natural. Por outro lado, Goldbort (2009), menciona que as participantes apresentavam expectativas muito altas, mas irrealistas, fruto da influência de programas televisivos, que expõem à sociedade imagens editadas de um curto espaço de tempo do TP e parto.

Christiaens, Verhaeghe e Bracke (2008) quando comparam as expectativas de mulheres holandesas e belgas, consideram serem mais positivas as destas últimas, apontando como causa a mentalidade e a atitude que têm perante o TP e parto - possuem uma visão mais naturalista e fisiológica desses eventos, sendo a gravidez, o TP e parto acompanhado apenas por Enfermeiros EESMO. Os mesmos autores sugerem que existe uma relação positiva entre expectativas e experiências de TP e parto, ao afirmarem que “as expectativas são fortes preditores de experiências

de TP e parto”, adicionando que as experiências tendiam a se mais positivas do que as expectativas, principalmente em mulheres que planeavam o parto em casa e que tinham uma atitude positiva durante a gravidez (Christiaens, Verhaeghe & Bracke, 2008).

As experiências de TP e parto são acontecimentos únicos e subjetivos. Tal como é possível constatar, todos os artigos em análise tinham como intenção abordar as experiências de TP e parto como tema principal, sendo visível a preferência pela descrição dos acontecimentos, comentando os fatores positivos e negativos.

As experiências positivas são, normalmente, caracterizadas por partos no domicílio, com acompanhamento de um enfermeiro EESMO, de decurso fisiológico e pouco intervencionista e, acima de tudo, seguro. Tem também como particularidades o controlo da mulher sobre a sua experiência, na medida em que é envolvida e responsabilizada nas decisões sobre o decurso do seu TP, no tipo de parto, na gestão e utilização de métodos de alívio da dor, na execução de episiotomia e nos cuidados prestados a ela e ao RN (Rijnders et al., 2008; Christiaens, Verhaeghe & Bracke, 2008; Oweis, 2009; Cipolletta & Sperotto, 2012), indo de encontro ao que é preconizado pelo referencial teórico.

Contrapondo, as experiências de conotação negativa são relatadas pela falta de controlo ou a má gestão da dor e duração do TP; pelo encorajamento de puxos desnecessários, que levavam à exaustão; pelo uso da episiotomia desnecessariamente; pelo mau acompanhamento ou incerteza por parte dos profissionais de saúde. Usaram também como fundamentos a falta de empatia demonstrada, o abandono na sala de partos durante grande parte do TP e parto e a falta de respeito pela dignidade e privacidade da parturiente e a má conotação dos profissionais (Rijnders et al., 2008; Goldbort, 2009; Cipolletta & Sperotto, 2012; Larkin, Begley & Devane, 2012). No fundo, vão de encontro ao que a bibliografia anteriormente consultada defende, por se prenderem com a desvalorização da parturiente e a remoção do seu papel principal na sala de partos.

Após a análise dos estudos, tornou-se possível inferir quatro áreas que influenciam a satisfação com a experiência de TP e parto, que em muito vão ao encontro do que Ruth Lubic (cit. por Records & Wilson, 2011) relatava como sendo o que as mulheres procuravam para o seu parto (Figura 8): o comportamento dos profissionais de saúde, nomeadamente a atenção que dispensam à utente, bem como a empatia, a assertividade, o profissionalismo e o tipo de comunicação verbal e não-verbal utilizada; os cuidados recebidos, que se referem à organização

institucional e às práticas realizadas pelos profissionais que acompanham as parturientes, durante todo o processo; o controlo percebido, na medida em que a mulher é envolvida e responsabilizada no processo de tomada de decisão em todos os aspetos do seu TP e parto; e o alcance das suas expectativas, anteriormente idealizadas com base na percepção do momento e na informação recolhida.

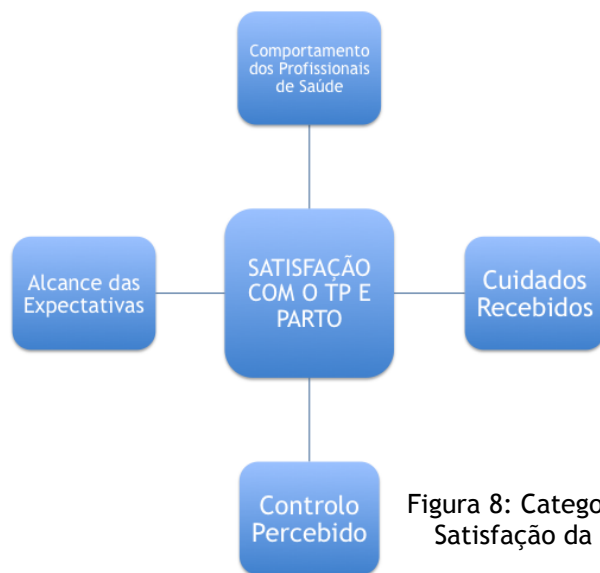


Figura 8: Categorias Identificadas que Influenciam a Satisfação da Parturiente com o TP e Parto

Inferese, ainda, uma preferência óbvia pelo atendimento das enfermeiros EESMO em relação ao dos médicos, no acompanhamento do TP e execução do parto. As participantes justificavam esta preferência pela visão natural e fisiológica que esses profissionais atribuíam ao processo, bem como a visão holística da parturiente, na procura de satisfazer escolhas e expectativas, influenciando a aquisição de experiências mais satisfatórias (Christiaens, Verhaeghe & Bracke, 2008; Cipolletta & Sperotto, 2012). Porém, outras deixam um apelo a que estes profissionais sejam mais envolvidos e cuidadosos no que toca ao respeito pela mulher e pelas suas vontades, na medida em que possam ter controlo sobre o processo e sobre a estão do tempo e dor, de modo a que as experiências se encontrem com as expectativas (Rijnders et al., 2008; Goldbort, 2009; Larkin, Begley & Devane, 2012).

No seu estudo, Larkin, Begley e Devane (2012) referem que as participantes reconheceram que o ponto crucial do atendimento à parturiente está prejudicado com a organização das instituições de saúde, legitimando que existem melhores experiências de TP e parto em situações de menor afluência. Por sua vez, as participantes do estudo de Cipolletta & Sperotto (2012) acreditam que a reputação do hospital funciona como um meio de fiabilidade em caso de emergência materno-fetal.

4 CONCLUSÃO

Concluído o processo de revisão integrativa da literatura, é imperativo o olhar crítico-reflexivo sobre este processo, considerando em cada etapa as dificuldades, o processo de pensamento para a solução das mesmas, bem como o processo de tomada de decisão em diferentes momentos.

Desde logo, importa expor a complexidade e subjetividade do tema. Quando a pesquisa nas bases de dados aparentou ser uma tarefa difícil, a combinação de termos veio facilitar esse processo, delimitando os resultados. Ainda assim, é possível constatar a quantidade de artigos que foram apresentados e que foram excluídos por não apresentarem qualquer ligação ao tema em estudo ou que, ainda que ligados à área da Enfermagem em SMO, não respondessem aos objectivos traçados. Salienta-se que a amostra obtida está confinada a uma pesquisa delimitada ao período 2008-2013, pelo que não se pode garantir a inexistência de outros artigos de interesse fora desse âmbito.

A construção do instrumento de organização de informação foi pensado com o objetivo de concentrar informação pertinente e que permitisse ao leitor o conhecimento de cada estudo pela simples leitura da sua tabela de análise. Assim, em cada tabela de análise evidencia-se, entre outros, os objetivos, o processo metodológico, técnica de amostragem, resultados e conclusões, que permitem uma avaliação do seu nível de evidência e comparação com o referencial teórico, auxiliando na sua interpretação.

Findo este processo, foi possível apresentar esclarecimentos aos objetivos formulados. Desde logo, foram apresentados fatores que influenciam a satisfação da mulher no TP e parto, nomeadamente o comportamento dos profissionais de saúde, os cuidados recebidos, o controlo percebido e o alcance das suas expectativas.

Ainda que pouco estudadas, as expectativas parecem influenciar as experiências e a satisfação da mulher no seu TP e parto. Claro que esta inferência está reduzida apenas a este estudo, não podendo generalizar-se, já que, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão utilizados, a informação recolhida sobre esta relação é escassa. Mais uma vez é salientado que não se pode garantir o mesmo tipo de resultados se o período temporal na pesquisa for alargado.

As experiências de TP e parto tendem ser mais positivas quanto mais for respeitado o carácter natural e fisiológico do processo e mais envolvida estiver a

mulher na tomada de decisão. Mulheres que relatam experiências positivas de TP e parto e que se sentiram respeitadas relativamente às suas escolhas apresentaram melhores níveis de satisfação com a experiência (ainda que não tenha corrido totalmente como o esperado).

Os enfermeiros EESMO parecem ser os profissionais de saúde que mais satisfazem as necessidades e expectativas das parturientes. Contudo, existem relatos de comportamentos, atitudes e práticas menos corretas e que vão contra a satisfação da mulher, como o abandono da sala de partos, a prestação de cuidados fugaz e pouco empática e a violação da dignidade e privacidade da utente.

Apesar de ser um tema de imenso interesse para a Enfermagem em SMO, os estudos neste âmbito são escassos e cingem-se a descrições de acontecimentos, procurando motivos de causa-efeito, em contextos fora de Portugal. Tendo em conta a realidade política e economicista que o país atravessa, importa que os cuidados de saúde sejam de excelência, principalmente em situações marcantes e pessoais, como o parto.

Como responsáveis legais pela vigilância, gestão do TP e execução do parto eutócico, os enfermeiros EESMO devem abarcar a satisfação da utente como um dos focos principais na sua prestação de cuidados, de forma a fazer a diferença na assistência em saúde. Assim, sugere-se que este tema seja desenvolvido em contexto luso, procurando avaliar a satisfação das parturientes portuguesas, relacionar com as suas experiências e expectativas e evidenciar as melhores práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho não seria possível sem o acontecimento do Estágio de Desenvolvimento de Competências no CHPVVC. Este percurso exigiu um estudo contínuo e uma reflexão sobre a prática, que foi sendo desenvolvida durante este documento.

A sua realização foi marcante para a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e competências na área da Saúde Materna e Obstetrícia, através do contacto com a mulher e sua família desde a concepção ao período pós-parto, em situações de risco ou não. Por sua vez, esse desenvolvimento de competências aumenta o campo de atuação e a segurança no processo de concepção de cuidados em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, antes não sentida.

A prática no contexto clínico foi, também, a origem de uma inquietação que levou ao desenvolvimento de uma investigação. Foram, portanto, mobilizados os conhecimentos sobre o processo científico de investigação de um determinado tema, tendo como fim último responder à questão que originou o mesmo.

Se o contexto da prática suscitou a investigação científica, esta permitiu obter um olhar diferente sobre a prática clínica. Oferecendo uma visão ainda mais holística, foi possível constatar a importância de contribuir na satisfação da mulher no seu trabalho de parto e parto, através do respeito das suas expectativas e providenciando as melhores experiências possíveis.

Os objetivos estabelecidos inicialmente foram, então, cumpridos, na medida em que ficaram evidenciadas as competências na prestação de cuidados em Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica e obteve-se evidências científicas no sentido de compreender a influência das expectativas e experiências de Trabalho de Parto e Parto na satisfação da utente, através de uma Revisão Integrativa da Literatura.

Finalmente, pretende-se utilizar estas aprendizagens na concepção de cuidados no futuro, bem como disseminar o conhecimento adquirido com este trabalho, através de publicações dos seus resultados, suscitando a vontade de ir mais além e partir para a investigação experimental e aplicabilidade na população portuguesa.

BIBLIOGRAFIA

BARACHO, E. - *Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BARDIN, L - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARGE, S.; CARVALHO, M - Prevalência e Fatores Condicionantes do Aleitamento Materno - Estudo ALMAT. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* [Em linha]. Nº 27 (2011), p. 518-25. [Consult. 30 ago. 2013]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpcg/v27n6/v27n6a06.pdf>>.

BATISTA, D. C. [et al.] - Atividade Física e Gestação: Saúde da Gestante não Atleta e Crescimento Fetal. *Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil* [Em linha]. Vol. 3, nº 2 (abr./jun. 2003), p. 151-58. [Consult. 14 jun. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a04v03n2.pdf>>. ISSN 1519-3829.

BIGELOW, A. [et al.] - Effect of Mother/Infant Skin-to-Skin Contact on Postpartum Depressive Symptoms and Maternal Physiological Stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* [Em linha]. Vol. 41, nº 3 (mai-jun. 2012), p. 369-82. [Consult. 30 jun. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=40432d09-cb86-4529-bbb4-b7d5dfc40b3e%40sessionmgr113&hid=126>>. ISSN: 0884-2175.

BURROUGHS, A. - *Uma Introdução à Enfermagem Materna*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T. - *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 2ª ed. Lisboa: Lidel, 2008.

CANAVARRO, M. C. - *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto, 2006.

CARNEIRO, M. - *Parteiras, Saberes Obstétricos e Modelos de Formação (séculos XV-XX)*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2003. Tese de Doutoramento.

CARROLI, G.; BELIZAN, J. - Episiotomy for Vaginal Birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Em linha]. Nº 4 (2007). [Consult. 12 mai. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000081.pdf>>.

CASTRO, C. M. C. S. P. - *Percepção dos Enfermeiros sobre os Contributos do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 2007. Dissertação de Mestrado.

CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM - VILA DO CONDE - *Missão e Valores* [Em linha]. 2009a. [Consult. 15 ago. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.chpvvc.pt/ver.php?cod=0A0M>>.

CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM - VILA DO CONDE - *Organização* [Em linha]. 2009b. [Consult. 15 ago. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.chpvvc.pt/ver.php?cod=0A0B>>.

CHRISTIAENS, W.; VERHAEGHE, M.; BRACKE, P. - Childbirth Expectations and Experiences in Belgian and Dutch Models of Maternity Care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, [Em linha]. Vol. 26, Nº. 4, (nov. 2008), p.309-322. [Consult. 16 dez. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fec5c783-49a2-4fb3-9358-7bdd0acb4946%40sessionmgr114&vid=2&hid=114>>

CIPOLLETTA, S.; SPEROTTO, A. - From the Hospital Organisation to the Childbirth Practice: Italian Women's Experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, [Em linha]. Vol. 30, Nº. 3, (jul. 2012), p.326-336. [Consult. 16 dez. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f56b7177-44a8-4a8c-9439-1c6e7e1c9b5e%40sessionmgr112&vid=2&hid=114>>

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS - *Proposta de Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho Relativa ao Reconhecimento das Qualificações Profissionais* [Em linha]. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias, 2002. [Consult. 23 out. 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE87BF5012BE8D22EA34576/uniaoeropeia_texto_proposta.pdf>.

CONDE, A. A. [et al] - Perception of the Childbirth Experience: Continuity and Changes Over the Postpartum Period. *Jornal of Reproductive and Infant Psychology*. [Em linha]. Vol. 26, nº 2 (2008), p. 139-154. [Consult. 16 fev. 2014]. Disponível na

Internet:<URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=e671ba23-b7f0-4f81-8085-6bdb6d0ed586%40sessionmgr112&hid=119>>. ISSN 0264-6838.

COSTA R. [et al.] - Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*. [Em linha]. Vol. 5, nº 2 (2004), p. 159-187. [Consult. 10 dez. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a03.pdf>>.

CUNNINGHAM, F. G. [et al.] - *Williams Obstetrics*. 23^a ed. New York, NY: McGraw-Hill, 2010.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2005.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - *Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2008.

EBERLE, A. S. [et al.] - Interação Entre a Analgesia de Parto e o seu Resultado: Avaliação pelo Peso e Índice de APGAR do Recém-Nascido. *Revista Brasileira de Anestesiologia* [Em linha]. Vol. 56, nº 4 (2006), p. 343-51. [Consult. 10 fev. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.br/rba/v56n4/02.pdf>>. ISSN 0034-7094.

EMMANUEL, E.; CREEDY, D.; FRASER, J. - What Mothers Want: A Postnatal Survey. *Australian Journal of Midwifery*. Vol. 14, nº 4 (2001), p. 16-20.

ERWIN, E. - Critical Incident Analysis of the Effect of Self-Efficacy on Coping Strategies in Labour. *British Journal of Midwifery* [Em linha]. Vol. 21, nº 2 (feb. 2013), p. 137-41. [Consult. 26 jan. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=d9fb808f-3868-421f-a9c4-1e3a11c1822b%40sessionmgr13&hid=11>>. ISSN 0969-4900.

FACCHIANO, L.; SNYDER, C. H. - Evidence-Based Practice for the Busy Nurse Practitioner: Part One: Relevance to Clinical Practice and Clinical Inquiry Process. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. [Em linha]. Nº 24 (2012). [Consult. 16 fev. 2014]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8d99b6ba-381c-4620-8d3a-76c5fd1b99c3%40sessionmgr111&vid=2&hid=119>>.

FAIR, C. D.; MORRISSON, T. E. - The Relationship Between Prenatal Control, Expectations, Experienced Control, and Birth Satisfaction Among Primiparous

Women. *Midwifery*. [Em linha]. Nº 28 (2012), p. 39-44. [Consult. 16 dez. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613810001749?via=ihub>>.

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA - *Iniciativa Parto Normal: Documento de consenso*. Loures: Lusociência, 2009.

FERNANDES, J. D.; MACHADO, M. C- R.; OLIVEIRA, Z. N. P. - Prevenção e Cuidados com a Pele da Criança e do Recém-Nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia* [Em linha]. Vol. 86, Nº 1 (2011), p. 102-10. [Consult. 10 dez. 2012]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>>.

FORTIN, M.F. - Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 978-989-8075-18-5.

FREIRE, D. M. C. [et al.] - Curva da Altura Uterina por Idade Gestacional em Gestantes de Baixo Risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Em linha]. Vol. 28, nº 1 (jan. 2006), p. 3-9. [Consult. 25 abr. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n1/29587.pdf>>. ISSN 0100-7203.

GALLEGOS-DÁVILA, J. A. [et al.] - Prevalencia y Factores de Riesgo para Hiperbilirrubinemia Indirecta Neonatal en un Hospital Universitario. *Medicina Universitaria*. Vol. 11, nº 45 (2009), p. 226-30.

GIBBINS, J.; THOMSON, A. M. - Women's Expectations and Experiences of Childbirth. *Midwifery*. [Em linha]. Nº17 (2001), p. 302-313. [Consult. 16 dez. 2013]. Disponível na Internet:<URL:http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613801902633?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb>.

GOLDBORT, J. G. - Women's Lived Experience of their Unexpected Birthing Process. MCN: *The American Journal of Maternal/Child Nursing* [Em linha]. Vol. 34, Nº. 1 (jan./fev. 2009). [Consult. 16 dez. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.11.0a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=LMDNFPICMDDKLJONCMKLEGNCNCLDA A00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.19.20%257c0%257c0005721-200901000-00012%26S%3dLMDNFPICMDDKLJONCMKLEGNCNCLDAA00&directlink=http%3a%2f%2fg raphics.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCGCLEJOCM00%2ffs046%2fovft%2flive%2fg>>

v025%2f00005721%2f00005721-200901000-

00012.pdf&filename=Women%27s+Lived+Experience+of+Their+Unexpected+Birthin
g+Process.&pdf_key=FPDDNCGCLEJOCM00&pdf_index=/fs046/ovft/live/gv025/000
05721/00005721-200901000-00012

GOUVEIA, C.; ÓRFÃO, A. - Problemas Comuns da Amamentação. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* [Em linha]. Vol. 25, nº 3 (2009), p. 370-75. [Consult. 3 jan. 2013]. Disponível na Internet:<URL:http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10634&path%5B%5D=10370>.

GRAÇA, L. M. - *Medicina Materno-Fetal*. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2005.

GRUPO DE RASTREIO E INTERVENÇÃO DA SURDEZ INFANTIL - Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal (RANU). *Acta Pediátrica Portuguesa* [Em linha]. Vol. 38, nº 5 (2007), p. 209-214. [Consult. 2 jan. 2013]. Disponível na Internet:<URL:http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802_Consensos SPP_GRISI_38(5).pdf

HALE, R. - Newborn Skincare and the Modern Nappy. *British Journal of Midwifery* [Em linha]. Vol. 15, Nº 12 (dez. 2007). [Consult. 10 dez. 2012]. Acessível na Internet:<URL:http://content.ebscohost.com/pdf19_22/pdf/2007/GHC/01Dec07/28060821.pdf?T=P&P=AN&K=2009765058&S=R&D=ccm&EbscoContent=dGJyMMvl7ESepU4v%2BbwOLCmr0yep7JSrqa4TK6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprk2zrrFluePfgeyx44Dt6fIA>.

HANCIAU, F. - *Paralisia do Plexo Braquial* [Em linha]. Rio Grande, 2011. [Consult. 15 mai. 2013]. Acessível em <http://www.hanciau.net/arquivos/PARALISIA%20OBSTETRICA%20CLASS%202011.pdf>

HAXTON, D. [et al.] - Implementing Skin-To-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model. *Nursing for Women's Health* [Em linha]. Vol. 16, nº 3 (jun-jul. 2012), p. 220-30. [Consult. 16 jul. 2013]. Disponível na Internet:<URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=40432d09-cb86-4529-bbb4-b7d5dfc40b3e%40sessionmgr113&hid=11>. ISSN: 1751-4851.

HERMANSSON, E.; MÅRTENSSON, L. - Empowerment in the Midwifery Context - A Concept Analysis. *Midwifery*. Vol. 27, nº 6 (dec. 2011), p. 811-6.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT - *Routine Prenatal Care* [Em linha]. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement, 2012. [Consult. 30 jul. 2013]. Disponível na Internet:<URL:https://www.icsi.org/_asset/13n9y4/Prenatal.pdf>.

INTERNATIONAL BREASTFEEDING CENTRE - *The Importance of Skin-To-Skin Contact* [Em linha]. 2009 [Consult. 15 jun. 2013]. Disponível na Internet:<URL:https://www.nbc.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=82:the-importance-of-skin-to-skin-contact-&catid=5:information&Itemid=17>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

KUO, S. C. [et al.] - Evaluation of the Effects of A Birth Plan on Taiwanese Women's Childbirth Experiences, Control and Expectations Fulfilment: A Randomised Controlled Trial. *International Journal of Nursing Studies*. [Em linha]. Nº 47 (2010), p. 806-814. [Consult. 16 dez. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074890900368X?via=ihub>>.

LAFRANCE, J.; MAILHOT, L. - Empowerment: A Concept Well-Suited to Midwifery. *Canadian Journal of Midwifery Research* [Em linha]. Vol. 4, nº 2 (2005), p. 16-24. [Consult. 7 abr. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://ojs.library.ubc.ca/index.php/cjmrp/article/view/132/113>>.

LARKIN, P.; BEGLEY, C. M.; DEVANE, D. - Women's Experiences of Labour and Birth: an Evolutionary Concept Analysis. *Midwifery*. [Em linha]. Nº 25 (2009), p. 49-59. [Consult. 16 out. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613807000824?via=ihub>>.

LARKIN, P.; BEGLEY, C. M.; DEVANE, D. - 'Not Enough People to Look After You': An Exploration of Women's Experiences of Childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery* [Em linha]. Nº 28 (2012), p. 98-105. [Consult. 16 dez. 2013]. Disponível na Internet:<URL:http://ac.els-cdn.com/S0266613810001865/1-s2.0-S0266613810001865-main.pdf?_tid=ee05b9b6-c005-11e3-a1de-00000aab0f26&acdnat=1397061925_83c11afa92ba064cf3cb2b5b9fdffbdb>

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

LEVENO, K. J. [et al.] - *Manual de Obstetrícia de Williams*. 21ª Ed. Porto

Alegre : Artmed, 2005.

LEVIN, R.; SINGLETON, J.; JACOBS, S. - Developing and Evaluating Clinical Practice Guidelines: A Systematic Approach. In CAPEZUTI, E. [et al.] - *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. 3ª Ed. New York, NY: Springer Publishing Company, 2008. p. 2-8.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. - *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008.

LOTHIAN, J.; DEVRIES, C. - *The Official Lamaze Guide: Giving Birth With Confidence*. 2ª Ed. Minnesota: Meadowbrook Press, 2010. ISBN 978-0-88166-566-6.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008.

MARTINELLI, S.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. - Proposta de Nova Curva de Altura Uterina para Gestações entre a 20ª e a 42ª Semana. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Em linha]. Vol. 23, nº 4 (mai. 2001), p. 235-41. [Consult. 12 nov. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n4/11364.pdf>>. ISSN 0100-7203.

MELEIS, A. I. - *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007

MELO, M. E. - Ganho de Peso na Gestação. *Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica* [Em linha]. 2011. [Consult. 30 mai. 2013]. Disponível na internet: <URL:<http://www.abeso.org.br/pdf/Obesidadeeegestacao.pdf>>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. - Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. [Em linha]. Vol. 17, nº 4 (2008), p. 758-764. [Consult. 22 mar. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>.

MERCER J.; GREEN-JEVIS, C.; BRANNINGAN, C. - The Legacy of a Self-Reported Negative Birth Experience. *British Journal of Midwifery*. [Em linha]. Vol. 20, Nº 10 (2012), p. 717-722. [Consult. 16 dez. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=69c6c6b2-4e99-43fa-93df-0ad347a1c7f4%40sessionmgr4005&hid=4209>>.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. - *Obstetrícia Fundamental*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH - *Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth* [Em linha]. London: RCOG Press, 2007. [Consult. 15 mai. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG55FullGuideline.pdf>>. ISBN 978-1-904752-36-3.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH - *Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman* [Em linha]. London: RCOG Press, 2008. [Consult. 7 mai. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11947/40145/40145.pdf>>. ISBN 978-1-904752-46-2.

NESS, M. J.; DAVIS, D. M. R.; CAREY, W. - Neonatal Skin Care: A Concise Review. *International Journal of Dermatology* [Em linha]. Nº 52 (2013), p. 14-22. [Consult. 10 dez. 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://content.ebscohost.com/pdf27_28/pdf/2013/DIF/01Jan13/84488082.pdf?T=P&P=AN&K=23278604&S=R&D=mn&EbscoContent=dGJyMMvI7ESeprU4v%2BbwOLCmr0yep7FSs6q4TbSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprk2zrrFluePfygeyx44Dt6fIA>.

NEWMAN, J. - *The Importance of Skin to Skin Contact* [Em linha]. 15ª ed. Toronto: International Breastfeeding Centre, 2009. [Consult. 17 abr. 2013]. Disponível na Internet:<URL:https://www.nbc.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=82:the-importance-of-skin-to-skin-contact-&catid=5:information&Itemid=17>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento Das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem De Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica* [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. [Consult. 30 set. 2013]. Disponível na Internet:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Gravidez, Parto, Pós-parto e Cuidados com o Recém-nascido: Guia para a Prática Fundamental*. São Paulo: Roca, 2007.

OWEIS, A. - Jordanian Mother's Report of their Childbirth Experience: Findings from a Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Practice* [Em linha].

Nº. 15, (2009), p.525-533. [Consult. 16 dez. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=753e731a-2ebc-492d-a8db-a2800536cbe5%40sessionmgr198&vid=2&hid=114>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - *Norma nº 040/2011. 2012-01-26* [Em linha]. Programa Nacional de Vacinação 2012. [Consult. 15 fev. 2013] Acessível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0402011-de-21122011-atualizada-a-26012012.aspx>

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - *Circular Informativa nº 16/DSMIA. 2001-09-07* [Em linha]. Boletim de Saúde da Grávida. [Consult. 8 jan. 2013] Acessível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005597.pdf>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - *Circular Normativa nº 08/DT. 2005-12-21* [Em linha]. Plano Nacional de Vacinação 2006. [Consult. 8 fev. 2013] Acessível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008182.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - *Prontuário terapêutico 11*. Lisboa: Infarmed, 2012.

PUGLIESI, V. E. M. [et al.] - Efeitos do banho logo após o nascimento sobre as adaptações térmica e cardiorrespiratória do recém-nascido a termo. *Revista Paulista de Pediatria* [Em linha]. Vol. 27, nº 4 (2009), p. 410-15. [Consult. 15 nov. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n4/v27n4a10.pdf>>. ISSN 0103-0582.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 3ª Ed. Lisboa: Gradiva, 2003. ISBN 972-662-275-1.

RAIGADA, J. L. P. - Epistemología, Metodología y Técnicas del Análisis de Contenido. *Estudios de Sociolingüística*. [Em linha]. [Consult. 29 abr. 2013]. Disponível na Internet:<URL:https://www.ucm.es/data/cont/docs/268-2013-07-29-Pinuel_Raigada_AnalisisContenido_2002_EstudiosSociolinguisticaUVigo.pdf>.

REA, M. F. - Os Benefícios da Amamentação para a Saúde da Mulher. *Jornal de Pediatria* [Em linha]. Vol. 80, nº 5 (supl.) (2004), p. S142-S146. [Consult. 7 dez. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a05>>.

RECORDS, K.; WILSON, B. L. - Reflections on Meeting Women's Childbirth Expectations. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. [Em linha].

Nº 40 (2011), p. 394-398. [Consult. 16 dez. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bbfeea44-212f-4f67-a4f4-bd34405bbd3d%40sessionmgr110&vid=2&hid=119>>.

REGULAMENTO n.º 127/2011. *D.R. 2ª Série*. Nº 35 (2011-02-18), p. 8662-66.

REZENDE, J. - *Obstetrícia*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

REZENDE, J. - *Obstetrícia*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RIJNDERS, M. - Perinatal Factors Related to Negative or Positive Recall of Birth Experience in Women 3 Years Postpartum in the Netherlands. *Birth*, [Em linha]. Vol. 35, Nº. 2, (jun. 2008), p.107-116. [Consult. 16 dez. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c097ee3c-b2d5-4dc2-b29a-9c9a549d2af9%40sessionmgr4001&vid=2&hid=4101>>.

RODRIGUES, F. L. S.; SILVEIRA, I. P.; CAMPOS, A. C. S. - Percepções Maternas sobre o Neonato em Uso de Fototerapia. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 11, nº 1 (mar. 2007), p. 86-91. [Consult. 22 nov. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a12.pdf>>.

SAITO, E.; GUALDA, D. M. R. - A Participação da Família na Perspectiva da Vivência da Dor de Parto. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. Vol. 4, nº 2 (jul/dez., 2002), p. 119-124.

SALEM, I. C. F. [et al.] - Efeitos Adversos do Sufentanil Associado ao Anestésico Local pelas Vias Subaracnóidea e Peridural em Pacientes Submetidas à Analgesia de Parto. *Revista Brasileira de Anestesiologia* [Em linha]. Vol. 57, nº 2 (2007), p. 125-135. [Consult. 24 out. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rba/v57n2/01.pdf>>.

SARTORI, A. L. [et al.] - Estratégias Não Farmacológicas de Alívio à Dor Durante o Trabalho de Parto. *Enfermería Global* [Em linha]. Nº 21 (jan. 2011). [Consult. 12 jun. 2013]. Disponível na Internet:<URL:[http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/24477/3/Estrategias não farmacológicas de alívio à dor durante o trabalho de parto.pdf](http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/24477/3/Estrategias_não_farmacológicas_de_alívio_à_dor_durante_o_trabalho_de_parto.pdf)>. ISSN 1695-6141.

SCHUMACHER, K. L.; MELEIS, A. I. - Transitions: a Central Concept in Nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 26, nº 2 (1994), p. 119-27.

SILVA, A. C. F. C. - *Cuidar do Recém-Nascido - O Enfermeiro como Promotor das Competências Parentais*. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa, 2006. Dissertação de Mestrado.

SILVA, A. P. - Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento na Profissão e da Disciplina. *Servir*. Vol. 55, nº 1-2 (jan-abr. 2007), p. 11-20.

SILVA, D. A. O. [et al.] - Uso e Métodos não Farmacológicos para o Alívio da Dor Durante o Trabalho de Parto Normal: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem da UFPE* [Em linha]. Vol. 7, nº 5 (2013), p. 4161-70. [Consult. 2 mar. 2013]. Disponível na Internet:<URL:http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2582/pdf_2608>. ISSN 1981-8963.

SILVA, S. [et al.] - Paralisia do Plexo Braquial no Recém-Nascido: Experiência de 10 Anos numa Maternidade de Apoio Perinatal Diferenciado. *Acta Pediátrica Portuguesa* [Em linha]. Vol. 41, nº 3 (2010), p. 127-30. [Consult. 15 fev. 2013]. Disponível na Internet:<URL:[http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/21/20101206092655_Casuistica_Silva_S_41\(3\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/21/20101206092655_Casuistica_Silva_S_41(3).pdf)>.

SMITH, C. A. [et al.] - Complementary and Alternative Therapies for Pain Management in Labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Em linha]. Nº 9 (2010). [Consult. 16 mai. 2013]. Disponível na Internet:<URL:<http://yhhiec.org.uk/wp-content/uploads/2012/01/complementary-and-alternative-therapies-in-labour-Cochrane.pdf>>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOCRINOLOGIA, DIABETES E METABOLISMO [et al.] - *Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez* [Em linha]. 2011. [Consult. 21 abr. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros_projectos/201110300002-consensodiabetesgravidez.pdf>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - *Consensos Nacionais em Neonatologia* [Em linha]. Coimbra: Secção de neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004. [Consult. 20 mai. 2013]. Disponível em WWW:<URL:http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004.pdf>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. - Revisão Integrativa: o que é e como fazer. Einstein. [Em linha]. Vol. 8, nº 1 (2010), p. 102-106. [Consult. 22 mar. 2013]. Disponível na

Internet:<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf>.

SPINELLI, M. B. - *Atenção Humanizada à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal*. [Em linha]. Recife: Secretaria de Saúde, 2008. [Consult. 10 jan. 2013]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/455.pdf](http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/455.pdf)>. ISBN 978-85-7856-004-1.

TENDAIS, I.; FIGUEIREDO, B.; MOTA, J. - Actividade Física e Qualidade de Vida na Gravidez. *Análise Psicológica* [Em linha]. Vol. 25, nº 3 (2007), p. 489-501. [Consult. 30 mai. 2013]. Disponível na

Internet:<[URL:http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/116/1/AP25%283%29489-501.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/116/1/AP25%283%29489-501.pdf)>. ISSN 0870-8231.

WALDESTROM, U. - Experience of Labor and Birth in 1111 Women. *Journal of Psychosomatic Research*. [Em linha]. Vol. 47, Nº 5 (1999), p. 471-482. [Consult. 16 dez. 2013]. Disponível na

Internet:<[URL:http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399999000434?via=ihub](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399999000434?via=ihub)>.

WOJTYŁA, A. [et al.] - Physical Activity Among Women at Reproductive Age and During Pregnancy (Youth Behavioural Polish Survey - YBPS and Pregnancy-related Assessment Monitoring Survey - PrAMS) - Epidemiological Population Studies in Poland During the Period 2010-2011. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. Vol. 18, nº 2 (dec. 2011), p. 365-74.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals* [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2009. [Consult. 30 dez. 2012]. Disponível em WWW:<[URL:http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf)>. ISBN 978-92-4-159749-4.

ZUPAN, J.; GARNER, P.; OMARI, A. A. A. - Topical Umbilical Cord Care at Birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Em linha]. Nº 4 (2007). [Consult. 16 mai. 2013]. Disponível na

Internet:<[URL:http://apps.who.int/rhl/reviews/CD001057.pdf](http://apps.who.int/rhl/reviews/CD001057.pdf)>.

ANEXOS

ANEXO I
DIRETRIZES PARA HUMANIZAÇÃO DO PARTO
(SEGUNDO A WHO)

6. CLASSIFICATION OF PRACTICES IN NORMAL BIRTH

This chapter classifies the practices common in the conduct of normal childbirth into four categories, dependent on their usefulness, effectiveness and harmfulness. The classification reflects the views of the Technical Working Group on Normal Birth. Arguments for this classification are not given here; the reader is referred to the preceding chapters, which are the outcome of the reflection and debates of the Working Group, based on the best currently available evidence (numbers of chapters between brackets).

CATEGORY A:

6.1. Practices which are Demonstrably Useful and Should be Encouraged

1. A personal plan determining where and by whom birth will be attended, made with the woman during pregnancy and made known to her husband/partner and, if applicable, to the family (1.3).
2. Risk assessment of pregnancy during prenatal care, reevaluated at each contact with the health system and at the time of the first contact with the caregiver during labour, and throughout labour (1.3).
3. Monitoring the woman's physical and emotional well-being throughout labour and delivery, and at the conclusion of the birth process (2.1).
4. Offering oral fluids during labour and delivery (2.3).
5. Respecting women's informed choice of place of birth (2.4).
6. Providing care in labour and delivery at the most peripheral level where birth is feasible and safe and where the woman feels safe and confident (2.4, 2.5).
7. Respecting the right of women to privacy in the birthing place (2.5).
8. Empathic support by caregivers during labour and birth (2.5).
9. Respecting women's choice of companions during labour and birth (2.5).
10. Giving women as much information and explanation as they desire (2.5).
11. Non-invasive, non-pharmacological methods of pain relief during labour, such as massage and relaxation techniques (2.6).
12. Fetal monitoring with intermittent auscultation (2.7).
13. Single use of disposable materials and appropriate decontamination of reusable materials throughout labour and delivery (2.8).
14. Use of gloves in vaginal examination, during delivery of the baby and in handling the placenta (2.8).
15. Freedom in position and movement throughout labour (3.2).
16. Encouragement of non-supine position in labour (3.2, 4.6).

17. Careful monitoring of the progress of labour, for instance by the use of the WHO partograph (3.4).
18. Prophylactic oxytocin in the third stage of labour in women with a risk of postpartum haemorrhage, or endangered by even a small amount of blood loss (5.2, 5.4).
19. Sterility in the cutting of the cord (5.6).
20. Prevention of hypothermia of the baby (5.6).
21. Early skin-to-skin contact between mother and child and support of the initiation of breast-feeding within 1 hour postpartum in accordance with the WHO guidelines on breast-feeding (5.6).
22. Routine examination of the placenta and the membranes (5.7).

CATEGORY B:

6.2. Practices which are Clearly Harmful or Ineffective and Should be Eliminated

1. Routine use of enema (2.2).
2. Routine use of pubic shaving (2.2).
3. Routine intravenous infusion in labour (2.3).
4. Routine prophylactic insertion of intravenous cannula (2.3).
5. Routine use of the supine position during labour (3.2, 4.6).
6. Rectal examination (3.3).
7. Use of X-ray pelvimetry (3.4).
8. Administration of oxytocics at any time before delivery in such a way that their effect cannot be controlled (3.5).
9. Routine use of lithotomy position with or without stirrups during labour (4.6).
10. Sustained, directed bearing down efforts (Valsalva manoeuvre) during the second stage of labour (4.4).
11. Massaging and stretching the perineum during the second stage of labour (4.7).
12. Use of oral tablets of ergometrine in the third stage of labour to prevent or control haemorrhage (5.2, 5.4).
13. Routine use of parenteral ergometrine in the third stage of labour (5.2).
14. Routine lavage of the uterus after delivery (5.7).
15. Routine revision (manual exploration) of the uterus after delivery (5.7).

CATEGORY C:

6.3. Practices for which Insufficient Evidence Exists to Support a Clear Recommendation and which Should be Used with Caution while Further Research Clarifies the Issue

1. Non-pharmacological methods of pain relief during labour, such as herbs, immersion in water and nerve stimulation (2.6).
2. Routine early amniotomy in the first stage of labour (3.5).
3. Fundal pressure during labour (4.4).
4. Manoeuvres related to protecting the perineum and the management of the fetal head at the moment of birth (4.7).
5. Active manipulation of the fetus at the moment of birth (4.7).
6. Routine oxytocin, controlled cord traction, or combination of the two during the third stage of labour (5.2, 5.3, 5.4).
7. Early clamping of the umbilical cord (5.5).
8. Nipple stimulation to increase uterine contractions during the third stage of labour (5.6).

CATEGORY D:

6.4. Practices which are Frequently Used Inappropriately

1. Restriction of food and fluids during labour (2.3).
2. Pain control by systemic agents (2.6).
3. Pain control by epidural analgesia (2.6).
4. Electronic fetal monitoring (2.7).
5. Wearing masks and sterile gowns during labour attendance (2.8).
6. Repeated or frequent vaginal examinations especially by more than one caregiver (3.3).
7. Oxytocin augmentation (3.5).
8. Routinely moving the labouring woman to a different room at the onset of the second stage (4.2).
9. Bladder catheterization (4.3).
10. Encouraging the woman to push when full dilatation or nearly full dilatation of the cervix has been diagnosed, before the woman feels the urge to bear down herself (4.3).
11. Rigid adherence to a stipulated duration of the second stage of labour, such as 1 hour, if maternal and fetal conditions are good and if there is progress of labour (4.5).
12. Operative delivery (4.5).
13. Liberal or routine use of episiotomy (4.7).
14. Manual exploration of the uterus after delivery (5.7).

ANEXO II
PROCEDIMIENTO DE PERINEORRAFIA LECCIONADO DURANTE O
MESMO/CPLEESMO NA ESEP.

Escola Superior de Enfermagem do Porto

1º Ano MESMO - 2011/2012

Unidade Curricular: Trabalho de parto e auto cuidado no pós-parto

Intervenção: Suturar vagina e períneo.

Objectivo: Restaurar integridade dos tecidos envolvidos.

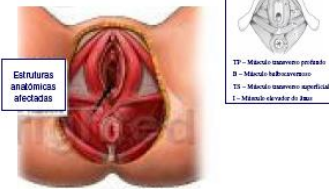
Episiorrafia: É a reparação da incisão cirúrgica da fenda vulvar (Rezende, 2005);

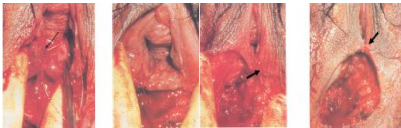
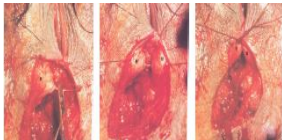
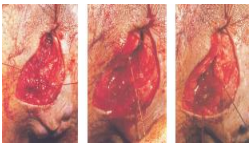
Perineorrafia: É a reconstituição da laceração perineal (traumática ou cirúrgica) (Rezende, 2005);

Considerações Iniciais:

- Informar puérpera sobre procedimento;
- Garantir o conforto da puérpera;
- Garantir a privacidade da puérpera;
- Assegurar medidas de controlo de infeção.

PROCEDIMENTO	
Actividade	Justificação
• Reunir material: - 1 porta-agulhas, 1 pinça de disseção simples e 1 tesoura pontas redondas; - seringa de 10cc, 1 agulha IV e 1 agulha IM; - anestésico local (se não existir analgesia epidural); - compressas esterilizadas; - luvas esterilizadas, bata esterilizada, avental, máscara, barrete e cobre sapatos; - trouxa de sutura (2 campos de protecção e perneiras); - fio de sutura - “<i>vicryl rapide</i>” (poliglactina 910 2/0); - resguardo(s) de protecção; - clorexidine ou cetrimide.	Assegurar a realização do procedimento com técnica assética cirúrgica

	
• Posicionar a puérpera e assegurar que a zona está adequadamente iluminada (posicionar correctamente o foco de luz) de modo a otimizar a visualização da ferida	Assegurar que existe uma adequada visualização das estruturas da ferida afetadas
• Lavar o períneo com a solução anti-séptica	Evita e reduz a transmissão de microorganismos contribuindo para a diminuição da infeção nosocomial. Evita e reduz a transmissão de microorganismos contribuindo para a diminuição da infeção nosocomial.
• Preparar o material	
• Colocar a máscara, o barrete, o avental e os cobrir sapatos; • Lavar as mãos; • Vestir a bata esterilizada; • Calçar as luvas esterilizadas. 	
• Dispor os campos esterilizados de protecção	
• Inspeccionar as estruturas envolvidas 	Diagnosticar precocemente possíveis lacerações e alterações da integridade da vagina e do cólo uterino; Assegurar que existe um apropriado alinhamento das estruturas da ferida e sem “espaços mortos”.
• Administrar anestésico local, se necessário (critério de administração: presença de dor) 	
• Colocar tampão vaginal (compressas) 	A colocação do tampão vaginal é opcional- devendo obedecer à regra: ou sempre ou nunca; Tem como vantagens: bloquear a hemorragia uterina para mais fácil se tornar a observação das estruturas a reparar; controlar a perda hemática

	proveniente da própria episiotomia/laceração.
- Reparar a ferida perineal em 3 níveis: - Identificar o “vértice” da ferida na mucosa vaginal;  - Suturar mucosa vaginal;  - Suturar músculos perineais   - Suturar pele 	Iniciar a sutura 0,5-1cm acima do vértice da fenda perineal, no pavimento vaginal posterior, de forma a garantir a segurança/resistência da mesma; Realizar uma sutura contínua da mucosa vaginal, assegurando a oposição ajustada dos bordos, terminando junto do anel himeneal (fúrcula); A aproximação dos músculos é realizada por camadas, 1 ou 2, dependendo da profundidade da ferida. Pode ser realizada sutura contínua ou ponto a ponto. “Espaços mortos” devem ser eliminados ao máximo para diminuir o risco de infecção e/ou deiscência da ferida;
Retirar “tampão” vaginal	
Examinar vagina e períneo	Diagnosticar presença de outras lesões; Diagnosticar correcta correcção das estruturas lesadas.
Palpar útero (verificar contracção do útero no pós-parto)	Diagnosticar a formação do globo de segurança de Pinard.
Avaliar perda sanguínea (verificar presença de coágulos, se presente - remover)	
Lavar zona perineal	

