

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

A POSIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO ANTES DA CLAMPAGEM DO CORDÃO UMBILICAL  
E AS SUAS IMPLICAÇÕES

Relatório de estágio

Sob a orientação da  
Prof. <sup>a</sup> Maria Vitória Barros de Castro Parreira

Jara Mercedes Mateos Ramos

Porto | 2017



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

A POSIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO ANTES DA  
CLAMPAGEM DO CORDÃO UMBILICAL E AS SUAS  
IMPLICAÇÕES.

THE POSITION FOR THE NEWBORN BEFORE CORD  
CLAMPING AND ITS IMPLICATIONS

Relatório de estágio de natureza profissional  
orientado pela Professora Maria Vitória Barros de  
Castro Parreira

Autora: Jara Mercedes Mateos Ramos

Porto, 2017



“The shell must be broken before the bird can fly”

Jennifer Worth

*(The Midwife: A memoir of birth, joy, and hard times)*



## **AGRADECIMENTOS**

A elaboração deste relatório constitui o final de uma etapa inesquecível e decisiva do meu crescimento pessoal e profissional, cuja conclusão só foi possível com a ajuda de algumas pessoas especiais que me seguraram as mãos durante o caminho e a quem não poderia deixar de expressar os meus sinceros “GRACIAS”.

À minha orientadora, a Prof. MariaVitória Parreira, pela sua disponibilidade e colaboração, assim como a competência científica transmitida, o seu encorajamento e suporte são atitudes que nunca vou esquecer e foram cruciais para o sucesso deste percurso.

À Prof. Marinha Carneiro, pela compreensão, disponibilidade e orientação ao longo destes dois anos de percurso.

Às minhas orientadoras de estágio, as Enf. Sofia Morgado, Luísa Salazar e Emília Sousa porque a elas devo parte da profissional que sou hoje. À equipa do Núcleo de Partos do CMIN pelo caloroso acolhimento e paciência, em especial à Enf. Paula Pereira, pela sua luta em cada parto, por me demonstrar que é possível ser excelente em todas as circunstâncias.

À Laura, por ser ajuda e estímulo, por tudo em que te tornaste na minha vida e por ser a melhor companheira nesta longa viagem “matronil”, que mal acaba de começar.

A ti, Alicia, a minha eterna companheira de luta, por todo o teu tempo dedicado para permitir que iniciasse este percurso e por continuares ao meu lado, apesar da distância.

À cidade do Porto, por se converter na minha casa e refúgio, e a todas as grandes pessoas que ela me brindou, por me ter dado tanto em tão pouco tempo. Agora já sei o significado da palavra “saudades”.

À minha família, por acreditar em mim mais do que eu própria, por me fazerem ser quem sou, por toda a força e coragem transmitidas e por nunca duvidar desta minha decisão. Sem eles nada teria sido possível e isto é uma vitória sua também.

Ao Carlo, pelo caminho percorrido, por ver esperança onde nem eu mesma a vi, por fazer dos meus sonhos, os seus sonhos, e lembrar-me que desistir, nunca foi uma opção na minha vida.

E por ultimo, a todas as mulheres/casais e recém-nascidos com os quais me cruzei nesta longa caminhada, ajudar a nascer com tudo o que isso implica, foi um enorme privilégio.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**APPT** – Ameaça parto pré-termo

**BPM** – Batimentos por minuto

**BSG** – Boletim de saúde da grávida

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CMIN** - Centro Materno Infantil do Norte

**CPC** – Clampagem Precoce do Cordão

**CS** – Centro de Saúde

**CTC** – Clampagem Tardia do Cordão

**CTG** – Cardiotocografia

**EEESMO** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**ESEP** - Escola Superior de Enfermagem do Porto

**FAME** – Federación de Asociaciones de Matronas Españolas

**HTA** – Hipertensão arterial

**ICM**– International Confederation of Midwives

**IG** - Idade gestacional

**LA** – Líquido amniótico

**MESMO** – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**MF** – Movimentos fetais

**NE** – Nível de evidência

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PBE** – Prática baseada em evidência

**PPT** - Parto pré-termo

**RCF** - Ruídos cardíacos fetais

**RN** – Recém-nascido

**SCE** – Serviço Cuidados Especiais

**SEGO** – Sociedad Española de Ginecologos y Obstetras

**SU** – Serviço de urgências

**TA**- Tensão arterial

**TP** – Trabalho de parto

**UC** – Unidade Curricular



## RESUMO

O presente relatório pretende descrever e analisar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo do estágio Profissionalizante, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e obstetrícia. Subjacente a este percurso e à sua realização está a exigência do Regulamento de Competências em Cuidados Especializados, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2011) e a International Confederation of Midwives, nas áreas de gravidez com complicações, trabalho de parto e pós-parto. A sua construção privilegia a descrição do processo de conceção de cuidados, a atividade diagnóstica e as respetivas intervenções que suportam o desenvolvimento das suas competências, no âmbito do planeamento de cuidados à mulher / casal, RN e família, que visou a promoção da saúde para a transição de uma parentalidade positiva, de acordo com os objetivos desta Unidade Curricular, Estágio com Relatório, e os objetivos definidos no projeto individual. Deste modo, o relatório tem como objetivo: fazer o relato das intervenções em cuidados especializados também das possíveis experiências vivenciadas. São enfatizadas as áreas e as atividades que ao longo do estágio suscitaram maior envolvimento e reflexão sobre o processo de cuidados especializados a mulheres grávidas com e sem complicações, às parturientes, às puérperas e suas famílias, assim como aos recém-nascidos com e sem fatores de risco. Para além da descrição das atividades inerentes ao desenvolvimento do estágio, como um processo formativo, apresenta-se uma revisão integrativa da literatura sobre uma problemática de interesse, no sentido de problematizar práticas e formas de agir divergentes, pelos vários profissionais, sobre as posições alternativas do RN, prévias à laqueação do cordão umbilical, cuja questão como eixo estruturante ao estudo foi: Qual é o local e posição ideal para a clampagem do cordão face às implicações para a mãe e Recém Nascido? O objetivo foi comparar os efeitos / implicações das posições alternativas, prévias à laqueação do cordão umbilical, para a mãe e para o RN, com a finalidade de clarificar qual a tomada de decisão para delinear as intervenções mais eficazes com a evidência científica mais atual. Os resultados emergentes do estudo indicam que sempre que seja respeitada a clampagem tardia, colocar o Recém-Nascido sobre o peito ou abdómen da mãe não é menos eficaz do que a posição de introito, face às implicações para a mãe e RN. Da análise e reflexão feita sobre o seu percurso formativo, conclui que os objetivos foram atingidos, uma vez que para além de se ter atingido todas as competências, preconizadas pelos objetivos do curso e pela Ordem dos enfermeiros, este permitiu-nos um crescimento profissional e pessoal muito gratificante.

Palavras chave: competências, enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, revisão integrativa literatura, posição do RN, clampagem cordão umbilical.



## **ABSTRACT**

Title: The position for the newborn before cord clamping and its implications.

Within the degree of Master in Maternal Health Nursing and Midwifery, this report aims to describe and analyse the process of acquisition and development of competences throughout the internship. Underlying this course and its accomplishment is the requirement of the Regulation of Skills in Specialized Care, recommended by the Order of Nurses (2011) and the International Confederation of Midwives, in the areas of high risk pregnancy, labor and postpartum. Its construction privileges the description of the process of conception of care, the diagnostic activity and the respective interventions that support the development of its competences, in the scope of the care planning for the woman/couple, NB and family, that aimed the promotion of health for a positive parenting transition, in accordance with the objectives of this Curricular Unit, Internship with Report, and the objectives defined in the individual project. In this way, the report aims to: report of interventions in specialized care and also of possible experiences. Thus, the areas and activities that have led to greater involvement and reflection on the process of specialized care for pregnant women with and without complications, parturients, puerperal women and their families, as well as newborns with and without risk factors, are emphasized.

In addition to the description of the activities inherent to the development of the internship, as a formative process, an integrative review of the literature on a problematic of interest is presented, in the sense of problematizing practices and divergent ways of acting, by the professionals, on alternative positions of the RN, prior to the umbilical cord clamping. The question as a structuring axis to the study was: What is the ideal location and position for cord clamping facing the implications for the mother and newborn? The objective was to compare the effects/implications of the alternative positions, prior to umbilical cord clamping, for the mother and the newborn, in order to clarify the decision making to delineate the most effective interventions with the most current scientific evidence. The emerging results of the study indicate that, always cord clamping is respected, placing the newborn on the chest or abdomen of the mother is no less effective than the introitus position, considering the implications for the mother and the newborn. From the analysis and reflection made on our formative course, we conclude that the objectives have been achieved. Because in addition to achieving all the competencies advocated by the objectives of the course and the Order of Nurses, it has provided us with a very rewarding professional and personal growth.

Keywords: skills, midwife, integrative literature review, umbilical cord clamping, newborn position.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	19
1. O PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO: UMA SÍNTESE .....	23
2. A GRÁVIDA E A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES: UMA PARTILHA DE CUIDADOS EXPERIENCIADA COM O CASAL .....	27
3. ACOMPANHAMENTO DO CASAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO .....	45
3.1. A posição do recém-nascido antes da clampagem do cordão umbilical e as suas implicações. ....	68
3.1.1. Introdução ao problema em estudo .....	69
3.1.2. Opção metodológica .....	71
3.1.3. Apresentação dos resultados .....	73
3.1.4. Discussão dos resultados .....	74
3.1.5. Conclusão .....	78
4. O PÓS-PARTO: AJUDAR A LIDAR COM O CONFRONTO ENTRE O IMAGINÁRIO E A REALIDADE .....	83
5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE .....	103
6. CONCLUSÃO .....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	111
ANEXO I - ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS .....	128



## **ÍNDICE DE FIGURAS**

FIGURA 1: Posições do RN para a clampagem do cordão umbilical.....	74
FIGURA 2: Grávidas cuidadas ao longo do estágio.....	105
FIGURA 3: Número de partos executados e participados.....	105
FIGURA 4: Puérperas e RN cuidados ao longo do estágio.....	106

## **ÍNDICE DE QUADROS**

QUADRO 1: Possíveis causas da restrição do crescimento intrauterino.....	37
QUADRO 2: Vantagens e desvantagens das distintas posições durante o 2º período do TP.....	63
QUADRO 3: Definição da pergunta segundo o esquema PICO.....	72



## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio de natureza profissional, realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende fundamentar e espelhar o seu percurso de aprendizagem, evidenciando as competências adquiridas e desenvolvidas, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela International Confederation of Midwives (IMC), dando especial enfoque ao tema: A posição do recém-nascido antes da clampagem do cordão umbilical e as suas implicações. A finalidade da Unidade Curricular (UC) Estágio com relatório é a aquisição e o desenvolvimento de competências para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (ESMO).

Este estágio profissionalizante constitui uma das UC do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da ESEP e foi realizado no Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), no período entre outubro de 2016 e julho de 2017, e em diferentes unidades de cuidados: no serviço de Gravidez de Risco (100 horas); no Núcleo de Partos (500 horas) e no serviço de Puerpério (300 horas); sob uma carga horária total de (900 horas) que permitiram a aquisição das competências requeridas. Tivemos ainda 75 horas de orientação tutorial, que fazem parte integrante da UC para a construção do relatório de estágio, nas quais foi possível discutir, partilhar e analisar, com a orientadora, aspetos inerentes ao desenvolvimento de competências, bem como problematizar as práticas no contexto clínico, de uma forma crítica e construtiva com suporte na evidência científica.

Neste sentido, este percurso formativo foi desenvolvido de acordo com os objetivos do regulamento do 2º ciclo de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEP, no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, para o exercício profissional como ESMO, previsto nos termos da Lei n.º 9/2009 de 4 de março, que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 2005/36/EC do Parlamento e do Conselho de 7 de setembro. Foi, ainda, sustentado não só pelas leis que regem a profissão de enfermeiro, como pelos regulamentos definidos pela OE, n.º 122/2011 e n.º 127/2011, ambos publicados na 2ª Série do Diário da República n.º 35, de 18 de fevereiro de 2011 e pelas diretrizes da ICM, que definem, respetivamente, as competências comuns do enfermeiro especialista, do EESMO e da Parteira, nas áreas de gravidez com complicações, trabalho de parto e pós-parto:

-Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, pós-natal e durante o trabalho de parto (TP) e parto e ainda, o recém-nascido (RN) até ao 28º dia de vida.

- Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

No que concerne às competências - Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; cuidar do grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade; Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério, tivemos oportunidade de desenvolver estas competências na Unidade Curricular de estágio de vigilância da gravidez e preparação para a parentalidade, realizada no 1º ano , de acordo com a estrutura curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEP.

Ao longo deste percurso formativo foi também realizada uma revisão integrativa da literatura tendo como objeto de estudo: “O local e a posição do recém-nascido antes da clampagem do cordão umbilical e as suas implicações”, tendo como questão orientadora a questão PICO: “Qual o local e posição ideal para a clampagem do cordão face às implicações para a mãe e RN?”, cujo objetivo foi comparar os efeitos/implicações das posições alternativas, prévias à laqueação do cordão umbilical, para a mãe e para o RN.

O interesse pelo objeto em estudo emergiu durante a passagem pelo Núcleo de Partos, como estagiária, pelo facto de observar atitudes e tomadas de decisão díspares, por parte dos profissionais, médicos e enfermeiros, em relação à posição do RN antes da laqueação do cordão umbilical. Pela literatura crítica foi constatado que a clampagem do cordão é uma área pouco explorada, mas com um impacto e potencial enorme para a saúde dos RNs. Assim, pretendeu-se comparar os efeitos das posições alternativas prévias à laqueação do cordão umbilical, para o RN e para a mãe, no sentido de clarificar qual a tomada de decisão para delinear as intervenções mais eficazes, com a evidência científica mais atual.

No sentido de dar resposta aos objetivos delineados e facilitar a leitura das atividades desenvolvidas, que contribuíram para o processo de aquisição de competências, o presente relatório encontra-se estruturado em seis capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o projeto de estágio individual, contextualizado no âmbito dos objetivos de estágio bem como as estratégias utilizadas para a concretização deste estágio profissionalizante. Os capítulos segundo, terceiro e quarto, descrevem as atividades desenvolvidas durante o estágio nas três áreas primordiais de atuação: gravidez com complicações; Trabalho de parto e puerpério;

incluindo a articulação e a interligação com as diversas equipas multidisciplinares, nomeadamente, a integração na equipa, o conhecimento da dinâmica e estrutura da organização e protocolos existentes. No terceiro capítulo é ainda apresentada a construção e os resultados da revisão crítica da literatura sobre a posição do RN para a clampagem do cordão umbilical, bem como as suas implicações para a mãe e RN. A metodologia utilizada recorreu à PBE, pela relevância que esta assume para a mobilização dos saberes específicos e para a implementação e suporte às práticas.

No quinto capítulo insere-se a análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio, e no sexto e último capítulo, é feita uma apreciação geral sobre o percurso realizado, bem como o contributo deste percurso formativo para a aquisição de competências profissionais e desenvolvimento pessoal.

Em suma, este relatório descreve as intervenções implementadas para a aquisição das competências, uma análise reflexiva sobre os resultados obtidos suportada na evidência científica atual, através de uma vasta pesquisa bibliográfica, feita com recurso à base de dados The Cochrane Library e às bases de dados existentes na plataforma EBSCO host da Escola Superior de Enfermagem do Porto.



## 1. O PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO: UMA SÍNTESE

A unidade curricular Estágio gravidez, trabalho de parto e pós-parto, integrada no segundo ano do curso de MESMO, é um estágio profissionalizante e como tal, cumpre o propósito de proporcionar ao estudante um processo de aquisição e desenvolvimento de competências aplicadas à área da saúde materna e obstetrícia, de acordo com o preconizado pelo Regulamento Nº 127/2011, publicado no Diário da Republica (2011). Decorreu ao longo de 34 semanas, no Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), em três serviços diferentes que correspondem aos três módulos de estágio, a saber: na Unidade de Gravidez com Complicações, no Bloco de Partos e na Unidade de Puerpério; sempre sob a orientação de uma enfermeira especialista em Saúde Materna e obstétrica (ESMO) como tutora, respetivamente; a Enf. Luisa Salazar, a Enf. Emilia Sousa e a Enf. Paula Pereira.

O plano inicial de estágio consistiu em delinear metas visando a finalização do mesmo. Por conseguinte, foram definidos os objetivos pessoais a partir dos objetivos norteadores da UC, de modo a adequar e melhorar o desenvolvimento das atividades, tendo em vista a obtenção de resultados favoráveis.

Perante esses objetivos foram apresentadas as atividades a desenvolver, não só de modo a sistematizar as habilidades, as competências e as estratégias para delinear as intervenções, assim como as competências a desenvolver neste processo, consideradas fundamentais de acordo com as exigências do plano de estudos, e, em particular, de cada área. Sentiu, também, a necessidade de fazer uma reflexão sobre as qualidades pessoais necessárias, no sentido de assumir este projeto com responsabilidade e profissionalismo, para lidar com a expectativa de um desempenho satisfatório nos cuidados de saúde especializados e, sobretudo, para capacitar o casal para uma transição saudável rumo à promoção de uma parentalidade positiva.

Pelo exposto, foi fundamental considerar no nosso projeto os objetivos que determinam as diretrizes para a obtenção do título de EESMO e para o exercício da atividade profissional:

- Demonstrar competências no domínio da investigação científica;
- Problematizar as práticas e os processos de cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia com base numa PBE;

- Demonstrar competências no âmbito da descrição dos focos de atenção mais frequentes e no planeamento de cuidados à mulher / casal nas diferentes áreas de atuação do EESMO respeitando as diferenças culturais;
- Desenvolver práticas emancipatórias para a vivência da gravidez e o exercício do papel parental;
- Refletir sobre os cuidados de enfermagem especializados prestados à mulher em situação de gravidez com complicações, TP, parto e de puerpério com base na evidência científica mais atual;
- Desenvolver competências nos domínios da prática profissional ética e legal.

A desocultação dos significados e a apropriação dos conceitos fundamentais que suportaram o percurso formativo do estágio, foi uma estratégia que se revelou de extrema importância para prosseguir. Segundo Sveiby (1998), a competência é a capacidade de identificar nas informações as formas e regras de ação com a segurança de um especialista, possibilitando transformar, readaptar e inovar as ações.

Neste sentido, as competências do EEESMO foram o ponto principal de partida para a prática reflexiva ao longo do estágio. Pois, o Regulamento de competências do enfermeiro especialista defende que os enfermeiros ESMO possuem um conjunto de competências clínicas inerentes à sua área de formação, e um conjunto de competências comuns à enfermagem. Define-as como “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. As competências específicas são aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”

O estágio profissionalizante foi o pilar que suportou todo o processo, exposto nos capítulos seguintes, permitindo o contacto com a prática clínica e a mobilização de diferentes conhecimentos com base na evidência científica. Permitiu, também, vivenciar diversas experiências de crescimento a nível profissional e pessoal. Pois, se por um lado ofereceu a possibilidade de prestar cuidados especializados durante o processo de maternidade e parentalidade, por outro, brindou com a oportunidade de acompanhar a mulher/casal em alguns dos momentos mais importantes da sua vida. Da mesma forma, permitiu partilhar as experiências vivenciadas com as enfermeiras orientadoras e com os diferentes elementos da

equipa multidisciplinar, sob um clima acolhedor e favorecedor da aprendizagem e que ofereceu uma oportunidade fundamental para o nosso crescimento como futura EEESMO.

Nas páginas seguintes, procura-se contextualizar e enfatizar os conhecimentos e a teoria mobilizada durante o estágio e todas as experiências vividas durante a prática clínica. A aquisição e desenvolvimento de Competências Especializadas são relatadas e refletidas nas atividades desenvolvidas, para mobilizar e consolidar as aptidões técnico científicas na prestação de Cuidados Especializados à mulher/família no trabalho de parto, e cuidados Especializados ao RN, organizadas sob três capítulos intitulados: A grávida e a gravidez com complicações: uma partilha de cuidados experienciada com o casal; Acompanhamento do casal no trabalho de parto e parto; O pós-parto: ajudar a lidar com o confronto entre o imaginário e a realidade.



## **2. A GRÁVIDA E A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES: UMA PARTILHA DE CUIDADOS EXPERIENCIADA COM O CASAL**

Este módulo do estágio, titulado “Gravidez com complicações”, decorreu ao longo de quatro semanas, e surge com o objetivo de adquirir competências que permitam “assistir a mulher a vivenciar os processos de saúde/doença durante o período pré-natal” (OE, 2010).

A abordagem e a descrição que pretendemos fazer da experiência partilhada e vivenciada neste período de estágio, coloca-nos desde já, alguma interrogação sobre a capacidade de transpor para a escrita toda a dinâmica, as interrogações, as surpresas, os sentimentos positivos e negativos vivenciados, bem como todo o processo de cuidados, que pretendeu minimizar os sentimentos negativos associados a uma gravidez com complicações. Pois, se por um lado este é um período de “estado de graça”, o sobressalto que provoca uma complicação na gravidez no projeto de maternidade, implicou uma atenção redobrada no sentido de ajudar o casal a promover a esperança, e a acreditar que seriam capazes de mobilizar os seus recursos internos para ultrapassar as dificuldades inerentes ao estado e ou à complicação, que na maioria das grávidas verbalizavam com receio e apreensão ao enfrentar uma gravidez de alto risco. Sabe-se que existe um comprometimento do projeto de maternidade, que dificulta a estes casais a vivência desta situação de uma forma saudável, visto que as representações da gravidez assentam num processo biologicamente natural, com diversos significados e que quer para a mulher quer para o casal, é um processo que se desenvolve de acordo com o contexto social e cultural, o que influencia e determina os seus comportamentos, assim como a evolução da mesma.

Assim, o caminho trilhado neste período de estágio, implicou uma busca sistemática de evidências científicas e exigiu o recurso a uma recontextualização dos conhecimentos, de uma forma permanente. Os conhecimentos teóricos que trazíamos da teoria, não desvaneceram, mas antes, impulsionaram para uma consciência crítica de que para a maioria dos casais, a gravidez representa um dos eventos mais importantes na sua vida, dado que a sociedade e a cultura lhe têm dado um valor especial, estabelecendo o que é esperado desta etapa e como eles devem ser e se devem comportar para ser bons pais. É neste contexto que emerge uma grande carga de expectativas relacionadas com uma vivência do risco e da incerteza inevitável.

A gravidez representa, assim, uma experiência ímpar na vida de uma mulher/casal podendo, contudo, desencadear sentimentos de vulnerabilidade emocional e ambivalência e até alterações no bem-estar materno e/ou do casal (Machado, 2010 e Guerra, 2014). Enquanto muitas mulheres é com agrado que integram estas mudanças nas suas vidas como a experiência da gravidez ou o “adicionar” um novo membro à família, também há algumas que não partilham estes sentimentos. Isto é mais provável de acontecer perante um diagnóstico de gravidez de risco. Montenegro e colaboradores (2014) definem gravidez de risco como aquela em que a incidência de desfechos adversos para a mãe e/ou feto é superior à da população geral. Este diagnóstico é por si só causador de ansiedade e medo e a situação de internamento à que estão submetidas é geradora de stress adicional, pois estas mulheres sentem-se incapazes de realizar as tarefas que normalmente realizavam, aumentando a insatisfação pelo momento que estão a viver. Esta situação não é de todo desinserida de um contexto gerador de alguma preocupação, pois apesar das preocupações e ações inerentes à prevenção de complicações da gravidez, a literatura revela que em cada ano, cerca de 20 milhões de mulheres em todo o mundo são afetadas por complicações de uma gravidez e 270.000 morrem devido a estas (OMS, 2009 e Debas, 2015). Neste sentido, concordamos com Cunha e colaboradores (2009) ao referir que as altas taxas de morbimortalidade materna ainda permanecem como um desafio a vencer, e a atenção qualificada no pré-natal pode contribuir significativamente para a redução dessas taxas e promover uma maternidade segura. Entendemos que é neste contexto onde o EESMO pode ser um pilar fundamental no acompanhamento individualizado da mulher e da família e no suporte e coordenação com a restante equipa de saúde, sobretudo se for identificada alguma complicação no decurso da gravidez (Graça, 2010).

Lidar com situações de “gravidez com complicações” no contexto do estágio, fez com que, tivéssemos vivenciado a experiência de cuidar a mulher e o casal, que implicou fazer uma colheita de dados de forma a identificar os focos de atenção de enfermagem; estabelecer um plano de cuidados real e adaptado às necessidades individuais; considerando a esfera sociocultural e familiar de cada mulher e casal e, ainda, monitorizar o bem-estar materno-fetal para agir de forma a prevenir complicações (Baston e Hall, 2009).

Assim, expomos as atividades planeadas/desenvolvidas durante o estágio no SCE que tiveram como objetivo principal a aquisição de competências específicas necessárias à implementação de cuidados especializados à mulher grávida com patologia associada à gravidez preconizadas pela Ordem Dos Enfermeiros (2010) tais como: Diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal; Informar e orientar a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco; Monitorização e avaliação da

saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados; Identificação e monitorização de desvios ao padrão de adaptação à gravidez, tendo referenciado as situações que identificamos como estando para além da nossa área de atuação e facilitar a adaptação ao período pré-natal, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante.

Neste contexto, procuramos fazer uma articulação entre a formação teórica, a prática baseada na evidência, a experiência acumulada ao longo do tempo e as necessidades identificadas, em cada nível, de acordo com as orientações emanadas da International Confederation of Midwives (ICM) para a realização de uma prática segura. Da mesma forma, prosseguimos sob a orientação da ICM ao considerar essencial a promoção do respeito, a confiança e a comunicação efetiva, entre todos os profissionais de saúde, para obter cuidados de saúde materna de qualidade e disponíveis a todas as mulheres, pelo que a colaboração com os outros profissionais de saúde esteve presente, em todo momento, e sempre focalizada nas necessidades da mulher nos diferentes cenários de cuidados. Isto foi facilitado graças à estrutura do serviço de Cuidados Especiais (SCE) que é dividido em duas áreas de atenção: lado direito corresponde ao internamento de vigilância materno-fetal e o lado esquerdo ao internamento de cirurgia ginecológica, desta maneira tivemos também a oportunidade de experienciar os cuidados no pós-operatório de histerectomias, mastectomias, etc.

A admissão da grávida no SCE acontecia frequentemente com prévio aviso telefónico do serviço de urgência (SU) que fornece informação básica sobre a grávida, como a proveniência, a idade gestacional e a causa do internamento. O acolhimento foi realizado recebendo a utente/casal, ouvidas as suas queixas e dando-lhe oportunidade para que as suas preocupações fossem reveladas, para poder dar resposta às necessidades de saúde, conforme a sua cultura para fazer o diagnóstico e delinear as intervenções, tal como referem Mendonça e colaboradores (2011).

Assim, aquando da entrada na unidade, acompanhávamos a utente ao respetivo quarto e era feita a apresentação do espaço físico contemplando a dinâmica do serviço e o horário de visitas, demonstrando sempre segurança, conforto e disponibilidade para satisfazer as dúvidas e necessidades quer da grávida quer do seu acompanhante. Com o objetivo de individualizar os cuidados, era feita uma breve colheita de dados que permitia conhecer melhor o casal, fazer uma avaliação dos sinais vitais e avaliar o estado geral da grávida bem como a auscultação cardíaca do feto visando antecipar situações de maior risco. Também era feita uma observação e inspeção física para identificar possíveis alterações, tal como a presença de edemas que, embora

seja um efeito colateral da gravidez, pode apontar para outras alterações como a hipertensão arterial.

Posteriormente, era efetuada uma leitura atenta e precisa do processo e do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) como instrumento fundamental de registo e transmissão de dados relativos à sua saúde da mulher grávida e do feto (DGS, 2001) para verificar a sua situação clínica, através do peso prévio à gravidez, o grupo sanguíneo e fator Rh, medicação domiciliária, consumo de substâncias nocivas, hábitos de vida, antecedentes pessoais e familiares relevantes.

Nos restantes dias de internamento eram realizadas com periodicidade diária atividades como a avaliação dos sinais vitais da grávida (frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura e frequência respiratória); a avaliação da proteinúria mediante o combur teste, em situações de suspeita de pré-eclâmpsia e, também a monitorização externa do bem-estar fetal.

O bem-estar fetal era avaliado mediante a auscultação cardíaca fetal com o Doppler, quando a gravidez ultrapassa as 11 semanas de gestação, ou com cardiotocógrafo depois das 37 semanas (Ramalho, 2014). Antes de começar, explicávamos à grávida o procedimento e as razões da realização, pois constatamos que a desinformação gerava ansiedade e medo. Com a grávida em posição de decúbito supina, eram realizadas as quatro Manobras de Leopold, para identificar o número de fetos, a apresentação, posição, atitude fetal, o encravamento e foco de auscultação (Montenegro e Rezende, 2014). Após realizarmos estas manobras, antes da realização das primeiras cardiotocografias a interpretação dos achados, foi uma das maiores dificuldades sentidas. Embora tivessem sido treinadas no modelo, nas aulas teórico-práticas, verificamos que às vezes no contexto clínico, as estruturas fetais eram palpáveis, mas de um modo mais discreto. Todavia, com o empenho e o treino diário da nossa parte, aliada à orientação por parte da nossa enfermeira tutora, esta dificuldade sentida foi ultrapassada.

Uma vez identificado o foco de auscultação, colocávamos os transdutores no abdómen: o tocotransdutor (contrações uterinas) no fundo do útero e o transdutor de ultrassons (frequência cardíaca) no foco fetal. Sabe-se que a posição supina pode levar à compressão da aorta e da veia cava pelo peso do útero gravídico afetando a perfusão da placenta e, portanto, a oxigenação fetal. Por essa razão, a posição supina foi evitada, recomendando o decúbito lateral esquerdo (Nardin, 2007; Porto et al, 2010).

A interpretação do registo cardiotocográfico era feita de forma intermitente e o procedimento demorava no mínimo 20 a 40 minutos, podendo prolongar-se sempre que justificado (por exemplo, se traçado suspeito). Para classificar o traçado baseamo-nos na frequência cardíaca basal do feto, a variabilidade e a reatividade fetal e o aparecimento de desacelerações. Não obstante, estes aspetos eram relacionados com outros como o carácter do

feto, os efeitos dos estímulos externos e a situação clínica de cada grávida, para descobrir precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar problemas reais.

Durante o procedimento também orientamos a grávida para o registo dos movimentos fetais através de um dispositivo acionado por ela quando se percebesse dos mesmos. Embora a monitorização fetal pré-parto não tenha demonstrado um benefício claro, é bem conhecida a associação da diminuição dos movimentos fetais com resultados obstétricos pouco desejáveis (Dutton et al., 2012). Neste sentido, não há um valor clínico estabelecido do número absoluto de movimentos fetais, exceto quando cessam inteiramente durante 12 horas (sinal de alarme); todavia, menos de dez movimentos fetais num espaço de duas horas, justificam a avaliação adicional (ANZSA, 2010). Por isso, numa situação de diminuição dos movimentos fetais, realizávamos um CTG mesmo não estando prescrito uma vez que é um método de avaliação do bem-estar fetal com competência autónoma do EEESMO (CE, 2010).

A partir desta informação eram identificados os focos de enfermagem, elaborados os diagnósticos e implementadas intervenções recorrendo à linguagem CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem) através dos sistemas informáticos, o que garantiu uma prática documentada e padronizada, nomeadamente no que concerne aos registos. Um dos focos frequentemente identificados durante o acolhimento foi a ansiedade, definida pela CIPE (2017) como emoção negativa que causa sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. Estamos de acordo com Oliveira et al. (2011) em que independente das circunstâncias, o medo de ter um RN com alguma deficiência é comum a todas as mulheres, mas nestes casos, a palavra “risco” as atemoriza e é apreendido como algo muito grave e complexo, sobre o qual normalmente não têm controle. Estas sensações são confusas e divergentes pois se combinam a alegria da percepção do filho crescer dia a dia e a angústia resultante das restrições impostas pela sua condição.

Um estudo randomizado realizado em 2013 por Miquelutti et al., revelou o impacto adverso da ansiedade materna durante a gravidez na saúde materno-fetal, nomeadamente a ocorrência de parto pré-termo, sofrimento fetal e o nascimento de RN com baixo peso à nascença. Neste sentido, centramos os nossos esforços no sentido de minimizar os sentimentos de medo e ansiedade, para não complicar o desenvolvimento de uma transição para a parentalidade saudável indo ao encontro das recomendações de Guerra e colaboradores (2014). Assim, implementamos intervenções como a escuta ativa, a informação, o apoio emocional, a promoção da adesão ao regímen terapêutico e o envolvimento da família em todos os casos de internamento ao longo do estágio de forma individualizada a cada grávida e também ao parceiro pois segundo a um estudo realizado por Teixeira (2011) os homens também apresentam taxas

consideráveis de ansiedade e depressão neste período, encontrando-se associada à sua presença na mulher.

Outro foco identificado por nós no acolhimento à grávida de risco era a “aprendizagem”, definida pela CIPE (2017) como o processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência. Face ao diagnóstico de risco, o apoio, a informação e a educação para a saúde de acordo com as suas circunstâncias e necessidades, resultaram ser poderosas ferramentas para promover o bem-estar da grávida, casal e família. A educação para a saúde esteve presente permanentemente ao longo do estágio, pois muitas vezes este internamento surge numa fase em que o casal estaria a frequentar aulas de preparação para a parentalidade. Embora a disponibilidade das mulheres não foi a mesma devido à ansiedade que o internamento provoca, verificou-se que se sentiam realizadas conversando e aprendendo sobre a sua experiência de gravidez, o seu plano de parto e os cuidados ao seu futuro RN. Da mesma forma, sempre que não existir a prescrição de repouso no leito, as grávidas/casais eram incentivadas a assistir às aulas de preparação para a parentalidade oferecidas por enfermeiros ESMO do CMIN.

O contexto de internamento foi, também, um momento ótimo de aprendizagem para a família. Num estudo realizado por Petroni e colaboradores (2012) verificou-se um expressivo envolvimento dos familiares na gestação de risco tanto em termos emocionais como comportamentais, caracterizado por preocupações, ansiedades, manifestações de apoio material e emocional prestado à gestante e a participação deles em diversas atividades relativas à gestação fazendo também parte dos nossos cuidados embora com intensidade diferente.

Nestes dois meses, prestamos cuidados a grávidas com diferentes patologias e complicações obstétricas, sendo as mais frequentemente diagnosticadas: ameaça de parto pré-termo (APPT), rutura prematura das membranas (RPM), restrição de crescimento intra-uterino (RCIU), placenta prévia, hemorragias do 1º e 2º trimestre, doenças hipertensivas, diabetes mellitus gestacional, colestase e pielonefrite. Seguidamente, centrar-nos-emos nos cuidados prestados na APPT e RCIU, por ser as principais causas de internamento no SCE, e por fim far-se-á uma breve abordagem das situações de Colestase Intra-hepática da gravidez por o desconhecimento e as altas taxas de morte fetal que apresenta. Assim, demonstrámos como o nexó entre a formação de base e a procura de princípios científicos sólidos para as práticas permite desenvolver intervenções mais atualizadas, com mais rigor e objetividade, ou seja, uma enfermagem “menos baseada na tradição e mais baseada na evidência” (Nieswiadomy, 2010).

## **Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT)**

A FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) e a OMS definem o parto pré-termo como o que ocorre entre as semanas 22 e 37 da gestação e segundo o NICHHD (National Institute of Child Health and Human Development) (2014) é a causa mais comum de morte infantil em todo o mundo. De acordo com a classificação sugerida por Lumley (2003), podem-se considerar-se três subcategorias de PPT de acordo com a IG: prematuridade extrema (entre 20 a 27 semanas), prematuridade moderada (entre 28 e 31 semanas) e prematuridade leve (entre 32 e 37 semanas).

A APPT é o processo clínico sintomático que, sem tratamento ou quando ele falhar, pode levar a parto prematuro, ou seja, antes de 37 semanas completas de gestação (SEGO, 2007). Apesar da melhoria das condições sociais e de saúde e dos avanços tecnológicos, a OMS (2014) verifica que a sua incidência é cada vez maior, um facto que se tem evidenciado na nossa prática clínica uma vez que, cerca de 35% das grávidas a que prestamos cuidados no SCE foram internadas por esta patologia durante o estágio.

A diferenciação entre estas duas situações nem sempre é fácil (Campos et al, 2008) mas o diagnóstico diferencial é fundamental para estabelecer o prognóstico perinatal e as intervenções convenientes (Graça, 2010). Em situação duvidosa, a avaliação do estado e cumprimento do colo uterino e a deteção de fibronectina fetal nas secreções cervicais têm-se revelado técnicas capazes de aumentar a objetividade do diagnóstico (Campos et al, 2008).

Embora os mecanismos fisiopatológicos que explicam a APPT não sejam exatamente conhecidos, parece ser um processo de etiologia multifatorial. Entre as causas mais comuns que podem desencadeá-lo estão: a RPM que poderá justificar cerca de um terço dos RN pré-termo e as infeções extrauterinas, nomeadamente a pielonefrite, associada a um 10% dos casos (Cabero, 2007).

A sua importância reside no aumento da morbilidade neonatal resultante e da elevada percentagem de sequelas infantis que origina, sobretudo em idades gestacionais muito precoces. De acordo com um estudo de coortes publicado em *The Lancet* em 2013, 40% dos grandes prematuros apresentam problemas cognitivos em diferentes graus, com a idade de 5 anos. Muitos problemas afetam a aprendizagem, a memória a curto prazo e os aspetos sociais e cada vez mais e mais estudos correlacionam prematuridade com TDAH (Marret et al, 2013).

A abordagem clínica da APPT dependeu do estado do colo, da presença de dilatação, da IG, da existência de RPM e do estado materno-fetal. O nosso objetivo foi contribuir para que a gestação decorra o melhor mais possível, promovendo o bem-estar materno e fetal, a esperança

e o ambiente seguro. A monitorização do bem-estar materno e fetal, também fez parte do cumprimento das intervenções resultantes de prescrição, tal como a administração medicamentosa. A nossa ação, neste contexto, foi centrada, sobretudo, em práticas emancipatórias, no sentido de envolver a grávida / casal no seu próprio cuidado, dotando-os de conhecimento sobre os sinais e sintomas de TP, com o propósito de tornar a grávida mais autónoma, face ao controlo da situação, bem como na promoção da adesão ao regime terapêutico. Deste modo, ainda que de uma forma sintetizada, apresentamos:

Ensinar sobre trabalho de parto: sinais e sintomas - As mulheres que ficavam internadas com APPT foram por nós avaliadas sobre a consciencialização da sua condição de saúde, tendo sempre como alvo das nossas intervenções dotar o casal grávido de conhecimento sobre os sinais e sintomas de TP, com o intuito de aumentar o seu controlo face à identificação da situação (Mendonça, 2011).

Neste sentido, as grávidas foram alertadas para contactar o profissional de saúde/EESMO, sempre que sentir contrações com intervalos menores a 10 minutos durante 1 hora, dor tipo cólica na porção inferior do abdómen e perda por via baixa ( vaginal) de líquido ou sangue.

Encorajar repouso (Cod. 10041415) (ICNP, 2015) - Embora a evidência tem demonstrado que pode causar quadros tromboembólicos, atrofia muscular e perda de massa óssea, o repouso no leito continua a ser uma prática corrente durante o internamento por APPT (Lowdermilk e Perry, 2008). Por isso, foi essencial apoiar as grávidas na gestão e adaptação ao repouso no leito, aconselhando-as a adotar preferencialmente o decúbito lateral, para favorecer a oxigenação fetal e a redução da pressão no colo do útero, bem como a realizar exercícios passivos de mobilidade articular, se permitido.

Ainda relativamente ao repouso, antes da alta para o regresso a casa, os nossos esforços centraram-se nos fatores dos seus hábitos de vida que potenciavam o aumento do risco e assim, promover a consciencialização para a necessidade de mudança de comportamentos de risco: como a atividade sexual, as viagens de longa distância, as tarefas domésticas pesadas, permanecer de pé muito tempo, etc.

Realizar e interpretar o registo do cardiotocógrafa - A realização da cardiotocografia foi um dos meios técnicos que nos permitiu vigiar o bem-estar fetal e a tonicidade uterina uma ou três vezes ao dia, dependendo do estado clínico. A maioria das grávidas com APPT internadas, tinham uma IG inferior a 32 semanas e eram tratadas com corticosteroides para a estimulação da maturação pulmonar do feto. Frequentemente, observamos traçados de baixa variabilidade,

sendo uma alteração aceitável pelos mesmos motivos, nomeadamente, a imaturidade do sistema nervoso central e a administração de betametasona à grávida.

Neste sentido, para a sua interpretação, recorreremos à evidencia científica e encontramos autores como Campillos e colaboradores (2011) que consideram que uma elevada percentagem de traçados não reativos obtidos de fetos normais com menos de 28 semanas são devido à imaturidade do sistema nervoso central e não ao status real do feto. Por tal motivo, os nossos esforços centraram-se em estar atentos à existência de desacelerações tardias, que associadas a baixa variabilidade sugerem acidose fetal e a uma dinâmica uterina regular que suponha o início do TP (Campillos et al, 2011).

Administrar medicamento (Corticoterapia) (Cod. 10025444) (ICNP, 2015) - Os glucocorticoides estimulam a maturação pulmonar do feto promovendo a libertação de enzimas que induzem a produção ou libertação de surfactante pulmonar proporcionando benefícios ao RN, nomeadamente segundo a SEGO (2012), que defende que a redução da síndrome de distresse respiratório, hemorragia peri ventricular, enterite necrótica, morte neonatal e a duração do internamento. Antes de ministrar, tivemos o cuidado de dar uma explicação pormenorizada e individualizada ao casal grávido sobre os efeitos terapêuticos e colaterais da própria administração.

A administração de corticoterapia é uma atividade resultante de prescrição médica que, de acordo com a literatura, deve ser realizada entre as 24 e 34 semanas dado que, segundo a evidência científica os benefícios são significativamente menores depois (Steven et. al., 2000). O glucocorticoide mais utilizado no SCE foi a betametasona, administrando uma dose inicial de 12 miligramas por via intramuscular e outra 24 horas depois. A alternativa foi a dexametasona, quatro doses de 6 miligramas, por via intramuscular, com intervalo de 12 horas. Quando a APPT está associada a estados hipertensivos da gravidez, o fármaco de escolha será a hidrocortisona; quatro doses de 500 miligramas por via intramuscular com intervalo de 12 horas (SEGO, 2012).

O efeito máximo é observado entre 24 horas e 7 dias após da última administração, embora também melhora o prognóstico fetal quando o parto ocorre antes de completado o ciclo protocolado (Clode, Jorge e Graça, 2012).

Embora até à data não tenha sido recomendado para repetir o ciclo da maturação pulmonar, a mais recente revisão da SEGO de 2012, recomenda o uso de corticoterapia não superior a um total de seis doses enquanto persistir ou recorrer o diagnóstico de APPT. Existe evidência que a administração de um “ciclo de resgate” (repetição de um ciclo completo passados pelo menos 15 dias após o ciclo inicial nas gestações que mantiveram risco de PPT e que ainda não tinham completado as 34 semanas e 6 dias) não aumenta significativamente o

risco de infecção materna ou fetal, nem está associada a restrição de crescimento fetal ou diminuição do peso ao nascer (Montenegro *et al.*, 2014).

Administrar medicamento (tocolítico) (Cod. 10025444) (ICNP, 2015) - Os fármacos tocolíticos têm como objetivo prevenir o começo do TP pré-termo ou interromper a contractilidade uterina, sendo o seu grande benefício o facto de permitir um alongamento da gestação em até sete dias e, conseqüentemente, permitir a estimulação da maturidade pulmonar fetal por meio da administração de corticóides (Montenegro *et al.*, 2014; RCOG, 2011)

Segundo o mesmo autor, vários medicamentos de diferentes grupos farmacológicos podem ser utilizados para diminuir ou abolir a contractilidade uterina espontânea que ocorra antes do termo da gestação. No SCE, o tocolítico mais frequentemente administrado foi a Nifedipina via oral (antagonista do cálcio). Autores como King *et al.* (2003) e Montenegro *et al.* (2014) justificam a sua eleição como fármaco de 1ª linha pela sua relação custo-benefício e a baixa incidência de efeitos secundários.

Ainda assim, sempre que procedemos á administração de Nifedipina, a TA foi avaliada antes e após, pelo potencial risco de hipotensão materna grave. Pelo mesmo motivo, tivemos o cuidado ao ministrar Sulfato de Magnésio, um fármaco utilizado para a proteção neurológica fetal em mulheres com APPT. Segundo o protocolo do CMIN o uso simultâneo destes dois fármacos pode produzir uma baixa da tensão arterial e bloqueio neuromuscular grave.

### **Restrição do Crescimento Intrauterino (RCIU)**

Cuidar a mulher com esta complicação da gravidez, cujo projeto de maternidade estava comprometido, foi outra das situações que tivemos a experiência de vivenciar. Dada a complexidade da situação e os saberes que implicava mobilizar para prestar cuidados especializados, fomos à procura da evidência científica atual, como garante de um diagnóstico de enfermagem correto e poder delinear as intervenções passíveis de ser as mais eficazes.

Deste modo, os fetos pequenos para idade gestacional (PIG) pertencem a um grupo que tem uma maior morbidade e mortalidade perinatal. Esta associação é principalmente devido a que nestes fetos, o tamanho menor é uma expressão de função placentar inadequada e, portanto, de forma diferenciada são considerados fetos com restrição de crescimento intra-uterino (RCIU), uma condição que ocorre no 6% das gravidezes (Illanes *et al.*, 2014). Fazer uma distinção entre fetos com RCIU e fetos PIG saudáveis é difícil em algumas situações. Nos PIG, o

tamanho menor é constitucional, a função placentar é adequada e, geralmente, têm bom desfecho perinatal (Carputo, 2012). Considera-se que um feto apresenta RCIU quando seu peso é inferior ao que corresponderia para sua idade gestacional, geralmente abaixo do percentil 10, segundo a curva de crescimento intrauterino publicada em 1967 por Battaglia e Lubchenco (Baschat et al, 2012). Gardosi, em 2009, propõe a classificação mais aceita atualmente: de acordo ao grau de severidade e ao momento de início:

- RCIU severo: com peso estimado para IG abaixo do percentil 3. Tem o pior prognóstico.
- RCIU precoce: aparece antes da semana 32 de gestação, muito relacionado com prematuridade, pré-eclâmpsia e alterações placentares.
- RCIU tardio: É a forma mais comum, aparece depois de 32 semanas, também está associado com a prematuridade, pré-eclâmpsia e alterações placentares, mas em menor grau.

Em geral, as causas podem ser divididas em fatores maternos, fetais e placentares apresentados no seguinte quadro:

**QUADRO 1: possíveis causas da restrição do crescimento intrauterino.**

<b>Maternos</b>	<b>Fetais</b>	<b>Placentares</b>
Doenças hipertensivas Doenças auto-imunes Trombofilias Estilo de vida Depressão Desnutrição Fármacos (antineoplásicos, anticonvulsivantes, beta Bloqueadores e esteroides)	Aneuploidias (Trissomia 18 y 21) Malformações (cardíacas, encefálicas e da parede abdominal) Infecção perinatal Prematuridade Gestações múltiplas	Placenta previa Infarto de placenta Vasculite Artéria umbilical única Placenta circunvalada Inserção velamentosa do cordão Tumores placentares

(Fonte: Pimiento e Beltrán, 2015)

A diminuição do crescimento do abdómen materno, que não seja compatível com a idade gestacional, pode ser um dado inicial para a suspeita de RCIU. Neste sentido, apesar de na literatura termos encontrados indicação para a avaliação da altura uterina ser realizada a todas as gestantes após as 24 semanas de gestação, essa não foi um procedimento habitual que tivéssemos realizado. Pois o controlo ecográfico, como prática habitual, suplantava todas essas avaliações por fita métrica. Sabemos que o procedimento consiste no uso de uma fita métrica colocada no bordo superior da sínfise púbica até ao fundo uterino com a grávida posicionada em semi-fowler. Das 20 semanas até às 36 semanas, em média, a medida em cm corresponde à idade gestacional em semanas (+/- 2 cm) (National Collaborating Centre for Women's, 2008).

Podemos, ainda, constatar que a literatura sugeria diferentes tratamentos para a atuação numa gestação com RCIU, mas não encontramos referência a qualquer abordagem

efetiva para estimular o crescimento fetal. Também que no SCE a determinação do diagnóstico e da conduta nesta situação dependem do historial clínico, da avaliação ecográfica do tamanho e o percentil de peso, do traçado cardiotocográfico e dos resultados do doppler arteriovenoso e o perfil biofísico. Apesar de termos consciência de que não é da nossa competência fazer o diagnóstico clínico, mas antes os diagnósticos de enfermagem, como já referimos, sentimos a necessidade de indagar o problema acerca da dimensão clínica para atualizar os conhecimentos e para melhor podermos compreender o problema para delinear as intervenções de forma a serem mais eficazes para a mulher e ou casal grávido.

Seguidamente, apresentamos as intervenções independentes e interdependentes, protocoladas pela instituição nos casos de RCIU, salientando que todos os procedimentos, indicações, benefícios e efeitos adversos foram esclarecidos de forma emancipatória, no sentido do casal perceber o que estava a acontecer, possibilitando a tomada de decisão, a colaboração e a expressão de emoções.

Assim, as nossas intervenções tiveram como objetivo principal a promoção de estilos de vida mais saudáveis e a vigilância materno-fetal com a monitorização com CTG, avaliação de sinais vitais, vigilância conjunta com a equipe médica do perfil biofísico fetal e identificação correta da IG para a possível administração de corticoterapia.

Monitorizar Sinais Vitais (Cod. 10032113) (CIPE, 2017) - Segundo Pimento e colaboradores (2015) as doenças hipertensivas ocorrem em até 30-40% das gestações complicadas por RCIU e a hipertensão crónica complicada com pré-eclâmpsia tem sido associada com um aumento de 4 vezes o risco de fetos PIG. Se a RCIU é identificada próxima do termo (entre 34 e 37 semanas de gestação), numa gestante com pré-eclâmpsia grave, o parto é recomendado (Boulet et al., 2006). Neste contexto, avaliávamos a tensão arterial das grávidas com RCIU, ao menos, uma vez por turno, de acordo com o preconizado pelo protocolo do serviço. Para o procedimento, utilizávamos um tensiómetro eletrónico, com uma braçadeira de dimensões adequadas, solicitando à grávida que adotasse a posição de sentada ou deitada em decúbito lateral esquerdo, com o braço ao nível do coração. Uma sistólica superior a 140 mmHg ou uma diastólica superior a 90 mmHg, verificada em pelo menos duas ocasiões com pelo menos quatro horas de intervalo, constituiu um motivo para comunicar a situação, a outros profissionais, por esta se revelar estar para além das nossas competências, conforme preconiza uma das orientações da OE. Porém, a terapia anti-hipertensiva na grávida não está demonstrado que possa melhorar o crescimento fetal (Carputo, 2012).

Vigiar traçado do cardiotocógrafo - O controle do bem-estar fetal no RCIU tem como objetivo decidir qual é o momento ótimo para finalizar a gestação, que será aquele em que os

riscos de continuar a gravidez deixando o feto num ambiente hostil serão maiores que os riscos da prematuridade (Dias, 2012). No SCE, as grávidas com RCIU tinham a prescrição de fazer CTG uma vez por turno que era avaliado de forma intermitente pelo EESMO e ou o obstetra à procura de desacelerações e perda de variabilidade. Apesar do CTG apresentar traçados não reativos em fases muito iniciais do processo de deterioração do feto com RCIU, a perda da variabilidade precoce ocorre só uns dias antes da descompensação fetal como efeito da acidose sobre o SNC. Para além disso, estádios avançados de compromisso fetal favorecem o aparecimento de desacelerações no registo (Hesher et al, 2001). Segundo Dias (2012) a CTG tem capacidade para detetar fetos doentes em cerca de 90% dos casos, porém com uma especificidade muito baixa (cerca de 40%), devendo assim complementar-se com a informação do perfil biofísico.

Ensinar sobre cessação tabágica (Cod. 10038647) (ICNP, 2015) - O consumo de tabaco, álcool y drogas como a cocaína, tem sido associado a RCIU (Pimento, 2015). No SCE advertimos casos de grávidas fumadoras com RCIU, nestas situações, a necessidade de informar e educar a grávida e família sobre os riscos da nicotina para o feto torna-se imprescindível. Segundo os autores Lowdermilk e Lewis (2008), a nicotina inibe o crescimento fetal, altera a função pulmonar (reduz a produção do surfactante), aumenta o risco de pneumonias, bronquites, otites, síndrome da morte súbita infantil e asma.

Atualmente, em Portugal são seguidas as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o desenvolvimento do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Assim, os nossos cuidados basearam-se na educação para a saúde, implementando intervenções como aumentar conhecimento sobre os efeitos nocivos da nicotina para o feto e o ensino de estratégias de enfrentamento da vontade de fumar nomeadamente, adiar, respirar fundo, beber água, mudar de tarefa e evitar estar perto de pessoas que estejam a fumar. Para facilitar a assimilação da informação, utilizamos como recurso, o folheto “Gravidez e Tabaco” onde podemos encontrar um resumo dos pontos supracitados. Da mesma forma, era sempre lembrado que o uso de substitutos de nicotina não está indicado na gravidez, só em situações pontuais e sob supervisão médica (NICE, 2010).

Um aspeto que consideramos importante é a convivência com um companheiro que fuma. A evidência tem valorizado os possíveis benefícios do abandono conjunto e que os esforços do parceiro para parar de fumar junto com a companheira são percebidos como um importante comportamento de apoio (McBride, 2012). Por esta razão, o abandono do tabagismo pelo parceiro foi enfatizado em todas as nossas intervenções.

As mulheres grávidas que fumam são duramente estigmatizadas. Assim, é importante reforçar o clima de confiança entre o profissional e a mulher, de modo a que esta se sinta segura para assumir que fuma e para aceitar a informação e o apoio que lhe é proposto. Neste sentido, foi percebido que era melhor começar por perguntar à mulher o que é que já sabe sobre o consumo de tabaco na gravidez e depois completar com mais informação se necessário, em vez de fazer um longo “discurso” sobre as consequências nocivas de continuar a fumar. Esta última opção pode irritar as mulheres que já estão plenamente conscientes dos riscos, ou que não estão dispostas a parar, perdendo assim a oportunidade de obter ajuda (NICE, 2010).

Existem estratégias para ajudar as mulheres grávidas a deixar de fumar que têm grande evidência científica da sua eficácia e eficiência, enfatizando as intervenções em grupo (Crispim, 2011). Por este motivo, todas estas mulheres eram encorajadas a assistir às sessões anti-tabaco na sua USF quando finalizar o internamento e regressarem a casa.

Ensinar sobre padrão alimentar (Cod. 10032918) (ICNP, 2015) - Pimiento e Beltrán (2015) associam a desnutrição com um alto risco de RCIU. Neste sentido, às grávidas que ficavam internadas por RCIU foram avaliadas sobre a consciencialização do seu estilo de vida. Embora as orientações devam ser individualizadas, é recomendado que o aumento de peso ao longo da gravidez seja de 9-12kg (Alcolea, 2011). As grávidas eram informadas dos benefícios de uma dieta saudável insistindo em aumentar os alimentos ricos em cálcio, ferro e iodo, fundamentais para uma boa evolução. Aconselhava-se às mulheres uma alimentação completa e equilibrada repartida em um mínimo de 5 refeições que eram proporcionadas pela instituição. Eram encorajadas a ingerir a totalidade das refeições e 2 litros de água por dia, evitando as bebidas gaseificadas, açucaradas e estimulantes, assim como os suplementos nutricionais, que não têm demonstrado um efeito benéfico para o RCIU pelo que não estão recomendados (Dias, 2012).

Administrar medicação (Cod. 10025444) (ICNP, 2015) - De acordo com a literatura, ensaiaram-se múltiplos tratamentos para o RCIU, entre eles a hiper oxigenação materna, os  $\beta$ -miméticos, a heparina de baixo peso molecular, os dadores de óxido nítrico, os suplementos nutricionais e os expansores do plasma, no entanto nenhum deles demonstrou um efeito benéfico pelo que não estão recomendados. O único tipo de intervenção que se tem mostrado útil na melhoria das variáveis perinatais é a corticoterapia quando o parto pré-termo é previsto, pois o seu uso rotineiro na RCIU sem risco de parto prematuro, é controverso (Carputo, 2012; Brodsky et al., 2004).

Encorajar repouso (Cod. 10041415) (ICNP, 2015) - O repouso no leito demonstrou ser algo controverso. Este, juntamente com a limitação do esforço para melhorar a circulação feto-

placentar, têm sido medidas prescritas durante o internamento destas grávidas. No entanto, foi comprovado que não existem evidências que comprovem qualquer efeito no crescimento fetal (Dias, 2012).

Pelo contrário, o repouso no leito desencadeia elevados níveis de ansiedade e preocupação em relação à saúde perinatal e a incerteza sobre a experiência vivida (Dominguez-Luna et al., 2012). Neste sentido, tivemos a oportunidade de prestar cuidados a uma grávida primigesta de 39 anos internada por RCIU com a qual estabelecemos uma relação próxima e uma grande empatia. O facto de não ter realizado uma amniocentese durante a gravidez, para descarte de uma síndrome fetal, e a sua avançada idade fértil, provocavam nela sentimentos de inutilidade como “mulher”, assim como um forte sentimento de culpabilidade. A grávida referiu que a solidão, a perda de capacidade funcional e a falta de esperança derivadas do permanente repouso no leito, intensificavam ainda mais estes sentimentos negativos e aumentavam a raiva por não conseguir fazer nada para melhorar o prognóstico. Neste sentido, foi crucial apoiar de uma forma particular as grávidas com repouso no leito prestando mais atenção ao fator emocional, sendo para tal fundamental a escuta ativa e uma interação cuidada para diagnosticar os problemas e delinear as intervenções, de acordo com as suas necessidades reais em cuidados.

### **Colestase intra-hepática da gravidez**

Outra das realidades com a que nos deparamos, durante o estágio, foi o nº elevado de grávidas internadas com colestase, algo surpreendente tendo em conta que na Europa, a sua incidência varia entre 0,1 a 1,5% (Kondrackiene et al, 2008). A colestase intra-hepática da gravidez (CIHG) é uma síndrome específica do período gestacional que se manifesta principalmente no terceiro trimestre da gravidez e desaparece no período do puerpério. É caracterizada pela alteração das enzimas hepáticas e a acumulação dos produtos derivados da biliar na corrente sanguínea. A etiologia é bastante complexa e ainda não está totalmente conhecida, mas estudos realizados, até hoje, sugerem que o padrão colestático deve-se aos metabolitos das hormonas sexuais e surge em mulheres geneticamente predispostas (Reis, 2014). Segundo Kroumpouzou e Cohen (2003) a taxa de recorrência em gestações subsequentes é entre 60 e 70%. A concentração excessiva de pigmentos biliares (bilirrubina) na pele provoca prurido, icterícia, escurecimento da urina, dor abdominal, perda de apetite, vómitos ou febre. O prurido, principal sintoma, agrava-se à noite, levando ao cansaço e insónia. Na maioria das vezes começa nas palmas das mãos e pés, estendendo-se depois para todo o corpo.

A colestase intra-hepática da gravidez implica um aumento do risco de parto pré-termo e sofrimento fetal; por isso, considera-se uma gravidez de alto risco. Neste sentido, os nossos cuidados foram centrados na filosofia da OE (2015) que define os cuidados de Saúde Materna e Obstétrica como o “cuidado centrado na Mulher” dando prioridade aos desejos e necessidades das mulheres, enfatizando a importância da escolha informada, a continuidade dos cuidados, o envolvimento das utentes, a eficácia clínica e a capacidade de resposta e acessibilidade.

Deste modo, para além do cuidado individualizado centrado na pessoa, optamos por uma vigilância e observação rigorosa dos sinais e sintomas, cumprimos os protocolos existentes, no que concerne às atividades resultantes de prescrição, nomeadamente: a administração de ácido urodesoxicólico, terapêutica de primeira linha, por apresentar os resultados terapêuticos mais satisfatórios: reduzir o prurido e a acidez biliar melhorando o prognóstico perinatal (de Souza et al, 2014). Na mesma linha, instruiu-se a grávida a usar roupas leves e de algodão que evitem a fricção da pele, evitar lugares quentes e húmidos e evitar aplicar em excesso corticóides de uso tópico, no sentido do alívio da comichão. A vigilância dos RCF, bem como monitorizar a grávida através da cardiotocografia, de acordo com o protocolo instituído (3 vezes ao dia) constituiu uma das nossas intervenções interdependentes.

A par dessas intervenções, o processo de cuidados desenvolvido com a grávida e casal extrapolou a dimensão clínica. Neste contexto, no momento do acolhimento, tivemos o cuidado de explicar ao casal grávido o motivo das nossas intervenções e quais eram os efeitos terapêuticos da medicação, esclarecendo as suas dúvidas sobre as possíveis alterações que podiam ser nefastas ao seu projeto de maternidade, mas com o cuidado de não alarmar ponderando sempre o perfil ou tipo de casal, já que a probabilidade de morte perinatal é maior em mulheres que têm colestase, devido à necrose vascular na superfície da placenta que provocam as elevadas concentrações destes ácidos, o que leva à asfixia fetal e ajudaria a explicar os casos de morte súbita intra-uterina (Medina et al. 2012).

Mas, apesar de todo o cuidado, deparamo-nos com uma experiência dolorosa, onde a racionalidade não foi fácil de controlar. Infelizmente, pudemos constatar este acontecimento. Durante a vigilância do bem-estar fetal de uma grávida, com uma gestação de 39 semanas, portadora desta complicação, os batimentos cardíacos fetais foram negativos e, posteriormente, foi confirmada a morte intra-uterina, por exame ecográfico.

Foi uma situação que gerou um turbilhão de sentimentos negativos, como a impotência, a insegurança e a tristeza. Uma situação em que todo o suporte a nível teórico-prático, não superou a dificuldade sentida, durante esses momentos, para lidar com a infinita dor desse casal. A nossa atitude consistiu em estar presente, não os deixar sentir sozinhos e mostrar-lhes

total disponibilidade para os ajudar e ouvir sobre o que os pais tinham a dizer sobre a perda. Não foi um desempenho desejado, nem simpático, como tantos outros durante o exercício desta profissão, mas procuramos mostrar-nos sensíveis à situação, mostrar empatia, de forma a dar uma resposta eficaz, de acordo com a atitude que é exigida e que era preciso, face ao que o EESMO deve oferecer quando a esperança é minimizada ou dissipada.

Partimos do pressuposto que cada mãe, cada pai e mãe, responde de diferente forma à “dolorosa” perda ou à morte do seu “bebé” e que vive o luto à sua própria maneira. Sentimos, assim, que esta diversidade tornou mais difícil uma abordagem correta, de imediato, e por isso ficou muito difícil saber como ajudar, pois, a dor destes pais refletia o fim de uma esperança, dos sonhos e expectativas para o futuro.

Podemos constatar, através das experiências vivenciadas, que na realização de qualquer atividade, as dimensões fisiológicas e culturais estão unificadas. A confirmar essa ligação estão as normas, valores, símbolos e mitos, o que significa que a dimensão fisiológica está relacionada com o que há de mais cultural em cada indivíduo. O número crescente de grávidas de diferentes culturas coloca um grande desafio para os EESMOS, ao exigir que prestem cuidados culturalmente competentes, incitando a uma melhor compreensão das diferenças culturais em termos de conceito de saúde, doença, crenças e costumes.

De um modo geral, apesar da diversidade, todas as mulheres internadas acabavam por experimentar sentimentos similares, próprios, de quem passa por um período de internamento hospitalar, longe de tudo que lhes é familiar. A adaptação ao estado gravídico de risco é, de igual forma, uma realidade comum e encontra-se numa dupla transição situacional que exige uma adaptação emocional à transição para a parentalidade. Todavia, foi fascinante verificar que apesar da ansiedade e medo face ao risco e à incerteza, perceber que a condição de alto risco não impedia que o casal demonstrasse a alegria e a esperança, que apesar da ameaça, esperavam que resultasse num final feliz.

Em síntese, ao longo deste estágio, tal como preconiza o modelo de McCormack et al (2015), procuramos desenvolver um processo de cuidados centrado na pessoa, desenvolvemos atividades que tivessem em conta os valores e crenças da pessoa, a presença empática e a decisão partilhada. O contexto do SCE do CMIN, foi favorecedor pela sua cultura do local de trabalho, liderança de enfermagem e o compromisso da organização com a utilização de múltiplas fontes de evidência para avaliar a qualidade dos cuidados prestados.



### 3. ACOMPANHAMENTO DO CASAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Cuidar, em trabalho de parto, implicou uma responsabilidade social envolvente, no sentido de identificar todas as necessidades da mulher e futura mãe. Reconhecer que acompanhar o casal de forma a privilegiar a sua singularidade implicava tomar consciência que para além dos critérios fisiológicos, havia a necessidade de desenvolver ações e formas de agir que assegurassem não só as condições a uma mãe e recém-nascido saudáveis, como também, essas serem garante da promoção de uma parentalidade positiva. Pois, sabíamos que cada mulher/casal vive a situação de tornar-se mãe e pai sob uma experiência única.

Assim, recorrendo à memória do primeiro dia em que entramos no núcleo de partos do CMIN, local onde foi realizado este estágio, ao confrontarmos-nos com a realidade, fizemos um esforço de recorrer à desmistificação da conceção de parto. Pois, aparentemente, por momentos tivemos a percepção de que estávamos a corroborar com algumas versões da literatura, ao considerarmos que a mulher era um corpo grávido, que precisava ser controlado de forma a obedecer à mecânica de um parto tecnicamente manipulado. Nomeadamente, com a perspetiva de Parreira (2007) em que ao problematizar a natureza e a cultura constatava que se tem fomentado um enorme investimento na especialização, face ao nascimento e ao corpo humano, mas que era necessário descolar desta centralidade e adesão a um modelo de atenção fragmentado, que dá ênfase às várias partes do corpo grávido, de forma independente, produzindo-se uma compreensão reducionista da pessoa que vive um processo social desinserida do seu contexto.

Todavia, o acolhimento caloroso por parte dos enfermeiros especialistas e da restante equipa multidisciplinar, aliada à forma como fomos integrando a equipa, permitiu-nos constatar de que afinal cada mulher /casal era respeitada de forma a não pôr em causa a sua condição humana e lhes era assegurado estatuto de serem utilizadores de cuidados, empoderados, para de uma forma tranquila e com segurança, poderem tomar as suas opções em relação ao nascimento do seu filho.

Assim, podemos afirmar que desde o início desta etapa do processo formativo a nossa atuação pautou-se pela prestação de cuidados em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da mulher e do RN na sua adaptação à vida extrauterina, construindo uma relação de confiança e apoio contínuo durante o TP (OE, 2010).

Partimos dos pressupostos da (OE, 2010) que o enfermeiro ESMO tem competências para assistir à mulher e à família nas diferentes fases do ciclo reprodutivo, tanto em processos de saúde como de doença, e, deste modo, inclui-se nestas intervenções, assistir a mulher durante o trabalho de parto e parto.

A literatura revela que a assistência durante o TP e parto a mulheres de baixo risco, por um enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica, é um modelo seguro para a mulher e para o RN. Os estudos de Hatem et al. (2008) constataram que as parturientes acompanhadas por EESMO, experimentavam maior sensação de controlo, tinham mais probabilidade de parto espontâneo e sofriam menores taxas de intervenções. Igualmente observaram que estas mulheres eram mais propensas a iniciar a amamentação sem complicações e os seus filhos tendiam a menor tempo de internamento hospitalar. Os mesmos autores chegaram a conclusões semelhantes em outro estudo publicado em 2013, que constatou que mulheres atendidas por EESMO têm menor probabilidade de analgesia regional, episiotomia e parto instrumentado. Mais tarde, em 2015, um estudo da Universidad de Girona (Espanha) revelou que os RNs nascidos de partos assistidos por enfermeiras obstetras apresentaram uma pontuação igual ou superior do índice de Apgar aos 5 minutos. Assim, foi possível constatar que o EESMO se revela o profissional responsável de vigiar a evolução do trabalho de baixo risco e assistir o parto fisiológico sob a sua própria responsabilidade, para além de cuidar do recém-nascido. Da mesma forma, experienciamos a capacidade de identificar desvios do padrão da normalidade e alertamos, quando necessário, a equipe médica para tomar medidas de emergência, tal como preconiza a (ICM, 2013).

Todas as enfermeiras que trabalham no núcleo de partos do CMIN são especialistas em saúde materna e obstetrícia, operando um padrão de trabalho em equipa. A integração neste serviço começou pela apresentação da estrutura da unidade e a explicação dos recursos existentes por parte da equipa, com o propósito de conhecer o nosso ambiente de trabalho e, desta forma, iniciar o percurso formativo para que de acordo com os objetivos e exigências curriculares, pudéssemos prosseguir o processo de aprendizagem, integrados na equipa, a fim de vir a prestar cuidados especializados. O método de trabalho dos EESMO do núcleo de partos assenta no trabalho em equipa e também no método individual. O EESMO trabalha em colaboração com a mulher e ou casal e as intervenções são sustentadas em evidências científicas mobilizadas e integradas numa prática baseada na evidência. Neste estágio, pudemos identificar focos de atenção, estabelecer diagnósticos de enfermagem, assim como determinar intervenções autónomas e interdependentes para situações que requeriam cuidados especializados, desde a fase latente do TP até duas horas após o parto, no puerpério imediato.

As grávidas / parturientes que tivemos oportunidade de cuidar neste serviço, chegavam por diferentes vias. Normalmente, pela admissão de utentes ou pelo SU após efetuada a triagem, nomeadamente situações de rutura prematura de membranas ou em trabalho de parto. Porém, as parturientes também podiam ser provenientes do internamento de grávidas, por indução de TP ou transferidas do serviço de materno-fetal.

Quando um casal grávido entrava no núcleo de partos do CMIN, procedíamos ao acolhimento, que consistiu na apresentação da equipa de cuidados de saúde, instalações físicas, que eram “boxs” de parto individuais e os recursos disponíveis que o casal podia usufruir durante a sua estadia na unidade. Também neste momento, a parturiente era questionada sobre qual o nome pelo que desejava ser tratada, assim como o nome e, se escolhido, para o seu “RN”. Esta ocasião revelou-se como um momento excelente para estabelecer uma relação de ajuda próxima com a parturiente / casal, atendendo à vulnerabilidade que estes podem apresentar face ao internamento (Neil, 2004). O processo de internamento para esperar o nascimento do seu filho é um episódio que fica registado na memória para a vida e, conseqüentemente, a nossa atitude no acolhimento foi de empatia e confiança, para fazermos o diagnóstico de enfermagem, estabelecer um plano de cuidados, de forma a delinear intervenções eficazes, de acordo com as suas expectativas e necessidades e, também, poder apoiá-los e orientá-los durante todo o processo (Castán Mateo, S. e Tobajás Homs, JJ. 2013). Desta maneira, a abordagem de acordo com a sua singularidade, durante a admissão, revelou ser uma estratégia de extrema importância para que o processo de cuidados fosse propício a um ambiente favorecedor à parturiente e ao seu conveniente significativo para poderem recordar o momento do parto e o nascimento do seu RN, como um acontecimento de vida sob uma transição para a parentalidade positiva.

Depois de providenciar uma bata do serviço, para a mulher e o acompanhante significativo vestir, era feita a avaliação inicial. A colheita de dados, quer através da entrevista, quer através do BSG, revelou-se crucial não só no momento de admissão, mas ao longo de todo o internamento para estabelecer e negociar objetivos mútuos com a parturiente e, assim, o plano de cuidados poder ser compreendido e aceite pela mesma. No BSG foram consultados dados referentes à vigilância da gravidez atual, estilo de vida, os antecedentes pessoais ou obstétricos, a idade do casal, grupo sanguíneo, alergias, assim como resultados e análises clínicas realizados durante a gravidez. Na entrevista inicial foram abordadas as expectativas e emoções em relação ao TP e parto, a experiência anterior, o desejo de amamentar, se frequentou as aulas de preparação para o parto e parentalidade, a possibilidade de recurso a

técnicas não farmacológicas ou farmacológicas de alívio da dor, o esclarecimento de dúvidas e a existência de plano de parto.

Neste sentido, sempre foi respeitado o contexto sociocultural da mulher/casal a fim de desenvolver diagnósticos e prestar cuidados culturalmente competentes, durante o TP e parto. Cuidar na diversidade cultural, foi uma experiência gratificante. Assim, tivemos a oportunidade de prestar cuidados em várias situações na multiculturalidade. A título de exemplo, enfatizamos o cuidado a uma mulher proveniente de Marrocos, cuja religião que professava era o islamismo e em que esse período coincidia com o mês do Ramadão, o período em que os muçulmanos praticam jejum diário durante as horas de sol. Todavia, sabíamos que esta regra é flexível para grávidas e doentes. Isto implicou conhecer as suas crenças e valores, as suas expectativas e receios, respeitando os princípios da sua cultura e também fornecer cuidados de conforto. Um dos aspetos interessantes da sua cultura é que verbalizou só querer ser cuidada por médicas e enfermeiras e esse apelo foi respeitado. Também para tocarmos no seu corpo era pedido simultaneamente consentimento à mulher e ao marido.

Em suma, respeitamos neste domínio de cuidados os princípios filosóficos do cuidado cultural, ao respeitar a singularidade da pessoa e ao respeitar as suas diferenças, de acordo com Parreira *et al* (2016). Tivemos em conta a premissa de que cada pessoa é um ser único e indissociável da sua família e comunidade e as intervenções de enfermagem implementadas também foram dirigidas e individualizadas aos acompanhantes significativos, que neste caso era o pai do RN, atendendo às suas características e capacidades (Tomey, 2004). Desta maneira, ao longo do percurso de estágio, a mulher foi cuidada numa perspetiva individual, como a pessoa no seu todo, considerando a sua relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais (OE, 2010).

Os enfermeiros que exercem a sua profissão no âmbito da saúde materna e obstétrica cuidam populações heterogéneas e devem integrar as necessidades culturais das mulheres e das suas famílias nas suas práticas, de modo a moldarem a experiência do nascimento. Neste episódio do estágio comprovamos que os utentes enfatizam mais o que o EESMO valoriza acerca de si, ou seja, mais do que dizer que respeita as suas crenças, valores e práticas, os utentes valorizam a sua ação profissional efetiva de respeito desses mesmos valores, no que se refere à sua pessoa, enquanto ser humano. Assim, um dos desafios do estágio no núcleo de partos foi o desenvolvimento da competência cultural, para que o parto e nascimento, enquanto fenómenos marcados por crenças e práticas culturalmente padronizadas, com diversidade de rituais e

comportamentos, foram vividos como experiências gratificantes seguindo a perspectiva de Néné *et al* (2016).

Após algumas considerações prévias em relação a algumas dimensões e factos inerentes ao desenvolvimento do processo de desenvolvimento de competências em geral e em particular, da competência cultural, passamos a uma descrição mais pormenorizada sobre o desenvolvimento de competências adquiridas no contexto do trabalho de parto e parto.

### **Indução do trabalho de parto**

A seguir ao acolhimento do casal, era iniciado o processo de enfermagem e estabelecido o diagnóstico de enfermagem pertinente, nomeadamente “Potencial para Trabalho de Parto” ou “Trabalho de Parto” (CIPE, 2017). Não há um amplo consenso científico sobre o diagnóstico de TP, não obstante, pode ser definido como a presença de contrações uterinas espontâneas, pelo menos 2 em 15 minutos, e dois dos seguintes sinais: extinção do colo uterino e dilatação do colo uterino (3 cm ou mais), ou rutura espontânea de membranas (ICSI, 2013).

Para facilitar a compreensão do relato das experiências vivenciadas em contexto de estágio e a forma como mobilizamos e recontextualizamos os conhecimentos para adquirir as competências, optamos por dividir a abordagem deste capítulo nas diversas fases que concretizam o TP e Parto, incluindo um capítulo sobre a indução de trabalho de parto.

Quer na literatura científica, quer na organização na prática clínica, o TP divide-se em três estádios: primeiro estádio ou período de dilatação, segundo estádio ou período expulsivo e terceiro estádio ou dequitação (Manual Básico de Obstetrícia y Ginecologia, 2014).

Por vezes, uma intervenção aumenta a probabilidade de cointervenções posteriores para monitorizar, prevenir ou lidar com os efeitos adversos desta, criando-se uma ‘cascata de intervenções’ (Hodnett *et al.* 2012) e um exemplo disto é a indução de TP. Uma prática que duplicou durante os últimos 20 anos, aumentando o risco de partos instrumentados, cesarianas, traçados cardiotocográficos patológicos, prolapso de cordão, rutura uterina e prematuridade iatrogénica (Castán Mateo, S. e Tobajás Homs, JJ. 2013).

A OMS (2011) define indução de TP como o processo de estimular artificialmente o útero para iniciar o trabalho de parto mediante a administração de ocitocina ou prostaglandinas ou realizando a amniotomia. Nos países desenvolvidos, até 25% dos partos de termo ocorrem após induções de TP, facto este que demonstra a frequência desta intervenção obstétrica. Apesar deste procedimento apenas ser recomendado pela OMS, (2011), em circunstâncias em

que os riscos em esperar pelo início do TP espontâneo são julgados para serem maiores do que os riscos associados ao encurtamento da duração da gravidez por indução.

Neste sentido, na indução do TP, é relevante ter em conta o estado de saúde materna e fetal, os riscos do prolongamento da gravidez para ambos, a idade gestacional, o estado do colo uterino, a avaliação da pelve materna e a estimativa do peso e a apresentação fetal. Não deve ser considerada numa gravidez de baixo risco, seja por desejo de abreviar a duração da gestação, seja por vontade de agendar a data do parto (DGS, 2015). De acordo com a DGS (2011) constituem indicações para maturação cervical e a indução do TP: gestação até 42 semanas não complicada, pré-eclampsia, diabetes mellitus, isoimunização Rh, oligoâmnios em gestação de termo, RCIU com alterações fluxométricas e óbito fetal. As diretrizes da DGS (2015), indicam a indução do TP, para evitar um desfecho perinatal, mas recomendam que seja evitada antes das 39 semanas de IG, salvo nos casos que exista um benefício de saúde evidente para a grávida ou para o feto. Contudo, na prática pudemos constatar que a maioria das induções de TP não respeitam estas medidas. A NICE (2009) considera que o aumento dramático das induções se deve em parte à pressão das grávidas para diminuir a duração da gravidez ou para agendar a data do parto de acordo com a conveniência da mãe e/ou dos profissionais de saúde.

A avaliação do estado do colo uterino é imprescindível para a eleição do método de indução. Deste modo, podemos observar que um requisito prévio fundamental era o exame cervical digital, realizado pelo médico para avaliar o Índice de Bishop, a saber; a consistência, a localização, a extinção e a dilatação do colo uterino, bem como o plano de descida da apresentação. Tendo em conta a soma dos valores obtidos em cada componente, podem distinguir-se duas fases no processo. Um Índice de Bishop inferior a 7 indica a necessidade de iniciar a indução mediante a maturação cervical, que no CMIN, nosso contexto de estágio, era realizada por meio da administração vaginal de Prostaglandina E2 (Propess® 10mg). Depois da administração de prostaglandinas, realizada como intervenção resultante de prescrição, as parturientes ficavam sob vigilância, deitadas em decúbito lateral esquerdo e monitorizadas durante duas horas ou até existir dinâmica uterina, para a verificação do bem-estar fetal. Quando o Índice de Bishop era igual ou superior a 7 era iniciada a indução, mediante a administração de ocitocina intravenosa (10 unidades em 1000 ml de glicose 5%) através de uma bomba de infusão a um ritmo inicial de 12ml/hora, monitorizadas de forma contínua sendo avaliada a evolução do TP cada 2-6 horas assim como as características do líquido amniótico, a dor e outros fatores de risco como a febre (Winer, 2011; ACOG, 2009).

As evidências demonstram que a indução do TP não está isenta de riscos; destaca-se a taquissístolia ou a hipertonia resultantes da hiperestimulação uterina, que pode provocar um TP

mais dolorosos e comprometer a perfusão sanguínea e consequentemente a oxigenação fetal, aumentar a necessidade de um maior número de intervenções, (ACOG, 2009; OMS, 2011). A taquissistolia, definida pela NICE (2008) como a disfunção uterina de mais de 5 contrações em 10 minutos durante um período de 30 minutos, pode ocorrer com ou sem alterações da FCF. Neste sentido, sempre que uma disfunção hipertónica uterina era detetada, procedíamos à suspensão da ocitocina como intervenção preventiva e quando o traçado era não tranquilizador ou patológico, era implementado o protocolo de tocolise, isto é, 5mg de Salbutamol em 500ml de soro fisiológico a 150 ml/hora durante o máximo de 5 minutos (Ayres et al., 2011).

Durante todo o processo de indução de TP e relativamente ao planeamento de cuidados de enfermagem, incidiu-se no foco da “Consciencialização” (CIPE, 2017). Assim, cada parturiente/casal era informado sobre o plano terapêutico, os objetivos deste e os riscos e benefícios associados ao procedimento, a evolução e os resultados esperados ao longo do internamento, sempre com uma atitude disponível para ajudar a minimizar e ou a solucionar as duvidas e os potenciais problemas que surgiam.

### **Período de dilatação**

O primeiro estágio do TP ou período de dilatação, transcorre desde o início das contrações uterinas até à dilatação completa do colo uterino. Pode, ainda, subdividir-se em três fases distintas de acordo com os centímetros de dilatação do colo uterino, nomeadamente, a fase latente, a fase ativa, e a fase de transição (Lowdermilk, P. e Perry, S., 2008). A fase latente caracteriza-se pela perceção de contrações irregulares, o início da extinção do colo uterino e a dilatação até aos três centímetros. A fase ativa caracteriza-se pela perceção de contrações regulares e a dilatação até os oito centímetros. Por último, a fase de transição, ocorre até os dez centímetros de dilatação (NICE, 2017).

A fase latente é caracterizada por suceder de forma lenta, nem sempre contínua, podendo prolongar-se até 20 horas (Graça, 2010). Desta forma, as mulheres em TP na fase latente eram internadas na sala de expectantes. Assim, a realidade observada na prática, contraria a literatura científica que defende que o internamento deve acontecer já na fase ativa do TP para que as parturientes passem menos tempo na sala de expectantes, apresentem menor necessidade de alívio da dor e menor possibilidade de ser submetidas a intervenções obstétricas desnecessárias, sem afetar o prognóstico perinatal (Porto et al., 2010; Lauzon et al., 2009).

A progressão do TP era registada no sistema informático (SCLínico), e no partograma, conforme a sua natureza. Mediante o partograma, realizávamos registos da dilatação e extinção do colo, descida da apresentação, frequência cardíaca fetal, integridade das membranas e contratilidade uterina, indicadores estes que nos permitiam avaliar o progresso do TP (Rocha et al., 2009). Segundo a OMS (2015), o partograma melhora o acompanhamento do TP, permite a deteção precoce de problemas, elimina o carácter subjetivo do diagnóstico e facilita a tomada de decisões apropriadas, evitando intervenções obstétricas consideradas desnecessárias. Contudo, como nem todas as parturientes têm evolução similar no TP, por isso, o registo no partograma deve ser iniciado o mais próximo possível da fase ativa para evitar intervenções desnecessárias associadas a um TP estacionário, nomeadamente, aumento da frequência de amniotomias, uso de ocitocina e analgesia (McDonald, 2010; Lavender et al., 2012).

Tal como foi referido, quando atingidos os três-quatro centímetros de dilatação, a parturiente era transferida para a sala de partos mantendo-se os cuidados realizados na sala de expectantes. As boxes de parto do CMIN são individuais o que permite maior intimidade ao casal que tem a possibilidade de gerir a luz e a temperatura conforme a sua preferência. Este ambiente de conforto era aproveitado para estabelecer um diálogo inicial acerca das dúvidas e preocupações que às vezes não manifestavam por medo ou vergonha. Assim, sempre foi questionado se tinham elaborado um plano de parto, no qual estivessem registadas as suas expectativas e preferências para o momento e tipo de parto. As notas mais repetidas eram o contacto pele a pele precoce, a clampagem tardia do cordão umbilical e a maioria dos acompanhantes gostavam de poder corta-lo. Igualmente, algumas mulheres referiam que não queriam ser submetidas à analgesia epidural e episiotomia (apenas quando necessário) e num caso, foi pedido para levar a placenta para o domicílio. Desta forma, os desejos da mulher / casal foram sempre respeitados tanto quanto possível explicando que o plano de parto podia ser sujeito a modificações, caso a situação clínica assim o requeresse.

Como já foi referido, no início deste capítulo, para além de desenvolvermos as competências técnico-científicas, privilegiámos sempre ao longo de todo o estágio a competência cultural.

A presença do acompanhante com a parturiente que, na maioria dos casos, foi o pai do RN, foi uma presença efetiva. Esta presença do pai, na sala de partos, tem mudado ao longo dos últimos anos; na atualidade, os pais têm a oportunidade de estarem presentes no nascimento do seu “RN” e no CMIN a presença dos pais durante o internamento é considerada natural, permitindo a possibilidade de uma melhor qualidade na assistência ao nascimento do RN apesar de se tornar um desafio à prestação de cuidados (Pousa, 2012). A presença do pai no TP e parto

possibilita o reforço do vínculo familiar, permite que estes se sintam valiosos e necessários para exercer e se envolverem no seu papel de pai, inclusive antes do nascimento (Oliveira, S., et al., 2009). O pai ajuda a parturiente de uma maneira mais íntima e afetiva, apoiando-a emocional, empática e psicologicamente, sendo possível uma experiência mais positiva do TP e parto e ajuda a reduzir o uso de analgesia (Backstrom 2009; Sarkadi A, et.al., 2008). Assim, como já referimos, desenvolvemos práticas emancipatórias ao envolver o casal nos cuidados, de forma esclarecida. Assim a maior parte dos acompanhantes colaboraram nas técnicas não farmacológicas de alívio da dor, praticaram massagens lombares, auxiliaram no posicionamento e ou a promover o conforto. Procuramos manter um ambiente seguro e acolhedor para que expressassem as suas dúvidas, com a companheira e com os profissionais de saúde, o que se verificou na maior parte dos casais, principalmente com aqueles que tinham assistido às aulas de preparação para o parto.

A paternidade vai-se desenvolvendo durante a gravidez e culmina no nascimento, sendo este um momento em que se libertam muitas emoções e sensações que recordarão para o resto das suas vidas, como um momento maravilhoso e inusual. Geralmente, a felicidade e a sensação de tranquilidade, ao ver seu filho apodera-se deles. Porém, sentimentos de angústia e impotência foram frequentemente observados em alguns pais, pela experiência da dor e o esforço da parturiente durante o período expulsivo, mas tentamos que não se sentissem excluídos, contrariando a afirmação de que tal acontece se os profissionais de saúde lhes prestarem pouca atenção (Motta e Crepaldi, 2005). Por conseguinte, foi fundamental conhecer as expectativas, opiniões e competências dos pais durante o internamento, para assistir da melhor forma possível, tendo sempre como fim o bem-estar desta tríade. Após o parto, se o casal assim desejasse e a situação o permitisse, o pai era encorajado a cortar o cordão umbilical, a ver e tocar o RN, facilitando assim a ligação precoce pai-filho.

Desta forma, podemos considerar que durante o TP, o casal experimenta imensas emoções que vão desde a alegria até a angústia e o stress. Como consequência da medicalização do parto, este é vivenciado num ambiente hospitalar com as suas rotinas e procedimentos respondendo às necessidades dos profissionais (Diniz; 2001; Motta e Crepaldi, 2005). Este fator, em conjugação com experiências patológicas anteriores podem potenciar a ideia negativa do internamento pode influenciar o processo de dilatação e, por tanto, a evolução do TP. A libertação de betaendorfinas resultante da ansiedade e medo sentidos pode provocar o bloqueio do músculo liso e, como consequência, uma diminuição da contratilidade uterina levando a o prolongamento do TP (Lock et. al., 2003; APEO, 2009).

O bem-estar materno e fetal durante o TP era avaliado mediante CTG através das modificações na frequência cardíaca fetal e das CU. O alvo principal desta monitorização é diminuir a morbidade fetal e pode ser utilizada de maneira contínua ou intermitente. Durante a nossa prática clínica, foi seguido o protocolo de serviço que segue as normas da NICE (2017) incentivando a monitorização intermitente no TP de baixo risco. Neste sentido, durante a fase latente, as parturientes eram monitorizadas em cada duas horas durante 30 minutos. Para algumas situações específicas a monitorização cardiotocográfica foi contínua. Estas situações são aquelas de maior risco de hipoxia fetal, nomeadamente febre materna, restrição de crescimento fetal, líquido amniótico meconial, taquissistolia, ou a indução de TP (Ayres-De-Campos et al., 2015). Na fase ativa do TP, realizou-se monitorização cardiotocográfica contínua externa.

Alguns dados assinalam a vantagem da cardiotocografia intermitente quando comparada com a contínua. Uma recente meta-análise da literatura da Cochrane, conclui que o uso da CTG contínua intraparto não reduz as taxas de mortalidade perinatal e paralisia cerebral, mas pelo contrário, acresce em 20% o risco de cesariana quando realizada em mulheres com uma gravidez considerada de baixo risco e de partos instrumentados devido à elevada taxa de resultados falso-positivos que indicam comprometimento fetal quando este não existe (Alfirevic et. al., 2010; Devane et. al., 2012). Assim, as diversas sociedades internacionais sugerem que o uso da CTG de forma contínua por rotina não é recomendada, uma vez que não demonstra melhorias significativas em relação ao prognóstico neonatal, além de que aumenta a morbidade materna e impede a livre deambulação (Chalmers et. al., 2009; OMS, 2003).

Contudo, tal como referimos, a cardiotocografia é a primeira eleição para vigiar o bem-estar fetal. Segundo os autores supracitados, uma das desvantagens que apresenta a monitorização mediante CTG é a complexidade dos padrões da frequência cardíaca fetal. Uma das intervenções autónomas realizadas derivada do diagnóstico “Trabalho de Parto”, foi “avaliar o traçado cardiotocográfico” (CIPE, 2017). O traçado CTG pode ser considerado normal, suspeito, ou patológico, de acordo com os dados obtidos através do mesmo. Um traçado é normal ou tranquilizador quando apresenta uma variabilidade de 5-25bpm, uma frequência cardíaca fetal basal de 110-160 bpm, no mínimo duas acelerações em 50 min e ausência de desacelerações ou menos de duas em 50 min menores de 2 min. Quando um ou mais destes critérios de normalidade estiver ausente, estamos perante um traçado suspeito ou não tranquilizador. O traçado patológico ou anómalo, por sua vez, apresenta uma variabilidade inferior a 5 bpm por mais de 60 minutos na ausência de medicação que altere a FCF, padrões sinusoidais ou pseudo-sinusoidais; ou desacelerações prolongadas ou repetitivas (em mais do 50% do traçado) (NICE, 2017; Ayres de Campos et. al., 2015). Ao longo do estágio, sempre que identificámos traçados

suspeitos ou patológicos, foi comunicado à Enf. Orientadora/tutora ou à restante equipa, levando alguns deles à mudança do plano terapêutico ou à decisão de cesariana.

A avaliação através do exame tocológico era outra intervenção que nos proporcionava dados importantes para avaliar o TP e sua evolução. Honestamente, no início sentimos grande dificuldade em realizar este procedimento, já que era uma técnica totalmente desconhecida que precisa de muita perícia e prática. Todavia, com o esforço e o treino contínuo da nossa parte, aliada ao empenho e ensino por parte da nossa Enf. Orientadora e das enfermeiras da equipa, esta dificuldade sentida foi ultrapassada.

Através do toque, por via vaginal, podemos observar o estado das membranas amnióticas, a situação do colo uterino (dilatação, extinção e posição), a progressão do feto pelos planos de Hodge e a sua apresentação, variedade, posição, situação e atitude aquando da rutura das membranas. Na maioria das parturientes que examinamos durante o percurso formativo, os fetos encontravam-se em apresentação cefálica em vértice e bregmática, embora a posição e a variedade fossem variáveis. Durante o TP a cabeça do feto deve rodar no sentido da sínfise púbica até atingir o menor diâmetro possível que facilite a sua passagem pelo canal de parto. Efetivamente e conforme ao estudado, as variedades anteriores facilitavam a progressão do feto ao longo do canal de parto, enquanto que variedades posteriores, geralmente, apontavam a partos mais prolongados. Também tivemos a oportunidade de examinar uma apresentação de face que terminou por levar à decisão de cesariana e uma apresentação pélvica completa que culminou num parto eutócico pélvico, tornando-se esta experiência muito enriquecedora.

Além do comportamento do feto e a forma como ele se ajusta às estruturas ósseas maternas, importa conhecer as características da bacia materna, uma variável que segundo Zugaib (2007) é essencial para a elaboração de um prognóstico do parto. O exame da bacia compreende a avaliação dos diâmetros e da morfologia pélvica, considerando os estreitos superior, médio e inferior. Encontram-se vários tipos de bacias, destacando a ginecóide, a antropóide, a andróide e a platipelóide, sendo a primeira aquela com melhor prognóstico para parto vaginal. A raça, as condições socioeconómicas, a atividade física e a alimentação interferem no desenvolvimento do corpo e, conseqüentemente, na formação da pelve. Assim, perceber a história da parturiente e as características da sua bacia permite fazer um prognóstico real do parto (Zugaib, 2007).

Durante a nossa prática clínica, foi seguido o protocolo de serviço que preconiza o exame vaginal de quatro em quatro horas durante a fase latente do TP e de duas em duas horas durante a fase ativa, o que vai de encontro à perspetiva de Campos et. al., (2014). Todavia, é um procedimento que gera controvérsia entre os diferentes profissionais de saúde em relação à sua

frequência e eficácia, uma vez que não existe evidência científica aceitável que justifique ou contraindique a sua prática (Downe et. al., 2013). Esta intervenção rotineira é percebida como um evento desagradável e invasivo, diretamente relacionado com um incremento do risco de infecção e traumatismo nos tecidos, sendo necessário considerar até que ponto esta intervenção é de facto a mais adequada (Dixon et al., 2010). Neste sentido, concordamos com Graça (2010), ao referir que este exame deve ser realizado apenas em casos específicos, como na admissão da grávida, se se verificar uma alteração significativa da atividade uterina, quando ocorresse rutura de membranas ou se observassem desacelerações variáveis da diminuição uterina da FCF, ou quando a mulher sentisse pressão na região perineal ou vontade de fazer esforços expulsivos. Desta forma, sempre que procedíamos a um exame vaginal, eram ponderados os riscos e benefícios e consideradas as avaliações realizadas anteriormente por outros profissionais, individualizando assim os nossos cuidados à situação de cada mulher. Antes do início era explicado em que consistia e era pedida a autorização verbal da parturiente, respeitando os tempos e propiciando um ambiente calmo e recetivo para diminuir a ansiedade que o exame provoca. Assim, as parturientes eram convidadas a adotar a posição mais confortável e a realizar respiração diafragmática ou outras técnicas de distração quando apresentavam rigidez muscular. Depois do exame, a mulher/casal era sempre informada, explicando os achados de interesse.

Outra prática que gera alguma controvérsia é a amniotomia, um dos procedimentos mais realizados neste contexto e em todo o mundo a pesar de suscitar muitas dúvidas como intervenção favorável da progressão do TP. Trata-se da rutura artificial das membranas mediante uma Pinça de Herff com o objetivo de induzir e/ou encurtar a duração do TP (Cunningham et. al., 2011). O mecanismo pelo qual a amniotomia facilita a evolução do TP ainda não se encontra bem determinado. De acordo com uma revisão sistemática de Cochrane do 2013, a rutura aumenta a libertação de prostaglandinas e ocitocina, provoca CU mais intensas e acelera a dilatação cervical. Ainda assim, este procedimento não é recomendado como intervenção de rotina na fase ativa do TP uma vez que não estão provadas diferenças estatisticamente significativas relativamente no que toca à duração do TP e existem riscos associados à sua execução, nomeadamente o risco de prolapso de cordão, alterações a nível da FCF e ainda um aumento da taxa de cesarianas (Smyth et. al., 2013; NICE, 2017).

Apesar disso, a OMS (2014) preconiza a rutura artificial de membranas junto com a administração de ocitocina ante um TP prolongado com ausência de contrações uterinas regulares para incentivar a evolução do mesmo. Assim, durante o percurso formativo, tivemos a ocasião de realizar amniotomias nos casos em que estavam presentes todas as condições

necessárias, nomeadamente o TP em fase ativa com mais de 5 cm de dilatação, a apresentação fetal bem apoiada a fim de evitar um prolapso do cordão e a ausência de indícios de sofrimento fetal (Smyth et. al., 2013). Contudo, durante a prática clínica, foi possível assistir um parto de um recém-nascido dentro da bolsa amniótica intacta, tornando-se uma experiência memorável.

O procedimento de rutura de membranas era efetuado após ter sido explicado à parturiente/casal e obtido o seu consentimento informado. Procedia-se ao exame vaginal mediante técnica asséptica, introduzido a pinça de Herff por entre os dedos e efetuado um movimento circular para romper as membranas. Com os dedos ainda introduzidos, era assegurada a apresentação exercendo uma ligeira pressão no fundo uterino, para permitir a saída de LA e evitar o prolapso do cordão. A FCF era avaliada antes, durante e após o procedimento mediante monitorização externa contínua para confirmação do bem-estar fetal e prevenção de complicações. Conforme a literatura consultada, foram observados casos de desacelerações não prolongadas frequência cardíaca fetal, após a realização de alguma amniotomia, que só precisaram de mudanças de posição para reverter.

Após a realização da rutura de membranas, as características do líquido amniótico (cor, cheiro e quantidade) foram avaliadas e registadas junto com a hora e a data de realização do procedimento. Assim, durante a nossa prática clínica, a característica anormal que se observou mais frequentemente foi a cor esverdeada, que implica presença de mecónio. Este dado não é considerado um indicador de perda de bem-estar fetal, mas sim pode orientar a episódios que comprometem o estado do feto, nomeadamente oligoâmnios ou compressão do cordão (Castán Mateo, S. e Tobajás Homs, JJ. 2013). A nossa atuação foi sempre comunicar este achado à Enfª tutora e ou à restante equipa multiprofissional que acompanhava o TP e posteriormente, como intervenção preventiva, procedeu-se à preparação do material de reanimação cardiopulmonar, no caso de ser necessário. Apesar de ser uma condição de sobreaviso, o plano terapêutico estabelecido era conservado e negociado, focando-se na monitorização do bem-estar fetal, através da cardiotocografia, já que na ausência de alterações da FCF, o desfecho perinatal é semelhante a os partos com LA claro, tal como foi verificado durante o estágio (Castán Mateo, S. e Tobajás Homs, JJ. 2013). Uma vez que a perda de LA é contínua depois da rutura, eram providenciados neste momento os cuidados de higiene à parturiente da região perineal, uma vez que o conforto da mulher não diz respeito apenas ao alívio da dor, mas sim a todo o processo de cuidar que está implícito, garantindo a sua dignidade pessoal.

Com base no protocolo do serviço, a antibioticoprofilaxia era iniciada no caso de uma rutura de membranas superior a 12 horas, de risco de PPT e de transmissão vertical de *Streptococcus agalactiae* (SGB). O SGB é um microrganismo comensal do homem que utiliza

como reservatório o tubo digestivo (reto) de uma alta percentagem de adultos são, uma localização que por contiguidade, provoca a infeção da área perineal e trato genital. De acordo com a literatura recente, 15% das mulheres grávidas encontram-se colonizadas por este agente que pode ocasionar coriamnionite, PPT, rutura prematura de membranas e morte fetal e endometrite pós-parto. No RN, é o principal responsável por sépsis bacteriana neonatal precoce (até aos seis dias de vida) podendo causar pneumonia, meningites e baixo peso ao nascer (Chaves, 2011). A transmissão vertical ocorre in útero durante o TP ou durante a passagem pelo canal de parto no período expulsivo. Desta forma, em gestantes colonizadas, ou quando a cultura não foi realizada e com fatores de risco, eram administradas ao menos, duas tomas de penicilina por via intravenosa antes do parto, 5 milhões de unidades, seguidas de 2,5 milhões de unidades a cada 4 horas, até o nascimento. Este protocolo de serviço vai de encontro às diretrizes do CDC, o qual evidencia a importância de conhecer e aplicar corretamente este plano terapêutico uma vez que, reduziu em 45% a morbimortalidade perinatal desde os anos 1970-1980 (National Center for Disease Control and Prevention, 2010).

A administração de soroterapia foi outra intervenção resultante de prescrição que realizamos de acordo com o protocolo estabelecido. Esta é realizada com glucose a 125ml/h por catéter venoso 18G ou 20G colocado à entrada. A fluidoterapia é essencial em parturientes a realizar antibioterapia IV, ocitocina em perfusão, ou submetidas a analgesia epidural. No entanto, a utilização desta medida por rotina é controversa para alguns autores. Segundo a OMS (2015) a administração de soroterapia IV, durante o TP, deve ser ponderada, pois o seu uso rotineiro, para além da sobrecarga de fluídos, tem impacto na mobilidade da mulher e apresenta custos desnecessários. Por sua vez, Campos e colaboradores (2014) defendem que só deve ser utilizada na fase ativa do TP administrando 1000ml de Soro Fisiológico com glicose por via intravenosa ao ritmo de 100ml/h. No entanto, uma meta-análise realizada pela Cochrane em 2013 sugeriu uma redução do tempo de TP nas parturientes que receberam líquidos intravenosos a um débito de 250ml/h. Porém, este estudo apresenta evidências limitadas e os mesmos autores apontam para a necessidade de realizar mais estudos (Dawood et al., 2013).

A administração de fluidoterapia era justificada pela necessidade da mulher cumprir jejum. Esta indicação era fundamentada na prevenção de broncoaspiração no caso de cesariana emergente, principalmente em caso de anestesia geral (Porto et al., 2010). Contudo, a ACOG (2009) defende que o risco de aspiração, hoje em dia, pode ser diminuído pela administração de antiácidos, antagonistas recetores de H<sub>2</sub> e/ou metoclopramida como profilaxia; ademais, na atualidade, é incomum a utilização de anestesia geral no TP. Por sua vez, a OMS (2015) preconiza o consumo oral de líquidos e alimentos durante o TP, respeitando as escolhas e

desejos da mulher. Assim, durante a fase latente do TP as mulheres eram incentivadas a ingerir uma dieta ligeira, sopas, frutas, gelatinas, bolachas e líquidos indo ao encontro da perspectiva de Marques (2014). Com base nas orientações da ACOG (2009), durante a fase ativa, ingestão de líquidos claros como chá, água e sumos de frutas sem polpa, além de ser permitida, foi incentivada. Além dos benefícios estudados como a redução do risco de cetose (Porto et al., 2010), durante a nossa prática clínica, pudemos comprovar o conforto que esta conduta proporcionava às parturientes.

Relativamente à eliminação vesical e intestinal, foram focos de atenção estiveram presentes na maioria dos processos de enfermagem desenvolvidos durante o percurso de estágio (CIPE, 2017). Assim, foram implementadas intervenções tais como incentivar a micção espontânea, avaliar as características da urina, supervisionar o percurso até à casa de banho ou encorajar a micção em decúbito dorsal quando a capacidade de deambulação estava comprometida.

No que se refere à eliminação intestinal, a realização de enema por rotina no momento da admissão da parturiente já não se preconiza, tendo sido efetuada apenas a pedido das parturientes. Ao contrário do que era prática habitual antigamente, não há evidências científicas atuais que comprovem a sua eficácia na diminuição do risco de infeção materno-infantil, deiscência da episiotomia, nem aumento da satisfação materna (Castán Mateo, S. e Tobajás Homs, JJ. 2013).

Também a tricotomia dos pelos pubianos por rotina antes do parto, já não foi experienciada, pois não existem evidências que demonstrem as suas vantagens na correção de episiotomia ou laceração e na prevenção da infeção desta ferida. Mas, ao contrário, pode trazer consigo o desconforto da mulher quando os pelos voltam a crescer e pequenos cortes na pele do períneo resultantes da mesma, favorecendo as infeções (Basevi et Lavender, 2010). Assim, não foi uma prática realizada durante o estágio.

Outro foco de atenção que esteve presente na maioria dos processos de enfermagem desenvolvidos durante o percurso de estágio foi “Dor de trabalho de parto” definido pela CIPE (2017) como “a sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto”.

A dor associada ao TP é ainda alvo de estudo, uma vez que a sua origem é multifatorial, devendo-se às contrações uterinas e a dilatação do colo do útero na primeira fase, e à distensão da vagina e o períneo na segunda. A esta dor fisiológica deve ser adicionado um componente psicológico devido ao medo, stress e ansiedade, o que pode causar um aumento da perceção da dor (Castán Mateo, S. e Tobajás Homs, JJ. 2013).

Hoje em dia, e como foi verificado durante o estágio, a analgesia epidural está no centro das atenções da maioria das parturientes como método de alívio da dor durante o TP. Porém, nem todas as mulheres desejam utilizar um método farmacológico, e até mesmo está contraindicado ou não está disponível em algumas situações. Assim, durante o estágio, o nosso objetivo foi conhecer os diferentes métodos existentes e poder proporcionar alternativas à mulher para fazer uma escolha consciente e informada que lhe permitisse vivenciar de forma positiva a sua experiência do parto. Isto vai de encontro ao preconizado pela OE (2012) que recomenda que para ajudar a mulher no alívio da dor é necessário que o EESMO proporcione informação sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis e sobre os seus benefícios e potenciais riscos oferecendo à mulher a possibilidade de escolher um ou vários. As medidas de controlo não farmacológico da dor mais utilizadas no serviço foram, além do supracitado apoio contínuo, a liberdade de movimentos, as técnicas de relaxamento, a massagem e os exercícios respiratórios.

Relativamente aos métodos farmacológicos, constatamos que a administração da analgesia por via epidural era oferecida a todas as mulheres em TP. Desta forma, sempre que solicitada, era contactado o anestesista, preparado o material e posicionada a parturiente. Durante o procedimento, a nossa atuação foi de colaborar, informar, vigiar o bem-estar materno fetal e incentivar o autocontrolo durante os períodos de contrações.

Após o procedimento, considerando que a administração destes fármacos pode levar a hipotensão materna e a alterações a nível cardíaco fetal, foi mantida a vigilância cardiotocográfica e procedeu-se à monitorização da TA de 5 em 5 minutos durante os primeiros 15 minutos após a colocação do catéter. Também foi vigiada a presença de efeitos adversos como náuseas, vômitos, prurido, tremores intensos, aumento da temperatura, perda ou diminuição da função motora e sensitiva e retenção urinária (NICE, 2017).

A maior parte das mulheres, quer por vontade própria ou por indicação médica recorreram à analgesia por via epidural. Todavia, tivemos a oportunidade de prestar cuidados a várias parturientes que não recorreram a qualquer tipo de analgesia farmacológica para o TP e parto que, referiram ter tido uma experiência plena e satisfatória. Esta vivência revelou-se muito enriquecedora já que, nos permitiu observar a progressão da dor durante o TP, orientando-nos para a evolução do mesmo.

Para as parturientes que não estivessem a usufruir da analgesia por via epidural e com as membranas íntegras, era preconizada a liberdade de movimentos uma vez que referiam tolerar melhor a dor fora do leito. A deambulação ou a adoção de outras posições verticais, facilitam a descida do feto e o encravamento e promove contrações uterinas mais eficazes tendo

benefícios na duração do TP (The Royal College of Midwives, 2012). Os estudos de Mamede et al., (2007), confirmaram que as parturientes que deambularam nas 3 primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto, experimentaram uma redução em média de 22 minutos na primeira hora da fase ativa, 10 minutos na segunda e 6 minutos na terceira. Assim, as mulheres eram incentivadas a deambular, a realizar exercícios de básculas com a bola de pilates ou mesmo a dançar. No que respeita aos recursos materiais e espaço físico, as unidades de cuidados, todas dispunham de um ambiente acolhedor, com controlo de temperatura e luminosidade.

Apesar do supracitado, durante o estágio, foram observadas alterações do mecanismo ou da dinâmica do trabalho de parto. Um exemplo, foram os trabalhos de parto estacionários, entendendo-se como tal aquele que não progride durante um dado intervalo de tempo, variável de acordo com a fase em que se encontra. Na fase latente se tem duração >20h em nulíparas, e >14h nas múltiparas. Na fase ativa quando se verifica a ausência de alterações cervicais durante, pelo menos, 4h antes dos 6cm de dilatação ou 2h depois dos 6cm de dilatação. No período expulsivo diz-se prolongado se a duração for >2h em nulíparas, e >1h em múltiparas, caso exista analgesia epidural em curso, estes máximos devem ser acrescidos de 1 hora (DGS, 2015). O TP estacionário pode ser devido a condições fetais ou canal de parto que impedem a normal descida da apresentação apesar da dinâmica uterina, ou a disfunção contrátil. Uma vez identificada a causa, era estabelecido o diagnóstico de TP estacionário e a parturiente era preparada pela cesariana.

No decurso do primeiro estágio do TP e, numa tentativa de minimizar a ansiedade característica desta fase, procuramos respeitar as recomendações preconizadas pela OMS (1996), no Guia de Assistência ao Parto Normal, e dentro dos possíveis, oferecer à mulher/casal todas as informações e explicações que necessitar e desejar, dar liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, e realizar cuidados integrais procurando ser a pessoa de referência para a grávida ou parturiente e a pessoa significativa.

### **Período expulsivo**

Uma vez passado o período de dilatação, sobrevém o início do período expulsivo. O segundo período de TP ocorre, assim, desde a dilatação completa do colo uterino (10 cm) e apagamento completo do colo (100%) até à expulsão do feto (Nené, M et. al., 2016).

Segundo a NICE (2017), a duração do período expulsivo numa situação normal, é de quatro horas em primíparas com analgesia, três horas em primíparas sem analgesia e em

múltiparas com analgesia e duas hora em múltiparas sem analgesia. Estes “timings” estão sujeitos a diversos fatores, principalmente a eficácia das CU, o tipo e quantidade de analgesia, a condição física e emocional da mulher, a posição e paridade, a apresentação e a situação e tamanho do feto (Lowdermilk Perry, 2008). Neste sentido, a ACOG (2015) defende que um atraso neste período não é pernicioso para a parturiente nem para o feto sempre que o traçado do CTG seja tranquilizador, a mulher esteja adequadamente hidratada e confortável e exista uma evolução do TP.

Neste estágio, as CU são mais intensas (60-70 mm Hg), frequentes (cada 2-3 min) e rítmicas, e ocasionalmente surge um desejo incontrolável de puxar devido à pressão que o feto realiza sobre o músculo elevador do ânus, iniciando-se assim o reflexo de Ferguson e pode ainda subdividir-se em duas fases distintas (Castán Mateo, S. e Tobajás Homs, JJ. 2013; Montenegro et Rezende, 2014). A primeira, a fase passiva, é caracterizada pela dilatação completa do colo antes ou na ausência de contrações expulsivas involuntárias. A fase ativa, por sua vez, já é caracterizada pela dilatação completa, a observação do feto e contrações expulsivas involuntárias ou puxos maternos na ausência destas (NICE, 2017).

Em relação aos puxos ou esforços expulsivos, observamos dois modos de proceder quanto ao momento em que a parturiente devia iniciá-los: incentivar a mulher para começar a puxar aos 10 cm de dilatação ou esperar pela descida passiva da apresentação fetal até a mulher sentir o reflexo de Ferguson, encorajando-a a seguir os seus instintos. Assim, podemos distinguir dois tipos de esforços expulsivos nomeadamente, o puxo dirigido, em inspiração ou com a glote aberta (manobra de Valsalva) e o puxo espontâneo, em expiração ou com a glote fechada (Castán Mateo, S. e Tobajás Homs, JJ. 2013).

A evidência científica conclui que o puxo dirigido não apresenta benefícios que justifiquem a sua utilização, motivo pelo qual é desaconselhada. Os estudos de Cooke (2010) indicam que com a utilização desta técnica há um compromisso fetal devido à redução da pressão arterial materna e a oxigenação do sangue materno, o que vai de encontro aos resultados dos estudos de Yildirim et Beji (2008), os quais constataram que o período expulsivo foi significativamente menor no grupo das mulheres que não recorreram ao puxo dirigido e os RNs apresentaram melhores índices de Apgar, pH do sangue do cordão mais elevado e maior nível de PO<sub>2</sub>. Assim, há cada vez mais evidência científica que recomenda incentivar a mulher a puxar livremente, da forma que lhe for mais conveniente por resultar uma medida eficaz para diminuir a fadiga e promover o autocontrolo, dando origem a esforços expulsivos eficientes e por tanto, a uma redução das taxas de partos instrumentados e cesarianas (Kelly .et al., 2010).

Consequentemente, durante a prática clínica, encorajou-se a parturiente a seguir os seus instintos incluindo afirmação, partilha de informação e orientação sobre as vantagens e desvantagens da realização de puxos precoces ou tardios (Borders et al., 2013). Desta forma, colaboramos no “empowerment” da mulher, fazendo-lhe saber que é forte e tem capacidade para tomar a decisão correta para ela e para seu RN, ao invés de dirigi-las.

Da mesma forma, durante a nossa prática clínica, as mulheres foram encorajadas a parir na posição que lhes fosse mais confortável, embora a posição ginecológica ou de litotomia fosse a preconizada nos protocolos obstétricos. Todavia, sabe-se que não existe uma posição única mas sim várias que podem ser utilizadas no período expulsivo, pois os ângulos entre o feto e a bacia mudam constantemente conforme a adaptação e progressão do feto no canal de parto.

Seguindo a evidência científica mais atual, apresenta-se o seguinte quadro com as vantagens e desvantagens das distintas posições.

QUADRO 2: Vantagens e desvantagens das distintas posições durante o 2º período do TP.

	Vantagens	Desvantagens
<b>Decúbito supino ou litotomia</b>	Reduz o risco de hemorragia Facilita a monitorização contínua Compatível com analgesia epidural Máximo de conforto para o profissional	Aumento da taxa de episiotomias Aumento da taxa de partos instrumentalizados Menor liberdade de movimentos
<b>Decúbito lateral ou Sims</b>	Fator protetor do períneo Previne a síndrome de hipotensão supina Aumenta a eficácia das CU Compatível com analgesia epidural	
<b>Sentada ou semi-sentada</b>	Aumenta a eficácia e a direção das CU Maior bem-estar e autonomia para a parturiente Alívio da dor na área lombar Compatível com analgesia epidural	
<b>Verticais (de cócoras ou em pé)</b>	Reduz a duração do 2º estadio do TP Reduz a taxa de episiotomias Reduz a taxa de partos instrumentalizados Reduz os padrões anómalos da FCF Menor necessidade de ocitocina Diminui a dor	Aumento da taxa de lacerações de 2º grau Aumento da taxa de hemorragia pós-parto >500ml Pode ser difícil de manter (banco de parto)
<b>Quatro apoios</b>	Alívio da dor na área lombar Maior conforto para a parturiente Maior elasticidade do períneo Favorece a descida fetal Perceção de um parto mais curto Reduz a dor perineal do pós-parto	

(Fonte: Calais-Germain e Vives-Parés, 2015)

Como já foi referido, a posição de litotomia implica menor liberdade de movimentos devido à que provoca um forte apoio na região sagrada, dificultando a retroversão da articulação sacrococcígea. Esta desvantagem tornou-se visível quando tivemos a oportunidade de prestar cuidados a uma parturiente a qual apresentava uma concavidade horizontal do cóccix

ao exame vaginal, dito de outro modo, um cóccix em forma de gancho que não permitia a descida e encravamento do feto. Assim, a mulher foi encorajada a adotar a posição semi-sentada uma vez que liberta o cóccix da pressão favorecendo o seu movimento e retroversão, e pôde vivenciar o parto eutócico que desejava. Contudo, a redução de força e sensibilidade nos membros inferiores que implica a analgesia epidural, levou à maioria das mulheres a optar pelas posições de decúbito dorsal.

A preparação do período expulsivo incluiu a limpeza e assepsia dos genitais externos com água corrente uma vez que não existe evidência científica que demonstre que lavar com solução antisséptica diminui o risco de transmissão de infeções (Castán Mateo, S. e Tobajás Homs, JJ. 2013). Da mesma forma, era colocado o kit de parto, respeitadas as normas asséticas, procedia à higienização das mãos e vestia o equipamento individual esterilizado (bata, luvas, máscara e touca). As contrações uterinas e FCF eram monitorizadas em todo momento através do CTG até a exteriorização da cabeça fetal, para despiste de sinais de sofrimento (NICE, 2017).

Conforme o protocolo do serviço, durante o parto deviam estar presentes, pelo menos, duas EESMO, uma responsável pela assistência ao parto e outra pelos cuidados imediatos ao RN. Esta norma foi cumprida em todos os partos que assistimos, e até mesmo em alguns casos estavam presentes mais de quatro profissionais. Algumas mulheres precisam desta ajuda mas, não excedem 10% segundo a OMS. Todavia, o que todas necessitam é intimidade, uma condição sem a qual o parto, um acontecimento privado, não pode evoluir fisiologicamente. Segundo um estudo realizado no Hospital do Salnés (Galiza) em 2009, existe uma relação entre uma assistência humanizada do parto que respeita a fisiologia e a privacidade da parturiente/casal e desfechos materno-fetais favoráveis como o aumento dos partos eutócicos sem epidural, ocitocina e episiotomia (Casás et al., 2009). Assim, o fluxo de pessoas entrando e saindo da sala de partos o tempo todo, demonstrou ser, na prática clínica, prejudicial para o andamento fisiológico do TP, obrigando-nos a refletir sobre esta problemática à luz da evidência mais recente.

No momento do coroamento fetal, eram avaliadas as condições do períneo e, no caso deste se apresenta como obstáculo para a evolução do parto, era realizada a episiotomia, com o prévio consentimento da parturiente. Apesar da episiotomia mediana ter associada menor perda sanguínea, menor dor no pós-parto e melhor cicatrização, apresenta maior incidência de lesão do esfíncter anal. Por este motivo, durante o estágio hospitalar foi realizada a episiotomia médio lateral esquerda, com início na fúrcula vaginal e ângulo com o eixo vertical de entre 45 e 60 graus (Carvalho et. al., 2010).

A episiotomia tem sido efetuada de forma rotineira durante muitos anos, demonstrando claras desvantagens derivadas da sua prática, principalmente o aumento da dor puerperal do períneo, da perda sanguínea, do risco de infeção e do surgimento de lacerações de 3º e 4º grau ou de 2º grau nos partos sucessivos (Aperin et. al., 2008; Carroli e Mignini, 2010). Por este motivo, atualmente é recomendado o uso da episiotomia seletiva em relação à sistemática. A OMS (2003) aconselha o uso da episiotomia só nos casos de sofrimento fetal, parto distócico, apresentação pélvica, macrossomia e laceração perineal grave iminente. No entanto, a avaliação da necessidade de realização de episiotomia demonstrou ser um desafio ao início do estágio mas, com a ajuda constante da enfermeira orientadora e graças a ter a oportunidade de poder ver este procedimento em muitas ocasiões, esta dificuldade foi ultrapassada com sucesso.

Com os esforços expulsivos, produz-se a saída da cabeça fetal que era assistida com movimentos suaves, realizando a manobra de Ritgen modificada para reduzir o diâmetro biparietal ao mesmo tempo que se evitava a deflexão súbita, protegendo assim o períneo (MSSSI, 2014). Após a saída da cabeça, solicitou-se à parturiente a cessação dos puxos para proceder à procura de circulares cervicais do cordão umbilical antes da exteriorização dos ombros. Na presença de circulares largas à volta da cabeça fetal, estas passavam-se sobre a mesma ou para atrás dos ombros e as restantes manobras do parto eram realizadas. Caso a circular presente fosse apertada, o cordão era laqueado e seccionado previamente. Esta última situação foi vivenciada em 5 ocasiões, durante a realização do parto, que foram resolvidas sem incidências. Após isto, amparava-se a cabeça do feto auxiliando a rotação externa e uma vez completada, era libertado o ombro anterior seguido pelo posterior e restante corpo, enquanto voltava-se a proteger o períneo com a mão direita.

Após o nascimento, era observada a hora para posterior registo e dávamos os parabéns aos pais. Os cuidados imediatos ao RN incluíram o secagem com panos limpos e secos, para evitar a perda de calor, e a estimulação tátil do dorso, favorecendo assim, a mobilização correta das secreções. A seguir, eram removidos os restos de secreções que se encontrarem na boca do RN com ajuda de uma compressa limpa (Hockenberry e Wilson, 2014).

A avaliação e exame inicial do recém-nascido era feito depois destas medidas e durante as primeiras horas de vida. Esta incluiu a avaliação da adaptação fisiológica na vida extrauterina mediante o índice de Apgar (Cor, tónus muscular, irritabilidade reflexa, esforços respiratórios e frequência cardíaca), sendo avaliado novamente ao 5º e 10º minuto após nascimento. O exame do RN era sempre realizado na presença da mãe e, se possível do pai, acompanhado por uma explicação dos resultados aproveitando o momento para a educação parental ou promoção da saúde (The Royal College of Midwives, 2012).

O índice de Apgar tem demonstrado ser um correto preditor da necessidade de prestação de cuidados imediatos ao RN (Laptook, 2014). Nos casos em que o 1º score de Apgar era inferior a 7, era realizada a clampagem precoce do cordão e o RN era transferido para a incubadora aberta para avaliação e estabilização enquanto era contactado o pediatra (OMS, 2014). Durante os partos assistidos, só um RN precisou de reanimação imediata por síndrome de aspiração meconial (SAM). As guidelines mais recentes desaconselham a aspiração de secreções ou líquido amniótico meconial num RN com choro vigoroso. No entanto, neste caso o RN apresentava sinais que evidenciavam um possível compromisso respiratório, nomeadamente adejo nasal, retração costal e cianose, resultando um score de Apgar <6 no primeiro minuto. Assim, o pediatra responsável praticou a intubação precoce do RN e posteriormente, a aspiração endotraqueal de acordo com as orientações fornecidas pela American Heart Association (2015).

Felizmente, só 10% dos RN precisam algum tipo de assistência para começar a respirar e menos do que 1% requer ressuscitação cardiopulmonar avançada (American Heart Association, 2015). Por isso, sempre que o estado do RN o permitiu e a mãe o desejou, o contacto pele a pele precoce foi encorajado e praticado.

Indo ao encontro da perspectiva da NICE (2014), tivemos o cuidado de não deixar as práticas rotineiras da sala de partos interferir com a relação entre mãe e o RN. Assim, todos os procedimentos não urgentes como a antropometria, a administração das profilaxias e a colocação das pulseiras de identificação foram adiados até o final da primeira mamada (IHAN, 2011). Quando realizados, estes foram sempre concretizados na presença dos pais, sendo que foram explicadas todas as intervenções. A avaliação antropométrica compreende a medição e registo do peso, o cumprimento e o perímetro cefálico do recém-nascido. Para evitar o risco de doença hemorrágica no RN, é recomendada a administração de 1mg de Vitamina K por via intramuscular nas primeiras duas/quatro horas de vida. A profilaxia ocular era realizada mediante a administração de tetraciclina oftálmica 1% a modo de pomada, demorando até após a primeira hora para evitar alterar o contacto visual mãe-filho (FAME, 2008).

## **Dequitadura**

O terceiro período do TP ou dequitadura, vai desde a expulsão do feto até a saída completa da placenta e as membranas. É o momento em que os membros da família começam a conhecer-se pela primeira vez e as intervenções durante esta fase têm demonstrado ter um efeito a longo prazo sobre a tríade e a amamentação (Jennings, 2012). Por este motivo, a nossa

atuação inclui a preservação da intimidade familiar, más também a vigilância de potenciais complicações associadas a este período nomeadamente, a retenção placentar, a hemorragia pós-parto e a inversão uterina.

De acordo com o preconizado pela OMS (2014), aguardou-se no mínimo um minuto para a laqueação do cordão umbilical e, no momento do corte, era sempre sugerida a colaboração da pessoa significativa, que na maior parte dos casos foi o pai. Sempre que o casal assim o desejasse, foi promovido o contacto pele a pele imediato com o RN, dado que este tem revelado abundantes benefícios fisiológicos e psicossociais para a mãe, o RN e a sua ligação (Matos et. al., 2010). De acordo com o protocolo do serviço, era adotada uma atitude expectante até o descolamento da placenta sem exceder 30 minutos, considerando que após esse tempo podemos estar perante a uma retenção. Assim, uma vez confirmado o descolamento, mediante o signo positivo de Kustner, procedia-se à tração controlada do cordão umbilical, para tornar mais fácil a saída da placenta, observando o tipo de dequitação (Shutzle ou Duncan) e posteriormente, à rotação continua desta para evitar a fragmentação das membranas.

Após a dequitação, era inspecionada a placenta, confirmado a sua integridade, a presença do córion e âmnios, o número de vasos do cordão (uma veia e duas artérias) e o seu local de inserção. Entre as anomalias advertidas durante o percurso de estágio, é de destacar, a observação de cotilédones aberrantes em duas placentas e a presença significativa de calcificações numa placenta pertencente a uma mãe fumadora e um feto com RCIU.

A principal complicação associada a este período é a hemorragia pós-parto (HPP), definida pela OMS (2012) como a perda de sangue superior ou igual a 500ml nas 24 horas após o nascimento. A causa mais frequente é a atonia uterina, embora saibamos que poderia haver outras causas, nomeadamente; a rutura ou inversão uterina, a placenta acreta, a retenção de fragmentos de placenta, lacerações do canal de parto e perturbações da coagulação (OMS, 2012). Assim, de acordo com o diagnóstico “risco de hemorragia”, era sempre realizada a vigilância do tónus uterino mediante a palpação abdominal, certificando-nos da presença do globo de segurança de Pinard.

A gestão do terceiro período de TP pôde ser experienciada sob uma abordagem passiva ou ativa, dependendo da atitude que adotavam os profissionais que a executavam. Esta prática era corroborada pela FIGO (2012). A abordagem passiva é, normalmente, caracterizada por uma atitude expectante face ao descolamento da placenta, que sucede espontaneamente com o esforço materno, sem incluir ou incluir intervenções mecânicas ou farmacológicas nomeadamente, a clampagem do cordão antes de este parar de pulsar e administração de uterotónicos. Esta abordagem defende que a ocitocina endógena liberada após o 2º estágio do

TP contribui para a manutenção das CU favorecendo a expulsão da placenta. Algumas medidas de promoção do descolamento espontâneo foram: colocar ao RN a mamar, para estimular a liberação de ocitocina, e usar uma posição vertical, a fim de aproveitar a força da gravidade (Afshari et al., 2014). A abordagem ativa do terceiro período do TP pretende minimizar o risco de HPP e inclui a administração de uterotônicos, preferencialmente a ocitocina, juntamente com a clampagem do cordão e a sua tração controlada, intervenção que só é recomendada em presença de profissionais qualificados. A massagem uterina sustentada não é recomendada em mulheres que receberam ocitocina profilática embora deva ser efetuada sempre numa HPP (OMS, 2013).

Durante o estágio clínico, foram observadas tomadas de decisão díspares por parte dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, face à laqueação do cordão umbilical. Por um lado, a decisão de manter ao RN ao nível do introito vaginal antes de clampar o cordão umbilical, por outro, a decisão de colocar ao RN imediatamente no abdómen ou no peito da mãe antes da laqueação. Neste sentido, decidimos abordar o local e posição do RN para a laqueação do cordão umbilical, sob a forma de uma revisão integrativa da literatura, inserida no capítulo seguinte deste relatório, para clarificar dúvidas face à divergência de opiniões e tomada de decisão por parte dos diversos profissionais da equipa multidisciplinar em relação a este procedimento.

Antes da saída da placenta, era realizada a colheita de sangue do cordão umbilical de acordo com os protocolos de incompatibilidade Rh ou ABO. Também era efetuado o protocolo de colheita para preservação de células estaminais, se a parturiente/casal o desejar. Posteriormente, as amostras eram encaminhadas para o banco público ou privado em função da escolha do casal. Se a parturiente não estiver com perfusão ocitócica, era iniciada imediatamente antes da dequitação com 10 unidades em 500ml de soro fisiológico a 250ml/h.

### **3.1. A posição do recém-nascido antes da clampagem do cordão umbilical e as suas implicações.**

Subjacente à opção pelo estágio de natureza profissionalizante está a realização de um relatório de estágio, cujo conteúdo contemple a descrição do processo de conceção de cuidados, a atividade diagnóstica e as respetivas intervenções que suportam o desenvolvimento das competências do EESMO, no âmbito do planeamento de cuidados à mulher / casal, RN e família, para uma parentalidade positiva. Mas um dos objetivos, de igual modo relevante, visa

problematizar as práticas através da PBE para a melhoria destas, em cuidados especializados, de forma a que estes tenham reflexo nos ganhos em saúde e possam contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem.

Neste contexto, sendo da competência do EESMO realizar o parto eutócico, propomos, atingir este objetivo com base na evidência científica, de uma forma geral e, em particular, problematizar o local e posição do recém-nascido para a clampagem do cordão umbilical e as suas implicações, após o parto, por esta problemática ter suscitado alguma controvérsia e termos observado alguma discrepância na tomada de decisão dos vários profissionais.

Por estar associado ao aumento das reservas de ferro e, portanto, a uma redução do risco de anemia em lactantes, a laqueação do cordão umbilical com o recém-nascido colocado ao nível ou abaixo do nível do períneo após o nascimento foi o procedimento adotado durante o estágio. Todavia, continua a debater-se sobre quais são as vantagens da clampagem do cordão umbilical com o RN no peito da mãe pelo pressuposto de que a gravidade não afeta o volume de sangue transferido.

Deste modo, problematizar esta temática tem como finalidade contribuir para o processo de tomada de decisão em enfermagem, baseado em evidência científica, que ajude a definir as intervenções mais adequadas. Pois, a prática baseada na evidência encoraja a utilização dos resultados da pesquisa na assistência de enfermagem e coloca grande ênfase na pesquisa como forma de aperfeiçoar as práticas.

A revisão da literatura possibilita obter uma síntese dos resultados das pesquisas publicadas previamente acerca do tema em estudo, sendo desta forma descrito o conhecimento no seu estado atual, o que facilita as modificações da prática quotidiana, pois trata-se de um conhecimento fundamentado e uniforme. Assim, optamos por realizar uma revisão integrativa da literatura contendo estudos sobre a temática, indexados nas bases de dados, no âmbito das ciências da saúde entre os anos 2011 e 2017 e cujas fases apresentamos de seguida:

1. Introdução ao problema em estudo;
2. Opção metodológica;
3. Apresentação dos resultados;
4. Discussão dos resultados;
5. Considerações finais.

### **3.1.1. Introdução ao problema em estudo**

Após o parto, o RN continua ligado à mãe através do cordão umbilical que faz parte da placenta, sendo separado dela por meio da laqueação e corte do cordão. A clampagem do

cordão umbilical é um procedimento incluído no 3º período do TP ou dequitação (tempo que decorre desde a saída do RN até a expulsão da placenta). O momento e modo de realizá-lo varia de acordo com as políticas institucionais e as práticas clínicas (McDonald et al., 2013).

Durante anos, tem sido considerado que a clampagem precoce do cordão, isto é antes do primeiro minuto de vida, reduz o risco de hemorragia pós-parto (HPP). Entretanto, a evidencia científica mais recente não tem demonstrado uma diferença significativa entre as taxas de hemorragia pós-parto (HPP) quando foi comparada com a clampagem tardia (geralmente entre 1 e 3 minutos após o nascimento) (McDonald et al., 2013). Pelo contrário, a laqueação precoce tem sido relacionada com anemia neonatal, um grave problema de saúde pública em países desenvolvidos e não desenvolvidos. A deficiência de ferro durante a infância é particularmente preocupante por causa dos seus efeitos potencialmente prejudiciais no desenvolvimento cerebral, incluindo a mielinização, a dendritogênese, a função neurotransmissora e o metabolismo energético neuronal e glial. A longo prazo, isto pode ser traduzido em déficits cognitivos e comportamentais, nomeadamente desenvolvimento motor prejudicado, resposta afetiva alterada e atraso mental (Andersson et al., 2011).

Em 2012, a OMS atualizou o seu relatório de 2006 sobre ressuscitação neonatal básica e recomendou a clampagem do cordão umbilical tardio de 1 a 3 minutos após o nascimento, com o RN mantido ao nível do introito vaginal ou abaixo dele, recebendo assim uma transfusão sanguínea substancial da placenta. 40 anos de evidência acumulada apoiam esta estratégia, que aumenta as reservas de ferro e reduz o risco de anemia ferropénica em lactentes, um importante benefício global para a saúde.

Porém, manter o RN por mais de 1 min ao nível do introito, como é recomendado atualmente, na hipótese de que a gravidade afeta ao volume de transfusão placentar, mostrou-se uma situação complicada durante a prática clínica que podia interferir diretamente no contacto pele a pele imediato, um procedimento que começa idealmente após o parto e deve durar até ao final da primeira mamada, constituindo um período sensível para a futura programação fisiológica e comportamental. (Vain et al., 2014; Moore et al., 2016).

Embora o 3º período de TP seja uma área pouco explorada, vários estudos recentes corroboram que a posição do recém-nascido antes da laqueação do cordão não parece afetar o volume de transfusão placentar. Assim, durante o estágio clínico, foram observadas tomadas de decisão díspares por parte dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros. Por um lado, a decisão de manter o RN ao nível do introito vaginal, antes de clampar o cordão umbilical, no pressuposto de que a gravidade afeta o volume de transfusão placentar. Por outro, a decisão de colocar o RN imediatamente no abdómen ou no peito da mãe, antes da clampagem, assumindo

assim que a gravidade desempenha uma parte pequena ou insignificante na transfusão placentar, priorizando o contacto pele a pele precoce.

Partindo do princípio de que o modo da clampagem do cordão umbilical tem um impacto e um potencial enorme para a saúde dos RNs e tendo observado várias vezes a controvérsia entre os profissionais, optamos por estudar este problema sob uma revisão da literatura crítica / revisão integrativa, no sentido de fundamentar a nossa tomada de decisão, centrado na prática baseada na evidência.

### **3.1.2. Opção metodológica**

A metodologia compõe uma das partes essenciais de qualquer estudo uma vez que possibilita a colheita de informação conveniente, com procedimentos apropriados, identificando e realçando os aspetos mais importantes da investigação com a finalidade de alcançar os objetivos propostos (Ribeiro, 2010; Fortin, 2009). De entre as opções possíveis, decidimos desenvolver este trabalho de investigação com base numa metodologia qualitativa em forma de revisão integrativa da literatura.

A revisão integrativa é um método que permite reunir o conhecimento científico já gerado, possibilitando confrontar os resultados de vários estudos, abordando tanto investigações qualitativas como quantitativas, para chegar à melhor evidência (Pompeo et al., 2009). Segundo Botelho e colaboradores (2011), este tipo de estudo permite ao investigador aproximar-se da problemática que deseja conhecer, compreender a evolução do conhecimento sobre o tema e identificar as oportunidades de pesquisa que poderão acrescentar importantes contributos para a sua compreensão.

Para a conceção de uma revisão integrativa deve-se obedecer a uma metodologia específica e bem delineada. Se bem que os diferentes autores defendem fases distintas para a sua realização, o seu processo está bem definido na literatura existente. Seguindo as orientações de Botelho e colaboradores (2011), as etapas levadas a cabo para a execução desta revisão integrativa incluem: a elaboração da pergunta de pesquisa, a procura da evidência, a categorização dos estudos, a análise crítica dos estudos incluídos, a discussão dos resultados e a síntese do conhecimento.

Hoje em dia existe muita informação científica acessível e que muitas vezes é contraditória, sendo necessário saber seleccionar essa informação. Assim, foi realizada a primeira

etapa, a formulação dos objetivos, simples e claros, aos quais se pretende obter respostas e dados conclusivos. Para facilitar e maximizar o alcance do conhecimento científico encontrado, foi definida a questão de partida e delimitada uma estrutura lógica para a posterior pesquisa bibliográfica da evidência na literatura (Mendes et al., 2008).

Determinar a pergunta de investigação é um dos primeiros passos no planeamento da investigação e da pesquisa bibliográfica pois permite estabelecer a conduta de avaliação, como por exemplo, os critérios de inclusão e exclusão que são estabelecidos como resultado da questão formulada (Aromataris & Pearson, 2014). De acordo com o Reviewers Manual do Joanna Briggs Institute (2014), a pergunta de investigação orienta o desenvolvimento dos critérios específicos da revisão. A sua objetividade promove uma pesquisa mais eficaz e fornece uma estrutura para o desenvolvimento do relatório da revisão.

Tanto os critérios de elegibilidade (inclusão/exclusão), como a questão de investigação foram estabelecidos com base no método PICO. O método PICO, a sigla de Participants, Interventions, Comparisons e Outcomes, remete para que a questão de partida deverá especificar o tipo de população a estudar, os tipos de intervenções e de comparações e também os resultados que se esperam atingir (Melo, 2014). Para melhor compreensão, apresentamos o seguinte quadro com as quatro componentes da estratégia PICO.

QUADRO 3: Definição da pergunta segundo o esquema PICO

P (Paciente/População)	I (Intervenção)	C (Comparação)	O (Outcomes/Resultados)
Recém-Nascidos	Clampagem do cordão ao nível do introito ou abaixo dele	Clampagem do cordão acima do nível do introito	Implicações para a mãe e RN

Deste modo, nossa questão de investigação foi: *Qual é o local e posição ideal do RN para a clampagem do cordão, face às implicações para a mãe e RN?*

Após a aplicação da estratégia PICO, foram definidos os descritores Mesh no sentido de dar resposta à pergunta de investigação. Identificaram-se os seguintes: “umbilical cord clamping”, “placental transfusion”, “baby position”, “skin-to-skin”, utilizando os caracteres booleanos “and” e “or” para conjugar os diferentes descritores, bem como o símbolo “” que permite a pesquisa de uma frase, séries ou palavras específicas.

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre novembro de 2016 e junho de 2017 e incluiu trabalhos científicos publicados entre o período de novembro de 2011 e junho 2017. Para o efeito recorreu-se à pesquisa em bases de dados eletrónicas nacionais e internacionais,

designadamente através do motor de busca EBSCOhost nas seguintes bases de dados: MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessments, Cochrane Methodology Register, MedicLatina, Academic Search Complete, Information Science & Technology Abstracts, CINAHL Complete, SCIELO, Nursing reference center, DIALNET, CUIDEN e PUBMED.

Seguindo as orientações de Botelho e colaboradores (2011), a etapa seguinte pautou-se pela definição dos critérios de inclusão e exclusão para as publicações selecionadas. Nesta investigação, os critérios de inclusão estabelecidos foram: estudos publicados entre 2011 e 2017, disponíveis em texto integral, escritos em inglês, português ou espanhol, preferencialmente de elevada evidência científica e estudos sobre o tema que contivessem os descritores estabelecidos no seu resumo ou título. Os critérios de exclusão definidos foram: artigos não indexados às bases de dados das ciências da saúde, sem resumo ou referência ao local e posição ideal para a clampagem do cordão umbilical e às implicações para mãe e RN, escritos em outras línguas que não as definidas para inclusão.

A seguinte etapa compreende a identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados mediante a leitura dos resumos e as palavras-chave utilizadas. A próxima etapa, implica a categorização dos estudos selecionados a través de uma análise crítico-reflexiva dos artigos e a elaboração de uma síntese, que pode ser feita com recurso a um quadro que se encontra no anexo 1 (Botelho et al., 2011).

### **3.1.3. Apresentação dos resultados**

Numa primeira pesquisa efetuada nas bases de dados, obtiveram-se 101 artigos, dos quais 59 foram rejeitados pelo título. Dos 42 artigos restantes, após análise do resumo segundo os critérios de inclusão estabelecidos, foram pré-selecionados 16 estudos para leitura integral, e desses, foram selecionados 11 para o estudo, nomeadamente 4 revisões sistemáticas da literatura, 4 ensaios randomizados, 2 estudos observacionais prospetivos e uma guideline.

Os níveis de evidência (NE) das produções científicas analisadas foram avaliados segundo o modelo dos “6S” de Haynes, uma classificação proposta por Lewin, Singleton e Jácoobs (2008) que dispõe os seis níveis em forma de pirâmide, permitindo categorizar os trabalhos segundo o seu NE. De acordo com Melo e colaboradores (2014), os sistemas computadorizados de apoio à

decisão ou as revisões sistemáticas da literatura encontram-se no topo da pirâmide, sendo o nível mais elevado de evidência científica. O nível II corresponde a estudos experimentais, o nível III a estudos quase experimentais e o nível IV a estudos não experimentais. Os estudos de caso ou revisões narrativas da literatura formam o nível V e, finalmente, o nível VI corresponde a trabalhos com menos evidência, como as opiniões de peritos.

As publicações analisadas, nesta revisão integrativa da literatura, encontram-se resumidas num quadro no “Anexo 1: Análise dos artigos selecionados”, especificando: autor, ano, publicação, país, objetivo, metodologia, conclusões e NE.

### 3.1.4. Discussão dos resultados

Seguindo as orientações de Botelho e colaboradores (2011), a seguinte e quinta etapa na realização da revisão integrativa da literatura compreende a análise e interpretação dos resultados obtidos. Com o objetivo de dar resposta à nossa questão de investigação, procedemos à extração dos conceitos abordados em cada estudo, comparando e agrupando os procedimentos identificados na Figura 1.

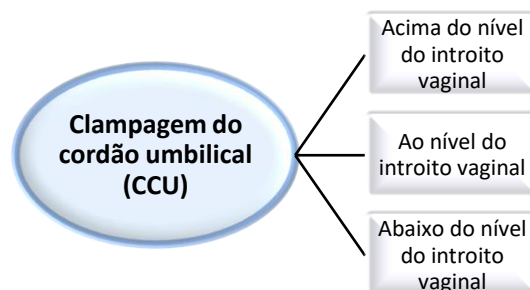


Figura 1: Posições do RN para a clampagem do cordão umbilical

No pressuposto de que a gravidade afeta o volume de transfusão placentar, as atuais recomendações sugerem que os recém-nascidos sejam mantidos ao nível do introito ou abaixo dele. Estas recomendações, estão baseadas nos estudos de Gunther em 1957 e de Yao em 1969 que, embora não sejam ensaios randomizados e fossem realizados há 35 anos, tiveram uma metodologia muito rigorosa e sugeriram que levantar ou baixar o RN 15-20 cm ou mais com o cordão intacto influencia a transfusão placentar (Vain et al., 2014). Assim, na maioria de estudos encontrados posicionam o RN deste modo sem considerar locais alternativos, sendo que 4 dos estudos analisados nesta revisão integrativa defendem esta técnica.

Um ensaio randomizado controlado realizado em 2012 dividiu aleatoriamente 180 mulheres com parto vaginal e cuja gravidez foi superior a 37 semanas em dois grupos com o intuito de examinar o efeito da CTC com o RN mantido ao nível da pelve materna nos níveis de ferro no período neonatal inicial e aos 3-5 meses de vida. Num grupo, foi efetuada a clampagem precoce do cordão (CPC) após 15 seg, e no outro grupo, foi realizada a CTC após 3 minutos com os RNs mantidos ao nível da pelve materna. O estudo concluiu que a clampagem do cordão após 3 min ao nível da pelve, aumentou as concentrações de ferritina e reduziu a prevalência de deficiência de ferro aos 3-5 meses de idade, sem efeitos neonatais adversos demonstráveis (Al-Tawil et al., 2012).

Os autores Raju, T. e Singal, N. (2012) realizaram uma revisão integrativa cujo objetivo era analisar os prós e contras da clampagem precoce e tardia do cordão na condição materno-fetal que incluiu 5 revisões sistemáticas da literatura. Concluiu-se que adiar a clampagem do cordão 30-60 segundos após o nascimento com o RN a um nível abaixo da placenta está associado a benefícios neonatais, incluindo melhorias da circulação de transição, melhor estabelecimento do volume de glóbulos vermelhos e diminuição da necessidade de transfusão de sangue.

Foram também encontrados dois estudos sobre a transfusão placentar em recém-nascidos prematuros. Uma grande parte da circulação fetal nos RN pré-termo está na placenta, por isso, eles têm um maior benefício potencial de uma transfusão placentar aumentada do que os RN de termo (Palethorpe, 2010).

Neste sentido, foi realizada uma revisão sistemática da Cochrane cujo segundo objetivo era avaliar o efeito do posicionamento do RN acima ou abaixo do introito no nascimento. Este estudo evidenciou que o volume ideal e a duração da transfusão placentar são desconhecidos, mas existem várias maneiras de potencialmente influenciar a transfusão placentar para os RN pré-termo. Segundo os autores, essas estratégias incluem a clampagem tardia do cordão mantendo o RN ao nível da placenta ou abaixo do introito usando a gravidade para auxiliar a transfusão placentar (Rabe et al., 2012).

Por outra parte, os estudos de Dipak e colaboradores (2017) defendem, também, que em RNs pré-termo, a CTC com o RN abaixo do nível do períneo e a administração de uterotônicos à mãe, tem benefícios significativos no aumento do hematócrito e da pressão arterial.

Estes estudos vão de encontro à realidade na prática clínica da instituição onde foi desenvolvido o nosso estágio, o CMIN, onde a colocação do RN ao nível da pelve materna ou

abaixo, após o nascimento e posterior clampagem tardia do cordão, faz parte do protocolo de atuação no 3º período do TP.

Porém, manter RN por mais de 1 min ao nível do introito, na hipótese de que a gravidade afeta ao volume de transfusão placentar, interfere diretamente no contacto pele a pele imediato e mostrou-se desconfortável para os profissionais de saúde e para a mãe durante a nossa prática clínica. Por tal motivo, alguns autores pretenderam avaliar se a gravidade afeta o volume da transfusão placentar. Se esta desempenha uma parte pequena ou insignificante na transfusão placentar, a maioria dos RNs nascidos após o parto vaginal podem ser colocados imediatamente no abdómen ou no peito da mãe antes de clampar o cordão umbilical.

Com essa finalidade, Palethorpe RJ, Farrar D, Duley L. (2010) realizaram uma revisão sistemática da literatura para avaliar estudos sobre os efeitos materno-fetais de posições alternativas para o RN entre o nascimento e a clampagem do cordão. No entanto, nenhum ensaio controlado randomizado foi identificado para comparação e concluíram que eram necessários ensaios randomizados controlados, exaustivos e corretamente concebidos, para determinar o efeito, a curto e longo prazo, que a posição pode ter na transfusão placentar.

Devido a estes resultados, dois dos autores supracitados juntamente com mais colaboradores, efetuaram um estudo observacional prospetivo com o intuito de estimar o volume e a duração da transfusão placentar em 28 recém-nascidos a termo. Os RNs foram pesados com o cordão umbilical intacto, usando balanças digitais localizadas na cama (nível do introito) ou no abdómen da mãe (acima do nível do introito). Embora os números fossem pequenos, o volume de transfusão placentar não parecia ser influenciado pelo fato do RN estar ao nível da cama/introito ou elevar-se ao nível do abdómen materno (Farrar et al., 2011).

Um ensaio randomizado controlado realizado em 2011 dividiu aleatoriamente 400 mulheres com parto vaginal e cuja gravidez foi superior a 37 semanas em dois grupos com o intuito de examinar o efeito da CTC nos níveis de ferro aos 4 meses de vida. Num grupo, foi efetuada a clampagem precoce do cordão (CPC) após 10 seg, e no outro grupo, foi realizada a CTC após 3 minutos. No primeiro grupo, os RNs foram mantidos ao nível da pelve materna ou introito e, no segundo grupo, os RNs foram mantidos ao nível do introito durante 30seg e depois no abdómen materno até à clampagem. Este estudo evidenciou um aumento das concentrações de ferritina sérica durante o período neonatal inicial e aos 4 meses quando o RN é mantido abaixo do nível do introito durante 30 segundos e depois no abdómen materno até cortar o cordão aos 3 minutos (Andersson et al., 2011).

As autoras Mercer e Erickson-Owens (2012) realizaram uma revisão integrativa cujo objetivo era examinar os efeitos da CTC, do “milking” do cordão e do posicionamento do RN

imediatamente após o nascimento que incluiu a inclusão de 4 revisões sistemáticas da literatura, 10 ensaios randomizados controlados e 1 estudo observacional. Concluiu-se que segurar ao RN acima do nível da placenta mais de 10 cm retarda a transfusão placentar e esta acelera quando o RN é colocado por baixo. Todavia, um atraso de 5 minutos na clampagem do cordão quando o RN encontra-se no abdómen materno permite receber uma transfusão placentar completa.

Um estudo observacional prospectivo com 26 recém-nascidos a termo foi realizado em 2013 para determinar quando cessa o fluxo de sangue do cordão umbilical e a técnica de clampagem que maximiza a transfusão placentar. Este estudo evidenciou que manter o RN dentro de 20 cm do nível da placenta irá evitar o efeito da gravidade e, por tanto, o RN pode ser colocado no abdómen materno sem afetar significativamente a taxa de transfusão placentar (Law et al., 2013).

Em 2014, foram publicados em “The Lancet” os resultados de um ensaio multicêntrico randomizado controlado que obrigou toda a comunidade científica a reconsiderar as recomendações atuais. O estudo, concebido na Argentina, tinha como objetivo principal avaliar se a gravidade afeta o volume de transfusão placentar. Os 391 RNs selecionados, foram pesados imediatamente ao nascimento ao nível da vulva. Durante os 2 min seguintes, os RN aleatoriamente atribuídos ao “grupo introito” (197) foram mantidos ao nível da vagina e aqueles que foram atribuídos ao “grupo abdómen” (194) foram colocados no peito da mãe. Ao fim de 2min, o cordão foi cortado e os RNs pesados novamente na mesma balança. Os resultados do estudo referem que a posição do RN antes da clampagem do cordão não parece afetar o volume da transfusão placentar. Por outro lado, as mães do “grupo abdómen” referiram maiores níveis de satisfação em relação ao parto e beneficiaram das vantagens do contacto pele a pele. Assim, estes autores sugerem que as mães podem manter o seu RN no abdómen ou no peito, aumentando a ligação mãe-filho, sem originar deficiências de ferro na infância (Vain et al., 2014).

Contudo, as guidelines mais recentes sobre a clampagem do cordão e a transfusão placentar do “Royal College of Obstetricians and Gynaecologists” de Reino Unido (RCOG) defendem que sem a influência de um uterotônico, a gravidade tem um efeito significativo na transfusão placentar se o RN estiver mais de 20cm, acima ou abaixo do introito. Sugerem que o RN pode ser colocado no abdómen ou no peito materno, nos casos em que é administrada ocitocina 1 minuto depois do nascimento à mãe (RCOG, 2015).

### 3.1.5. Conclusão

A realização desta revisão integrativa da literatura representou um método excepcional de aprofundar e cimentar habilidades no domínio da investigação em enfermagem, sobretudo no campo da especialidade em saúde materna e obstetrícia.

Atualmente, o exercício profissional da enfermagem exige a procura de conhecimento científico com o intuito de prestar cuidados baseados nos mais elevados padrões de qualidade. Neste sentido, a PBE orienta os enfermeiros na tomada de decisão com base nas evidências mais atuais, na competência clínica do profissional e nos valores e preferências do utente, o qual se traduzirá em verdadeiros ganhos de saúde para a comunidade.

Devido à quantidade de informação em saúde disponibilizada, é crucial possuir competências como estudante do MESMO que nos permitam selecionar criteriosamente a literatura científica de entre os estudos, artigos e bibliografia disponíveis.

A análise da temática “A posição do recém nascido antes da clampagem do cordão umbilical e as suas implicações” foi realizada com o propósito de comparar o efeito das posições alternativas prévias à laqueação do cordão umbilical, para o RN e para a mãe.

Após a análise dos artigos científicos incluídos na revisão integrativa, corroborou-se que, segundo os estudos mais recentes, a gravidade não afeta ao volume de transfusão placentar, seguindo-se na maioria dos estudos selecionados as intervenções recomendadas na clampagem tardia do cordão da NICE (2014). Desta forma, colocar o RN no peito ou abdómen da mãe não é menos eficaz do que a posição de introito, sempre que seja respeitada a clampagem tardia, e traz consigo os benefícios, sobejamente conhecidos, do contacto pele a pele precoce e o aumento dos níveis de satisfação materna em relação ao parto.

Manter o RN durante o mínimo 1 minuto ao nível do introito, demonstrou ser um procedimento muito incómodo, não só para a mãe, mas também para o profissional que assiste o parto. Assim, concordamos com os autores Raju e Singal (2012), ao referir que isto é um provável motivo da baixa adesão da clampagem tardia do cordão por parte dos profissionais da obstetrícia. Neste sentido, os resultados desta revisão podem também contribuir para uma maior adesão a uma prática que, como se sabe, previne a deficiência de ferro em RN e crianças, um grave problema de saúde pública não só em países de baixo rendimento mas também na América do Norte e Europa Ocidental. Contudo, ainda existem evidências científicas que comprovam a eficácia da posição ao nível do introito para o aumento da transfusão placentar,

nomeadamente em recém-nascidos pré-termo e em situações em que não são administrados uterotónicos à mãe durante o parto.

Apesar dos resultados emergentes não demonstrarem implicações muito divergentes, podemos concluir que entre todas as posições nenhuma era referida como nefasta para o RN. Tal implica que não seja possível delinear uma orientação standartizada, ou protocolo de atuação, no que concerne à clampagem do cordão, mas poder afirmar que estes resultados podem constituir um contributo para que o EESMO possa desenvolver as suas práticas com base na melhor e mais recente evidência, na sua tomada de decisão sobre a posição do RN para que as implicações sejam o mais positivas possível para a mãe e RN.

Durante a pesquisa bibliográfica, foram descobertos diversos ensaios em progresso, inclusive em animais e esta foi indubitavelmente a limitação mais importante encontrada durante a realização da revisão, ou seja; a escassez de publicações científicas que abordam esta temática. Tal, implica que, em jeito de sugestão, continue a afirmar que é necessário realizar estudos para chegar a conclusões mais consistentes sobre esta temática, nomeadamente estudos cujo objetivo principal seja analisar os efeitos das diversas posições do RN antes da clampagem do cordão umbilical, para a mãe e RN. Ou seja, pesquisas que incluam ensaios ou avaliem procedimentos por estudos quase experimentais, para que possam gerar progresso em muitas áreas da obstetrícia, incluindo os cuidados neonatais no momento do nascimento, como uma competência específica do EESMO (OE, 2011).

Após termos demonstrado, o caminho que seguimos para problematizar as práticas, retomamos, agora ao período de hemóstase.

### **Período de hemóstase**

Após a dequitação, numa situação normal, decorre o quarto estágio do TP ou período de hemóstase, o qual tem a duração de 2 horas depois da expulsão da placenta e membranas fetais. É um período de extrema importância devido ao alto risco de HPP pelo que era novamente efetuada a avaliação do tônus uterino, bem como a sua altura e posição (Montenegro e Rezende, 2014). Da mesma forma, eram avaliadas a quantidade e características da perda sanguínea vaginal, identificando a sua origem, que podia ser resultado de uma atonia uterina ou de lacerações. Assim, após descartado o quadro de atonia uterina, procedíamos à limpeza da região perineal com compressas esterilizadas e posterior inspeção do canal de parto e colo uterino na procura de possíveis lacerações. Durante o percurso de estágio, foi observada a

presença de uma laceração de colo, sendo contactado o médico obstetra para a sua correção. No entanto, a correção de lacerações de 1º e 2º grau e episiotomias é uma competência do EESMO. Nestes casos, procedíamos à disposição do material de sutura no campo estéril, selecionando o tipo de fio pertinente; de acordo com o protocolo do serviço, Vicryl Rapide 2/0 para episiotomias e lacerações de 2º grau, ou 3/0 para lacerações de 1º grau. O uso de material de sutura absorvível é preferível por provocar menos dor a longo prazo (Kettle et al., 2010).

A episiorrafia, foi uma técnica que sempre nos causou alguma preocupação e constituiu um desafio, até ainda antes de iniciar o estágio, pelo receio de não conseguir identificar as estruturas do períneo e os planos afetados. Mas, este obstáculo foi ultrapassado com sucesso o treino, por ter a oportunidade de ver o procedimento, repetidas vezes e, sobretudo, pelo apoio constante da enfermeira orientadora em muitas ocasiões. Assim, para a correção da episiotomia, após reunido e preparar o material necessário, procedemos à identificação dos planos afetados, e, posteriormente, iniciamos a sutura 1 cm acima do ápex da incisão, na mucosa vaginal, com pontos contínuos. A sutura contínua revela estar associada a uma menor dor à palpação, à mobilização e ao urinar e evacuar no pós-parto imediato do que a sutura separada, embora os efeitos a longo prazo não estejam definidos claramente (Kettle et al., 2009). Assim, a sutura contínua intradérmica foi utilizada para o encerramento da pele no períneo. Após a reparação perineal, eram realizados os cuidados de higiene perineais e era verificada a eficácia e o aspeto da correção perineal. Durante a revisão, explicamos à puérpera a situação e as características da sutura realizada. Como seria o processo de retorno à normalidade, até cicatrizar; nomeadamente, a duração, a absorção e o tempo que demoraria a queda/absorção do fio utilizado. Também instruímos sobre os cuidados de higiene necessários para prevenir a infeção da ferida cirúrgica, bem como as estratégias de gestão da dor perineal (Castán Mateo, S. e Tobajas Homs, JJ. 2013).

Após realizar os cuidados de higiene e conforto, a nossa prioridade foi incentivar a amamentação precoce, na 1ª hora de vida, pelas vantagens que esta iniciativa pode proporcionar, tais como: promover a ligação mãe-filho, além de promover o aleitamento e a redução da morbimortalidade neonatal (Boccolini, 2013). Ensinar sobre a amamentação e treinar a técnica foi outra das intervenções, bem como vigiar parâmetros como o choro, a cor, a reatividade a estímulos, e a alimentação do RN.

O período de hemóstase revela-se como um estágio que exige e requer atividades de vigilância após o parto. Por este motivo, a mulher, puérpera, permanecia com o RN na sala de partos, durante o período de duas horas, até ser transferida para o internamento, ou serviço de puerpério, piso 4. As intervenções de vigilância que implementamos durante este período,

foram: vigiar a perda hemática, a quantidade e características; a presença de globo de segurança de Pinard, as condições do períneo, a sutura, caso fosse realizada; avaliar sinais vitais, retirar o catéter epidural e urinário, caso estiverem presentes, e não fosse já necessário. Após a primeira mamada e duas horas após o parto, a alimentação e hidratação materna eram incentivadas pelo risco de desidratação devido ao esforço que antecedeu esse período no parto (Santos et al., 2014).

Passadas as duas horas de vigilância sem complicações, procedíamos à transferência da puérpera/casal/RN para o serviço de puerpério, sendo este processo iniciado através de contacto telefónico para informar que iria transferida a puérpera. As informações relativas ao processo de TP como tipo e hora do parto, analgesia, presença de ferida cirúrgica, dados do RN e o desenvolvimento do puerpério imediato eram anexadas ao processo clínico e transmitidas à enfermeira responsável, do serviço de internamento, previamente ao abandono da sala de partos.

Neste capítulo realizamos uma ampla reflexão sobre a vivência do período de TP e parto. Tal como se depreende do supracitado, tivemos a oportunidade de acompanhar à parturiente/casal num momento único da sua vida, e fomos testemunhas de como as condutas e atitudes mantidas com o casal podem fazer a diferença entre uma vivência positiva ou negativa do trabalho de parto e parto. Percebemos que ainda existe uma grande distância entre as evidências científicas e as rotinas praticadas no quotidiano da prática, existindo muitas intervenções que podem ser mudadas, nomeadamente, a liberdade de movimentos ou a eleição de posição no período expulsivo. Deste modo é essencial a postura reflexiva do EESMO sobre as circunstâncias nas quais se concretiza a sua conduta para empoderar os casais a assumir responsabilidades pela sua saúde, aliado a um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos consistentes, para mudar uma filosofia, que parece ainda paternalista e realçar a visibilidade social do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica.

Com o objetivo de fomentar o conforto e reduzir os níveis de stress, foram implementadas intervenções de forma a dar continuidade aos cuidados, como uma preocupação que guiou a nossa prática ao longo do estágio no núcleo de partos. Agimos em concordância com os resultados dos estudos de Hodnett et al. (2011), que defendem para TP mais curtos, maior predisposição para o parto vaginal, bem como menores probabilidades de complicações, intervenções obstétricas e necessidade de analgesia, em parturientes que recebem apoio contínuo.

Nesta perspetiva, sempre que possível, acompanhámos a parturiente/casal até ao momento do nascimento, embora para assegurar este acompanhamento personalizado

implicasse, pela nossa parte, algumas vezes, um prolongamento do turno pelo facto de constatamos que era uma prática muito apreciada pelos casais e que revelou resultados muito positivos, quer para o casal quer para nós, visto que promove a segurança e a confiança mútua durante o processo de TP e parto.

#### **4. O PÓS-PARTO: AJUDAR A LIDAR COM O CONFRONTO ENTRE O IMAGINÁRIO E A REALIDADE**

Após o parto, a experiência da parentalidade é uma oportunidade de crescimento, tornando-se muito importante preparar os futuros pais para enfrentar o desafio do novo estatuto social, já que o nascimento muda a titularidade; tornaram-se mãe e pai! Esta realidade é incontestável, tal como que é da nossa competência contribuir para que esta transição para a parentalidade se concretize sob uma experiência positiva.

Nas recomendações da OMS, (2016) sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez, podemos ler que *“a experiência das mulheres é fundamental para transformar os cuidados pré-natais e para criar famílias prósperas, poisas experiências positivas das mulheres durante os cuidados pré-natais e o parto, podem constituir a base de uma maternidade saudável”*. Deste modo, foi fundamental contemplar os aspetos físicos, biomédicos, psicológicos, culturais, e sociais como aspetos essenciais para ajudar o casal nesta transição. Muitos casais estabelecem os seus objetivos finais no parto e não estão preparados para lidar com as mudanças físicas, emocionais e relacionais que ocorrem imediatamente após o nascimento.

Neste sentido, durante o estágio no serviço de Puerpério (SP) do CMIN, desenvolvemos competências de modo a cuidar “da mulher durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” com segurança, profissionalismo e responsabilidade, conforme a orientação do regulamento das competências específicas do enfermeiro ESMO (OE, 2010) promovendo uma articulação entre a formação inicial, a prática baseada na evidência, a experiência acumulada ao longo do tempo e as necessidades identificadas em cada nível. Promover a parentalidade foi um dos objetivos que nortearam e serviu de eixo estruturante deste estágio. Pois, como refere Cardoso (2011), muitos dos pais de primeira viagem, devido a não terem tido experiências anteriores e dado o decréscimo da natalidade, podem estar menos bem preparados para assumir o papel parental.

O puerpério é o conjunto de modificações físicas e psíquicas que ocorrem na fase do pós-parto com o objetivo do corpo e a mente da mulher voltarem ao estado que a caracterizava antes da gravidez e prepará-la para a amamentação (Nené, M et. al., 2016). É um período de

adaptação em que são experimentadas diversas emoções e sensações: confusão, dor, ilusão, ansiedade, medo e frustração pelo parto e o RN imaginados e reais. Ocorre a rutura de uma situação e o começo de outra, levando a uma transformação da identidade para o casal. Assim sendo, para além dos cuidados físicos derivados das alterações fisiológicas, foi necessário participar ativamente na promoção do autocuidado e no processo de transição desenvolvimental e adaptação à parentalidade (Sal, E. et. al., 2006) tornando este período de estágio singularmente intenso e complexo.

Embora esta desestruturação e reconstrução da identidade não se possa levar a cabo em 40 dias, está determinado que o puerpério tem uma duração aproximada de 6 semanas após o parto e pode ser classificado em três fases: puerpério mediato (primeiras 24 horas após o parto), puerpério clínico (até ao momento da alta hospitalar) e puerpério tardio (até à primeira menstruação) (Castan e Tobajás, 2014). Neste sentido, tivemos a oportunidade de prestar cuidados às puérperas durante a primeira e segunda fase.

A admissão da parturiente e do RN, no Serviço de Puerpério, acontece frequentemente com prévio aviso telefónico do núcleo de partos ou do bloco operatório (dependendo do tipo de parto) que fornece informação básica sobre a puérpera, o tipo de parto, a idade gestacional e a hora do nascimento, permitindo assim a continuidade de cuidados.

Aquando da entrada na unidade, apresentámo-nos e acompanhámos a utente ao quarto onde era feita a confirmação da identificação da puérpera e do RN e a apresentação do espaço físico, contemplando a dinâmica do serviço e o horário de visitas demonstrando sempre segurança, conforto e disponibilidade para esclarecer dúvidas ou atender alguma necessidade demonstrada. A consulta do processo clínico e a confirmação dos dados pela puérpera eram atividades realizadas nesse momento. O propósito era conhecer a situação atual, os antecedentes pessoais, a história obstétrica e da gravidez atual, o tipo de parto, rotura de membranas, a ferida cirúrgica, se houve ou não analgesia, grupo sanguíneo, Streptococcus agalactia e hemorragias.

Uma das atividades realizadas na admissão era a avaliação das condições do RN, nomeadamente, a hora do nascimento, sexo, índice de Apgar, dados antropométricos, peso e hora e características da primeira mamada, assim como a presença de pulseira eletrónica de identificação explicando a sua função. Depois procedíamos à observação física do RN de preferência na presença dos pais, com quem foram discutidas as nossas descobertas segundo o recomendado por Sánchez e Pallas (2009). A nossa atenção estava focada na confirmação do sexo, a verificação da clampagem do coto umbilical (para detetar e diminuir o risco de hemorragia), a observação dos movimentos respiratórios, o estado da pele, cabeça, genitais e

reflexos, principalmente, o reflexo de sucção devido à sua repercussão no sucesso da amamentação.

### **Cuidados à puérpera**

Uma vez a puérpera instalada em seu quarto, era realizada uma avaliação do estado geral, tanto a nível físico como psicológico psíquico.

A avaliação dos sinais vitais maternos, principalmente, a tensão arterial, o pulso, a temperatura e a dor, permitem-nos conhecer o estado hemodinâmico da puérpera e alertam-nos para potenciais complicações. Na observação da puérpera, para além dos sinais vitais, foi realizado um exame onde foram observadas a pele e mucosas, as mamas, o abdómen, o períneo e os membros inferiores.

Após o parto, os valores de tensão arterial podem estar ligeiramente alterados. Nas primeiras 48 horas é justificável a presença de hipotensão ortostática, no entanto, uma queda significativa da tensão arterial pode apontar para uma hipovolemia por hemorragia, e o aumento da mesma pode dar-se pela administração de ocitocina ou vasopressores durante o trabalho de parto. Nas puérperas com antecedentes de hipertensão gestacional reforçamos a vigilância uma vez que esta pode manter-se na primeira fase do puerpério (Nené, M et. al., 2016). Os esforços do trabalho de parto justificam o aumento da temperatura, por isso, só era valorizado um aumento desta por cima dos 38°C após as primeiras 24 horas pós-parto (Lowdermilk, D. e Perry, S., 2008). Outros sinais como o pulso retornam aos valores pré-gravídicos, poucos dias após parto.

A avaliação das características das mamas e mamilos, nomeadamente a presença de colostro e a constituição do mamilo permitiam-nos identificar possíveis riscos para o processo de amamentação. Prestou-se especial atenção à sensibilidade, temperatura, edema, aspeto e integridade da pele e observaram-se os mamilos para verificar a sua proeminência ou inversão e a prevenção de lesão nos mesmos.

No que se refere à perda sanguínea, foi controlada para prevenir a hemorragia pós-parto, identificando o risco de hemorragia (CIPE, 2017). O tipo de parto pode orientar-nos sobre o volume normal da perda hemática, considerando-se hemorragia pós-parto a perda de mais do que 500 ml de sangue, após um parto vaginal, ou mais do que 1000ml de sangue após uma cesariana, nas primeiras 24 horas pós-parto (SEGO, 2007).

A atonia uterina, ou seja, a incapacidade do útero para se contrair, é uma das principais causas de hemorragia. Por este motivo, uma das nossas principais preocupações era confirmar a involução uterina, mediante a palpação do globo de segurança de Pinard. A técnica efetua-se colocando uma mão imediatamente acima da sínfise púbica e a outra ao nível do umbigo para estabilizar o útero. Com a mão que se encontra sobre a sínfise púbica, deve-se fazer pressão em direção ao abdómen, até encontrar o fundo uterino, e realizar a massagem uterina através de movimentos suaves (Graça, 2010).

A hemorragia pós-parto é a principal causa de morte materna perinatal em países desenvolvidos (Anderson e Etches, 2007), por isso, também as puérperas eram instruídas sobre os sinais e sintomas de alarme associados, especialmente perda de sangue repentina ou profusa, ou perda de sangue acompanhada de taquicardia e hipotensão, incentivando-a a contactar de imediato com os profissionais de saúde, sempre que suspeitassem de alguma complicação (NICE, 2014). Durante esta intervenção, a puérpera era também instruída sobre como fazer a massagem para estimular a contração do útero ante uma situação de atonia, na medida em que, apesar da vigilância apertada realizada nas primeiras horas, a mulher também deve conhecer os sinais de alerta de modo a resolver mais rapidamente qualquer complicação (Beckmann, 2010). Aparece assim o foco autocontrolo, permitindo à mulher “tomar disposições para cuidar quando necessário, para a sua própria manutenção; para se conservar ativo, lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida” (CIPE, 2017).

As perdas de sangue, a saída de muco e tecidos do interior do útero, durante o período puerperal, são chamados lóquios. Durante o exame inicial eram avaliadas as suas características, nomeadamente o aspeto/cor, a quantidade e o cheiro. Posteriormente, explicávamos à puérpera o processo de evolução e a modificação das características dos lóquios, sendo de cor vermelho vivo nos primeiros 2-3 dias pós-parto, de características mais rosadas/acastanhados na primeira e segunda semana e de coloração amarelada com aspeto mucoide e espesso a partir da terceira semana (Castan e Tobajás, 2014).

A seguir eram prestados no leito cuidados de higiene perineal e conforto, como preconiza a OE (2011). A limpeza do períneo era feita com luvas limpas usando água e sabão neutro. Posteriormente, era secado com compressas e colocado um penso higiénico absorvente e mudado de cada 4/6 horas ou sempre que a puérpera não se sentisse confortável (Graça, 2010). Este momento era aproveitado para desenvolver intervenções no domínio do orientar, ensinar e instruir sobre os cuidados de higiene e, sobretudo, sobre a importância da lavagem das mãos, os produtos de higiene a usar, a frequência da lavagem, e, também, era reforçada a importância de manter o penso limpo e seco, sempre que sentisse algum desconforto e ou

humidade no penso repassado. Da mesma forma, as puérperas eram instruídas sobre os sinais de alarme com o objetivo de recorrer ao atendimento de urgência, caso ocorresse perda hemática vaginal abundante ou lóquios com mau cheiro, e, ainda se ou sentisse calor, rubor e/ou dor.

Vigiar o períneo e examinar a presença de ferida perineal e o seu aspeto, quer por laceração, quer por episiotomia, era a intervenção seguinte. Também monitorizar a dor associada através da escala numérica da dor, quando esta existisse. Na maioria das situações, procedemos à aplicação tópica de gelo, envolto em compressas, durante 15 minutos. Para além do seu efeito anti-inflamatório, era suficiente para o alívio da dor e para a diminuição do edema e sinais inflamatórios (Oliveira, 2009). Se ainda assim, estivéssemos perante a dor presente, procedíamos à verificação de prescrição de medicação analgésica, de modo a confirmar se algum medicamento analgésico ou anti-inflamatório estava prescrito. A avaliação dos sinais vitais, a involução uterina, características dos lóquios e estado do períneo e mamas, era feita em todos os turnos e sempre que necessário.

A trombose venosa profunda (CIPE, 2017) é a primeira causa não obstétrica de morbilidade materna, com uma contribuição importante para a mortalidade (Nápoles e Couto, 2011). Por este motivo, eram inspecionados os membros inferiores das mulheres na procura de rubor, calor, sensibilidade excessiva e executando pesquisa de sinal de Hoffman (forçar a dorsiflexão do pé) (NICE, 2014) e eram incentivadas à mobilização ativa de estes logo que possível, assim como à deambulação precoce, a melhor medida preventiva contra o risco de tromboembolismo (Castan e Tobajás, 2014).

Os níveis de hemoglobina e hematócrito, bem como os valores de tensão arterial, a cor da pele e mucosas e o nível de consciência serviam de referencia, para a possibilidade ou para o risco do primeiro levante. Quando a puérpera sentia uma sensação de tontura de tipo ortostática e apresentava palidez, era suspeita a existência de uma anemia grave (SEGO, 2008). Neste sentido, era sempre pedido à puérpera que informasse quando tivesse vontade de ir a casa de banho, para ir acompanhada por um profissional de saúde que supervisionasse este momento, pelo alto risco de hipotensão. Esta circunstância era observada com certa frequência, sendo necessário realizar sucessivos intentos de levante até a mulher conseguir suportar o mesmo.

O levante era variável, de acordo com o tipo de parto. Segundo o protocolo do CMIN no parto eutócico, era efetuado após 2 horas. Caso o parto fosse por cesariana, o momento do primeiro levante viu-se alterado já que, normalmente, a puérpera realizava o mesmo após ser removido o catéter urinário e aguardávamos 6 horas para efetuá-lo.

O primeiro levante era habitualmente aproveitado para a primeira micção após o parto que também vigiávamos pois, tal como era explicado às puérperas, uma bexiga cheia pode dificultar a correta contração uterina levando a um maior risco de hemorragia e a uma maior suscetibilidade às infeções urinárias (Martins, H., 2014). Neste sentido, era estabelecido o “risco de retenção urinária” (CIPE, 2017) e a mulher era solicitada a comunicar-nos quando sentisse vontade de urinar, avaliando depois as características da urina, a presença de dor, ardor ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e principalmente se a micção tinha sido espontânea.

Durante o puerpério imediato, a bexiga e os uréteres apresentam uma maior capacidade de distensão e menos sensibilidade à pressão intravesical, o que permite acumular um maior volume de urina. Entre os fatores que contribuem para este aumento da bexiga no pós-parto se encontram a perfusão de líquidos durante o parto e a sucessiva cessação da ocitocina, que tem um efeito antidiurético (Cunningham et al., 2011).

A tonicidade da bexiga é restabelecida, habitualmente, cinco a sete dias pós-parto, recuperando a sua normalidade após o primeiro mês, sendo mesmo assim recomendado que a primeira micção aconteça no limite de seis horas após o parto (Cunningham et. al., 2013). No caso de não ocorrer a primeira micção espontânea, quando avaliada a puérpera, o útero encontrava-se ligeiramente desviado da linha média e situado sobre o umbigo. Nestas situações tornava-se necessário recorrer a medidas para incentivar a micção como: fomentar um ambiente tranquilo na ida à casa de banho, possibilitar a audição da queda de água e colocar água morna no períneo ou nas mãos, sendo que, estas medidas resultaram efetivas para a maioria das mulheres que cuidamos durante a nossa experiência neste serviço (Jonson, 2012). Se estas medidas não tivessem sucesso, procedíamos à algália tendo em conta o volume da bexiga conforme recomendado pelo NICE (2006).

A diminuição da tonicidade dos músculos intestinais durante o TP devido ao jejum prolongado e/ou à desidratação e o próprio repouso da puérpera fazem do puerpério um período de função intestinal alterada (Varela, 2007) e por isso, o diagnóstico “Risco de Obstipação” (CIPE, 2017) era identificado nas primeiras 24 horas de internamento por protocolo do serviço. O medo da deiscência da ferida do períneo, (sutura da episiotomia/laceração) e a dor provocada por hemorroidas eram os pretextos referidos pela maioria das puérperas para adiar a evacuação. Neste sentido, foi explicado às mulheres que uma demora para obter a sensação de pressão retal pode provocar uma absorção de água no intestino, ocasionando fezes ressecadas e, conseqüentemente, maior necessidade de esforço evacuatório e dor (Cesar e colaboradores, 2011). Outras intervenções implementadas foram incentiva-las a manter uma ingestão hídrica

adequada e uma dieta rica em fibras, assim como a deambular no sentido de restabelecer a eliminação intestinal (Fraser; Cooper, 2010). Caso a eliminação intestinal não se tivesse restabelecido 48 horas após o parto, eram fornecidos dois micro-enemas (Microlax®) por protocolo do serviço, com o intuito de garantir que todas as puérperas tivessem o trânsito restabelecido antes da alta.

No pós-parto a puérpera, passa por um estado de tensão e relaxamento devido ao esforço físico e enérgico gasto durante o trabalho de parto, que podem levar à fadiga. A Fadiga, definida pela CIPE (2017) como a “emoção negativa que leva a sentimentos de diminuição da força ou resistência, desgaste, cansaço mental ou físico e lassidão, com capacidade reduzida para o trabalho físico ou mental”, é variável em função do tipo e duração do parto, a amamentação, o grau de anemia e componentes psicológicas relacionadas com a ansiedade e depressão.

As puérperas devem receber atenção de forma humanística para que tenham condições de enfrentar as etapas do período puerperal com mais segurança e conforto psicoemocional e físico (Martins e Ribeiro, 2011). Neste sentido, foram colocadas em prática medidas para promover um padrão de sono e o repouso com o objetivo de descansarem o maior tempo possível, nomeadamente diminuir a luz e o som, melhorar a posição de amamentação e, em situações de exaustão materna, o RN ficar na sala de enfermagem sob a nossa vigilância.

Ao longo da gestação, a mulher grávida cria uma imagem do recém-nascido, uma representação que sofre uma intensificação no sétimo mês, preparando a mãe para a inclusão do recém-nascido no grupo familiar (Stern, D., 1997). Mas por vezes, este RN é diferente do RN imaginado.

Um dos casais a quem tivemos oportunidade de prestar cuidados necessitou especial auxílio da equipa de enfermagem. A sua RN apresentava uma malformação congénita do membro superior esquerdo, nomeadamente, aplasia do antebraço. Embora a anomalia congénita fosse diagnosticada antes do nascimento e o casal demonstrasse conhecimento da patologia, estes sofreram reações sociais negativas, provocando níveis elevados de stress comparativamente com os pais de RN saudáveis, por exemplo, no momento das visitas ou durante os cuidados ao RN.

Foi muito complicado para nós lidar com a dor desta mãe pais sempre que alguém comentava “tem uma filha especial”, mas, quem quer um filho especial sem antebraço? Neste sentido, a comunicação foi uma parte essencial no plano de intervenção, com o intuito de preparar emocionalmente a mulher para cuidar e interagir com a RN e a sentir-se fortalecida a

fim de desempenhar a sua função, embora se encontre confusa e fadigada (Brito e colaboradores, 2008).

Assim sendo, foram implementadas intervenções como oferecer apoio emocional e incentivar o envolvimento da família perante as novas sensações e sentimentos advindos das mudanças físicas e psíquicas ocorridas após o parto. Nesta ocasião, o marido apresentou-se como o suporte emocional que a mulher precisava. Neste sentido, o serviço de puerpério do CMIN ofereceu um quarto individual onde a puérpera podia ficar acompanhada durante o dia todo com exceção das horas de visita médica e de esta forma conseguimos, também, não expor este RN em demasia evitando comentários pelas restantes puérperas e famílias.

Este episódio, realçou a necessidade de desenvolver mestria na comunicação, de forma a aumentar a eficácia das técnicas de comunicação terapêutica, ao nível da promoção da saúde e bem-estar das puérperas/casais. Entre os profissionais da equipa multidisciplinar, o enfermeiro ESMO é o que, habitualmente passa mais tempos com as utentes e as suas famílias. Por este motivo, durante este estágio tornou-se fundamental desenvolver estratégias de comunicação de forma a potencializar a ação terapêutica das nossas intervenções, e por vezes, foi mais eficaz do que um determinado “fármaco”.

Segundo Brito e colaboradores (2008), no contexto puerperal a fadiga pode afetar vários aspetos da vida da mulher podendo levar a estados depressivos, como a depressão pós-parto. Dados como uma má experiência da gravidez, a falta do apoio do pai/pessoa significativa/família, antecedentes de depressão, um nível de ensino primário e parto por cesariana, são fatores diretamente relacionados com a depressão pós-parto (Urdaneta e Rivera, 2011) e por tanto, essenciais para configurar um plano de cuidados integral e individualizado.

Relativamente ao tipo de parto, percebemos que algumas puérperas com experiências de parto mais negativas (partos difíceis e/ou instrumentados) tinham um fraco envolvimento emocional positivo com o filho. Como consequência, algumas delas sofriam sentimentos de culpabilidade e ansiedade, pondo em causa a sua própria capacidade de cuidar do RN, o que nos motivou a procurar sobre o assunto e aprofundar os nossos conhecimentos.

Estudos sobre a ligação entre mãe e RN têm sido desenvolvidos desde há quase cinco décadas, sendo de referir os trabalhos de Klaus & Kennel (1976)(5) que utilizaram o termo bonding para abordar a relação que se estabelece, desde os primeiros contactos entre a mãe e o RN. Segundo os autores essa relação única e duradoura é facilitada pelo sistema hormonal da mãe estimulado pela presença do RN imediatamente a seguir ao parto. Neste sentido, questionámo-nos se o parto, e o modo como este é vivido, são, nessa medida, relevantes para a formação da ligação mãe-filho.

Em 2008 foi realizado um estudo no distrito de Évora (Portugal) por Frias A. e Franco V. com o objetivo de avaliar se a percepção do parto influencia o envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido. Os resultados do estudo concluíram que a maioria das mães tem uma percepção moderada da experiência do parto e um envolvimento emocional positivo com o recém-nascido. Relativamente ao envolvimento emocional negativo ou ausente, foi observado num pequeno número de situações em mulheres com uma experiência de parto negativa. No entanto, conclui-se que o tipo de parto não afeta como as mães experienciam o contacto com o RN, já que foram encontradas na amostra mulheres com experiências de parto negativas apresentando “Bonding” elevado. Mesmo assim, estes autores concordam com Figueiredo, Costa e Pacheco (2002) em que as dores e ansiedades presentes no trabalho de parto e parto tornam muitas vezes a experiência de parto menos positiva e, por vezes, o cansaço pode comprometer a ligação mãe-filho. Da mesma forma, ambos referem que existem poucos estudos comparando a ligação mãe-RN entre estes grupos de mulheres, sendo necessário mais investigação nesta área.

Os resultados desta pesquisa foram esclarecedores e levaram-nos a refletir acerca da experiência do trabalho de parto e parto e as possíveis repercussões que uma percepção negativa da experiência poderá ter no envolvimento emocional da díade, influenciando de forma significativa a nossa atitude na sala de partos.

### **Aleitamento materno**

A seguir a esta primeira avaliação geral da mulher e RN, a díade mãe-filho ou a tríada-casal filho ficam sozinhos num ambiente de cumplicidade, momento em que a parentalidade começa a tornar-se real e surgem as dúvidas e os medos que vão definir as nossas futuras intervenções a realizar.

Um dos focos que requereu grande parte da atenção no nosso estágio foi a Amamentação, definida pela CIPE (2017) como “Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos: alimentar uma criança oferecendo leite materno”. Mas a amamentação não é só um padrão alimentar, é também um processo de entrosamento entre a mulher e o RN que propicia de formação e consolidação do vínculo mãe-filho mediante o contacto pele a pele e visual (Rego, 2008)

De acordo com a OMS (25), a amamentação deverá ser mantida em exclusiva até aos seis meses de vida e, quando possível, complementando a alimentação até aos dois anos. O

aleitamento materno traz benefícios para a mãe e para o recém-nascido. O leite materno promove o desenvolvimento sensorial e cognitivo e do sistema imunológico do RN e tem um efeito protetor a longo prazo contra a obesidade, algumas alergias, linfoma, diabetes, e doenças do aparelho digestivo. Segundo um estudo publicado em 2014 por a Universidade Northwestern de Illinois, as crianças amamentadas por mais de três meses têm menos probabilidade de desenvolverem doenças cardiovasculares na idade adulta (McDade e colaboradores, 2014). Entre os benefícios maternos se incluem a diminuição do risco de diabetes, cancro de mama e de ovário, juntamente com os benefícios afetivos e psicológicos.

Para o sucesso da amamentação, são necessários os seguintes fatores: a mulher tem de querer amamentar, a lactação tem de estar estabelecida e tem de haver uma rede de suporte que pode estar formada por o casal, a família, a comunidade e os profissionais de saúde (Levy e Bértolo, 2008). Segundo um estudo quase-experimental no randomizado realizado no Hospital Infanta Cristina de Badajoz (Espanha) em 2012, a disponibilidade do EESMO faz a diferença no sucesso da amamentação. Neste estudo observou-se que as mulheres que recebem apoio e educação durante o puerpério clínico por um EESMO, adquirem melhores conhecimentos sobre aleitamento materno do que aquelas que não receberam proporcionando maior segurança para o início e como consequência, um prolongamento no tempo (Arenas, 2012). Assim, a evidência científica comprova os benefícios do aleitamento materno para a saúde da mãe e da criança, mas também a importância atuação dos profissionais de saúde para o sucesso deste. Diante destas evidências, o EESMO tem um papel fundamental na promoção da amamentação e deve estar preparado para dar a assistência necessária à mãe e ao lactente. Sendo o CMIN “Hospital Amigo do RN”, estas e outras vantagens e benefícios foram abordados no sentido de dar cumprimento aos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, especialmente a aqueles que se mostravam mais desconfiados ou desalentados face à tarefa da amamentação. Em todo momento questionou-se a intenção de amamentar e os casais que tomaram a decisão de recorrer à leite artificial de modo informado, foram apoiados e instruídos na preparação, o volume das tomadas, a frequência e incentivados ao contacto pele a pele durante as mesmas.

O início precoce da amamentação facilita o estabelecimento e prolonga a duração, e o ideal será começar durante o período de contacto pele após o parto. A primeira mamada deve ser espontânea e não existe um período de tempo crítico em que deve ocorrer, desde que a mãe e o RN possam estar relaxados pele com pele (Royal College of Midwives, 2012). A maioria dos RNs internados no puerpério já tinham sido amamentados durante a sua estância no núcleo de partos, no caso contrario, a primeira mamada era apoiada durante o momento do acolhimento no serviço de puerpério.

No início da amamentação eram frequentes as dificuldades, principalmente nas puérperas primigestas. Se as puérperas já tinham experiência anterior, foram analisadas as dificuldades sentidas no passado e os motivos do insucesso caso tivesse acontecido. Neste contexto, centramos os nossos esforços em potencializar sentimentos de conforto e de confiança na sua própria capacidade de amamentar e na sua convicção de que o aleitamento materno era o melhor para si própria e para o seu RN (Galvão, 2011). Da mesma forma, foram abordadas as dificuldades que podiam surgir de um modo natural pois, concordando com Lowdermilk e Perry (2008), não é conveniente descrever este processo como algo simples, já que se acontecer alguma complicação, as expectativas da própria mãe não estão de acordo com a realidade e isto pode comprometer o mesmo.

Verificou-se que uma das dúvidas mais colocadas foi acerca da produção de leite suficiente e a satisfação do RN, especialmente nas situações em que os RNs pegavam na mama para depois soltar e chorar. Hoje sabemos que os RNs mamam o volume necessário, na frequência necessária, e encontram o seu próprio ritmo, não sendo assim podem desenvolver futuros problemas de obesidade (CLM, 2012). Foi importante, nestes casos, explicar à puérpera que, exceto em situações excecionais, as mães produzem a quantidade certa de leite que seus RNs precisam se a pega é correta. Neste sentido, eram descritos os sinais de uma boa pega e após avaliação da mamada, eram corrigidas a técnica e a posição se for preciso. Para uma técnica de amamentação correta, é preciso um ambiente tranquilo, luz fraca à noite, e a mãe numa postura confortável e relaxada (Castán Mateo, S. Tobajás Homs, JJ. 2013). As puérperas eram incentivadas a adotar a posição deitada em decúbito lateral as primeiras horas depois de um parto vaginal por causa da dor perineal, e nos casos de cesariana. Após o primeiro levante e quando ela se sentisse preparada, podia ser adotada a posição sentada, sempre respeitando a correção postural e o alinhamento. Foi esclarecido às puérperas/casais a duração e frequência da mamada, recomendando deixar ao RN encontrar o seu próprio ritmo e soltar espontaneamente, tentando realizar 8-12 mamadas em 24 horas os primeiros dias.

Outra das dúvidas frequentemente colocadas era em relação a alimentação durante a amamentação, o que é que pode ou não pode comer. As puérperas foram encorajadas a continuar com os hábitos saudáveis de alimentação da gravidez seguindo um regime alimentar variado e equilibrado para fornecer todos os nutrientes necessários. A ingestão de líquidos pautar-se-á pela sensação de sede materna, bebendo pelo menos 2 litros de água por dia evitando as bebidas estimulantes como o chá preto/verde e o café.

Na vigilância das mamas, prestou-se especial atenção a os mamilos para verificar a sua proeminência ou inversão e a presença de gretas ou fissuras. Como prevenção das fissuras era

recomendada a aplicação de colostro após cada mamada a modo de hidratante e nos casos em que o mamilo já apresentava gretas, era corrigida a técnica de amamentação, se for necessário, e era aconselhada a administração tópica de creme a base de lanolina (PureLan100®) na zona afetada. Nas situações de mamilos planos ou invertidos, as mulheres foram informadas de que não contraindicam a amamentação, embora vá precisar de mais ajuda e paciência no início. Durante os primeiros dias, antes de colocar o RN à mama, era utilizado um extrator de leite elétrico bombeando suavemente até a protusão do mamilo. Atualmente, não são recomendados os exercícios de Hoffman (distensão do mamilo) uma vez que a sua eficácia não foi demonstrada, podem provocar contrações uterinas durante a gravidez e diminuem a taxa de aleitamento materno, fazendo com que a mãe perca a confiança na sua capacidade de amamentar. Assim, mesmo, também não está demonstrada a eficácia do uso de formadores do mamilo que produzem sudorese e irritação da pele contribuindo ao surgimento de fissuras (Hernández Aguilar e colaboradores, 2008).

Um dos casais que tivemos oportunidade de prestar cuidados necessitou especial apoio da equipa de enfermagem, pois a sua RN tinha sido diagnosticada com galactosemia, uma das poucas contraindicações absolutas à amamentação. A galactosemia é uma doença hereditária causada por uma deficiência enzimática que provoca a incapacidade de metabolizar a galactose, o que origina uma acumulação desta no corpo, produzindo lesões no fígado e no sistema nervoso central podendo ser letal (Baldellou e colaboradores, 2000). Esta RN recebeu desde o início aleitamento artificial com formula infantil de soja, excluindo assim lactose ou galactose, e a puérpera foi tratada com Cabergolina (Dostinex®) para a inibição da produção de leite. No entanto, podem se apresentar complicações futuras mesmo em pessoas que evitam galactose, nomeadamente dificuldades motoras, da aprendizagem, da linguagem e do desenvolvimento sexual em meninas.

Embora a doença congénita fosse diagnosticada antes do nascimento e o casal demonstrasse conhecimento da patologia, estando deste modo consciencializados acerca da mesma, a heterogénea evolução e o polémico prognóstico da afeção constituem eventos indutores de stress para a transição para a parentalidade, uma vez que as expectativas parentais são derrubadas no que concerne a um RN saudável, ao RN imaginado (Fonseca et. al., 2012). Neste sentido, os cuidados prestados foram específicos e individualizados, após a identificação das necessidades do casal no que concerne aos conhecimentos e habilidades (Meleis, A. 2007). Foi necessário a promoção da confiança dos pais na sua capacidade de cuidar da sua filha, dando suporte e informação sobre a doença e estratégias alimentares para ultrapassar as dificuldades, constituindo o suporte por parte dos profissionais de saúde uma condição facilitadora,

ajudando-lhes a encarar a situação. No momento da alta, foram fornecidos os contactos da European Galactosaemia Society e da Asociación Española para la Galactosemia visto que em Portugal ainda não existe uma rede de apoio específica.

O processo do aleitamento, materno ou artificial, é uma senda por vezes difícil, não só para a tríade casal-filho, mas também para o EESMO. Cada situação é diferente, e por conseguinte, foi necessário adequar os procedimentos de maneira individual para o processo decorrer com sucesso.

### **Cuidados ao recém-nascido**

Deste modo, a maioria das intervenções de enfermagem no puerpério estão encaminhadas a descomplicar a transição para a parentalidade, por exemplo, a partilha com o casal para ensinar, treinar e capacitar para habilidades que lhes possibilitem ganhar independência no cuidado do RN. Não obstante, o EESMO não investe só na transferência de saberes, mas também numa miscelânea de intervenções que vão permitir a incorporação e o bom desenvolvimento de um novo elemento no núcleo familiar (Martins, C., 2013). Assim, durante o estágio no serviço do puerpério tivemos a oportunidade de orientar e instruir aos casais assistidos nos cuidados básicos ao RN pelo menos uma vez durante o internamento, nomeadamente o banho, a desinfeção do coto, a mudança de fralda e a lavagem das mãos antes e após o contacto com ele.

Neste processo da parentalidade, não todos os casais começam com as mesmas necessidades, por esta razão, foi oportuno conhecer quais os conhecimentos, expectativas e atividades de cada membro do casal para implementar as intervenções convenientes. Saber se o casal teve contacto anterior com crianças ou se já teve algum filho, nem sempre é suficiente. Uma amostra é o numero elevado de casais que já tinham outro filho e manifestavam a necessidade de treinar connosco o banho ao RN pois, referiram sentir-se inseguros por ter passado muito tempo desde o ultimo banho ao seu outro filho.

O primeiro banho do RN é um dos procedimentos que suscitou mais ansiedade nos pais, por este motivo, encorajámo-los a fazê-lo corretamente e com segurança. No entanto, é um dos momentos mais gratificantes e esperados pelo casal, daí ser realizado durante o turno de tarde, uma hora na qual o pai, ou o cuidador de referência, costumava estar presente. Contudo, era explicado aos pais que no domicílio deveria ser avaliada a reação do RN para decidir o horário do banho; por exemplo, poderia ser mais vantajoso no final do dia se o RN ficava mais relaxado

posteriormente. Relativamente à frequência, não era recomendado o banho diário, aconselhando-se duas vezes por semana até a criança começar a fazer mais atividades como gatinhar (Fernandes, J., Machado, M. e Oliveira, Z., 2011).

O banho foi realizado após as primeiras 24 horas de vida, mantendo assim, todos os benefícios do vernix caseoso, nomeadamente a proteção química e mecânica da pele e a maturação da mesma (Johnson & Johnson, 2013). Antes de começar, os pais foram orientados à gestão do ambiente para a realização dos cuidados de higiene em casa, numa sala a 24/25°C de temperatura e longe de janelas ou locais onde seja previsível a ocorrência de correntes de ar que potenciam perdas de calor de diversas formas, sendo a radiação, a convecção e a evaporação os mecanismos mais habituais (Cannizzaro, D., Paladino, M., 2011). Foi aconselhado reunir todo o material previamente e (toalha de banho, fralda, muda de roupa com as molas abertas, compressas esterilizadas e soro fisiológico) e dispô-lo por ordem de utilização a fim de evitar ter que deslocar-se ou deixar sozinho ao RN em qualquer momento do procedimento pois favorece o risco de afogamento (Beck et. al., 2004). A temperatura da água da banheira devia estar a 36-37°C e a quantidade devia rondar os 10-20 cm de altura, evitando assim o risco de afogamento. O casal também era informado que a duração devia ser inferior a 5 minutos evitando assim, situações de hipotermia.

Seguidamente aos preparativos iniciais, era verificada a fralda a fim de começar por lavar a região perineal se esta estiver suja; caso contrário, esta parte era a última a lavar. Deviam começar por lavar a cabeça, tronco e membros e terminar na região perineal, secando cuidadosamente as zonas de pregas. (Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2014; Lowdermilk e Perry, 2008). A posição para segurar o RN e a rotação para lhe lavar a região dorsal foram algumas das dificuldades mais observadas durante o procedimento. Nestes casos, foi reforçado o treino destas habilidades antes da imersão do RN na água, permitindo assim aos pais adquirir maior segurança. A lavagem dos olhos era efetuada com soro fisiológico utilizando compressas individualizadas para cada olho com movimento do canto interno para o canto externo (Johnson e Johnson, 2013).

Com frequência os casais questionavam sobre o uso de shampoos ou outros artigos de higiene para o RN. Era aconselhado que no primeiro mês de vida se utilizasse apenas água no banho, por ser o único líquido para a higiene que não provoca alterações cutâneas no RN. A aplicação de cremes, óleos ou pós, na pele do RN pode gerar severas reações por contacto, pelo que o seu uso era desaconselhado; tal como os produtos à base de álcool, nomeadamente perfumes, colónias e loções, facilmente absorvidos pela elevada permeabilidade da pele e tóxicos para o RN (Soria, 2012). Os produtos no banho, devem ser de primeira escolha, aqueles

com pH neutro que não contêm corantes e perfumes, por exemplo, os “sabões sem sabão” (Fernandes et. al., 2011). Também informar sobre o uso de produtos de higiene instantânea que estão disponíveis no mercado, tais como toalhetes de limpeza que não deveriam ser utilizados de forma abusiva pelo risco de poderem remover a camada lipídica da pele do RN e causar irritação e/ou toxicidade cutânea (Johnson e Johnson, 2013).

Instruir a puérpera sobre os cuidados ao coto umbilical, depois do banho, foi uma intervenção habitual, para permitir a prevenção da infecção e fomentar a cicatrização do mesmo. Nas recomendações sobre a forma como cuidar o cordão umbilical, consideramos o nível socioeconómico e educacional da puérpera/casal, sendo aconselhado o uso de clorexidina al 4% nas condições de escassa higiene, e água e sabão nos restantes casos (Castán Mateo, S. Tobajás Homs, JJ. 2013). Na maioria dos casos foi necessário explicar que o procedimento não causa dor ao recém-nascido, pois é tecido sem terminações nervosas e o desconforto do RN durante o mesmo está relacionado com o contacto do líquido frio na pele circundante. Para além de treinar os cuidados ao coto umbilical, era fornecida informação sobre o processo de cicatrização do mesmo até a sua queda entre o 8º e 14º dia, com o objetivo de que o casal conseguisse despistar após a alta sinais de alarme, tais como rubor, odor, ou exsudado purulento. Caso considerassem que podia estar infetado, foi explicado que deveriam acudir ao atendimento pediátrico de referência.

A troca e os cuidados a ter com a fralda, foi uma atividade que foi praticada com frequência com os novos pais, após a higiene do coto. Limpar a região perineal com água morna e toalhetes/esponja é suficiente para a limpeza de rotina (Fernandes, J., Machado, M. e Oliveira, Z., 2011). O eritema da fralda é uma das afeções cutâneas mais habitual nos primeiros anos de vida, por este motivo, muitos casais questionavam a utilização de creme barreira a modo de prevenção. A humidade provocada por uma má secagem e o contacto com a urina e as fezes fazem com que a pele seja mais suscetível de maceração, por isso, é importante transmitir aos pais que o melhor método preventivo é manter a pele limpa e seca (Fernandes, J., Machado, Z., e Oliveira, M., 2009). Assim, a creme barreira à base de óxido de zinco, vitamina A e D foi recomendada só nos casos de dermatite instaurada, explicando aos pais os sinais de presença da mesma, nomeadamente rubor, calor e erupção cutânea (Johnson e Johnson, 2013).

Os procedimentos de higiene bem como a visita do pediatra eram momentos aproveitados para a avaliação física e neurológica do RN. Por vezes, foram encontradas variações comuns ou pequenas anomalias no RN que geravam alguma ansiedade às puérperas/casais. Por exemplo ante a existência de Caput Succedaneum era explicado que é um edema do couro cabeludo resultante da diminuição do retorno venoso durante o processo de parto provocado

pela compreensão dos vasos locais e que normalmente desaparece espontaneamente no espaço de três a quatro dias após o parto (Cunningham et. al., 2011) tal como o edema entorno aos olhos e algumas equimoses e petéquias causadas por traumatismos do parto. Outro achado que gerava ansiedade aos pais era a pseudomenstruação em meninas pelo que era explicado que acontece porque, durante a gestação, a RN está impregnada com a carga hormonal da mãe e quando esse fluxo é interrompido ao nascer existe a possibilidade de que o endométrio da menina descame, causando o sangramento (Sánchez e Pallas, 2009).

Durante a visita do pediatra era da nossa responsabilidade colaborar na avaliação de parâmetros como o peso, o comprimento, reflexos etc. Um dos focos de atenção que gerou ansiedade nos casais foi o ganho de peso dentro dos padrões normais. Neste sentido, eram sempre informados de que os RNs podem perder entre 7% e 10% do seu peso à nascença, porém após os 14 dias de vida recuperam o seu peso (Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2011). Foi também esclarecido que caso o RN tivesse uma ingestão alimentar adequada, este apresentará uma boa coloração e tonicidade, assim como um correto padrão de eliminação urinária e intestinal, nomeadamente de três a quatro dejeções e entre seis e oito micções por dia. A vigilância do padrão de eliminação do RN era uma intervenção de enfermagem realizada em todos os turnos porque para além de constituir um indicador de amamentação eficaz, demonstra adequada adaptação extrauterina. Assim, quando o RN não urinou nem evacuou durante as primeiras 24 horas de vida, os sinais de distensão abdominal e os períodos de amamentação foram especialmente vigiados (Beck et. al., 2004).

Era também da nossa responsabilidade colaborar na realização do rastreio de cardiopatias congénitas mediante a “oximetria de pulso” que deve ser realizada após as primeiras 24 horas de vida. Este era efetuado a través da avaliação dos batimentos cardíacos e a saturação periférica de oxigénio utilizando um sensor externo (oxímetro) no pé aquecido previamente, com o RN acordado e mais calmo possível (Morais e Mimoso, 2013). Antes de começar o rastreio foi explicado aos pais o motivo da sua realização e que não exige mais do que 5 minutos, sendo um procedimento indolor. Uma saturação abaixo de 95% era referenciada ao pediatra, permanecendo o RN em observação.

Relativamente às primeiras vacinas, os casais foram informados sobre o esquema do plano nacional de vacinação e o seu seguimento no CS ao que pertenciam. A vacina contra a tuberculose e a primeira dose da vacina contra a hepatite B foram administradas sempre que possível quando o RN tinha um peso igual ou superior a 2 quilos no dia da alta (DGS, 2017).

## **Preparação do regresso a casa**

O puerpério continua após a alta hospitalar, por este motivo, na preparação para o regresso a casa, as puérperas/casais foram instruídos sobre alguns cuidados que deveriam ter em consideração para que o período restante corresse com normalidade. Esta abordagem foi essencial por ser um momento de grande ansiedade e stress para a maioria dos casais, sobretudo nas mães e pais principiantes. Ajudar o casal a entender as mudanças nos diferentes níveis, nomeadamente, físico, psicoafectivo e social, foi favorecedor para ultrapassar as dificuldades que lhes possam surgir e assim torna-los capazes de prestar os devidos cuidados ao seu RN.

O internamento tinha a duração de 48 horas em geral após um parto vaginal, ou de 72 horas, caso seja um parto por cesariana, sempre que não existissem complicações associadas. O penso da ferida cirúrgica abdominal no caso de cesariana era efetuado no dia da alta e sempre que fosse necessário, durante o internamento. Muitos destes momentos foram aproveitados para relembrar às puérperas que deveriam ir à sua USF ou UCC, oito dias após parto para retirar o material de sutura, nas situações de parto por cesariana. No caso do parto vaginal, recomendava-se, também a procura de ajuda, para ser observada e ou caso os pontos internos não tivessem sido reabsorvidos ou os externos não tivessem caído ao fim de uma semana. Também para orientar a mulher / casal para a ir à consulta de revisão de puerpério, entre a 4ª e 6ª semana após o parto, quer para a avaliação da involução, quer para iniciar um método de contraceção, caso não tivesse ainda iniciado, constituiu uma das nossas preocupações.

O nível de empatia atingido durante o internamento facilitou o diálogo sobre a sexualidade do casal, sendo o tempo de espera para reiniciar a atividade sexual, a questão mais colocada e aquela a que com maior regularidade procuramos dar uma resposta adequada. Na ausência de um acordo sobre qual o intervalo de tempo ideal, foi recomendado reiniciar a atividade sexual desde que a mulher se sintasse bem para tal. Neste sentido, um estudo do Murdoch Childrens Research Institute de Melbourne, concluiu que as puérperas quer de parto vaginal, quer de parto por cesariana, não deveriam reiniciar a atividade sexual vaginal antes das seis semanas pós-parto (McDonald, E. e Brown, S., 2013).

Com a aproximação da alta hospitalar, apesar do esforço para preparar o regresso a casa, pudemos constatar que nem todas as dúvidas eram dissipadas. Em muitas mulheres puérperas foi perceptível alguma preocupação, angústia e insegurança, em relação a cuidar o RN em casa. Entre os aspetos que suscitaram mais dúvidas, foi acerca do armazenamento e

conservação de leite materno. Assim, as puérperas/casais foram instruídas sobre a sua congelação, para curtos períodos de tempo (72 horas), armazenar em sacos plásticos e para períodos de tempo alargados, em recipientes de plástico rígido ou vidro com tampa. Para o consumo, foram orientados para uma descongelação lenta, dentro do frigorífico e desaconselhado o uso do microondas (Hands, A. 2003). Este método revela-se útil principalmente no 3º/4º dia pós-parto quando pode ocorrer um aumento significativo da produção de leite, prevenindo complicações; como o ingurgitamento, a obstrução de ductos lácteos ou a mastite.

Em relação ao Diagnóstico Precoce, também designado como Teste do Pezinho, os pais eram encaminhados para o Centro de Saúde para que a sua enfermeira de família pudesse realizar este teste, entre o 3º e o 6º dia de vida. Caso o RN e a puérpera estivessem internados, neste período, o teste podia ser realizado no serviço. Neste contexto, a explicação completa do procedimento e o esclarecimento de dúvidas tornaram-se essenciais para reduzir o desconforto, que ao realizar este procedimento ao RN, podia provocar ao casal. Para o alívio da dor do RN, as mães foram encorajadas a amamentar o RN durante o procedimento. Embora o mecanismo analgésico da amamentação não seja bem conhecido, acredita-se ser devido à relação de vários fatores, tais como o contacto pele a pele, a componente hormonal e o gosto doce do leite materno, entre outros. De acordo com estudos recentes, a amamentação é o método não farmacológico de alívio da dor mais eficaz, mostrando uma redução de tempo de choro de 98% na realização do teste de Diagnóstico Precoce (Luque López, E. et al, 2015).

No regresso a casa, a saída do CMIN só era permitida depois da comprovação do dispositivo de transporte do recém-nascido. Confirmou-se em todos os casos, a sua homologação de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04, treinando com o casal na colocação do RN na cadeira de segurança (ovo, babe-cock) e a adequada colocação dos cintos de segurança. Além disso, durante este último contacto, eram lembrados os aspetos sobre a prevenção de acidentes, tais como a correta colocação da cadeira no carro, a desconexão dos *airbags* ou a posição contrária ao sentido da marcha (DGS, 2010).

Para tornar mais fácil a assimilação dos conhecimentos transmitidos, utilizamos como recurso as nossas informações, a Guia para a Alta elaborada pelo CMIN, que recolhe pontos chave sobre os cuidados ao RN, a amamentação, o autocuidado da puérpera, e os sinais e sintomas principais a ter em conta para se dirigir a urgências caso seja necessário. Da mesma forma, em todos os casos foi elaborada uma carta de enfermagem dirigida à enfermeira de família do casal, mencionando as principais dificuldades e necessidades de assistência, possibilitando assim o plano de intervenção para garantir a continuidade de cuidados.

Após a experiência vivenciada, neste contexto clínico e cuidados especializados, reconhecemos, que tornar-se mãe e pai é uma importante transição pessoal e familiar que testa as estratégias de adaptação ou *coping* dos adultos envolvidos. É uma experiência significativa e transformadora de vida que tende a ser associada com um período particularmente instável e vulnerável ao nível individual e interpessoal, em que, portanto, são geradas importantes necessidades de apoio para as pessoas que estão a enfrentando.

Enfrentar esta realidade de forma a delinear intervenções que visassem um resultado eficaz, no início do percurso de estágio, neste serviço, provocou em nós sentimentos de incerteza e insegurança na prestação de cuidados. Tal facto deve-se por nunca termos tido experiência anterior, em contexto profissional idêntico. Todavia, em jeito reflexivo diríamos: A permanente vontade de superação, empenho e reflexão crítica foram os motores de desenvolvimento da mobilização de conhecimentos e autonomia atingidas. É de salientar que esta evolução se deveu em muito, ao excelente acompanhamento dado pela Enf. Orientadora, a boa disposição transmitida foi fonte de grande estímulo e motivação.

Assim, as intervenções que se realizaram durante o estágio “Autocuidado, cuidado pós-parto e parentalidade” no serviço de puerpério do CMIN, facilitaram a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências para cuidar da díade mãe-filho, assim como da sua família, e dar resposta às suas necessidades. Embora a demora média do internamento fosse curta, a proximidade conseguida com os casais permitiu incentivar e investir nos autocuidados para que pudessem adquirir as competências autónomas para cuidar de si e do seu filho no regresso a casa. De facto, assumimos as orientações preconizadas pela OE (2010, pp.6), em que os EEESMOG “*Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto e complicações pós-parto*”.



## **5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE**

Da análise e reflexão sobre percurso efetuado durante a unidade curricular denominada Estágio Profissionalizante, ressalta que a elaboração deste relatório e a investigação no âmbito da clampagem do cordão proporcionou-nos uma importante oportunidade para adquirir conhecimentos e competências promotoras de um desenvolvimento pessoal e profissional. Concordamos com a perspetiva do Nursing and Midwifery Council (NMC, 2015) que o processo reflexivo sobre a prática de cuidados reforça o profissionalismo. A prática reflexiva consiste na capacidade de examinar as ações e a experiência individual, resultando no desenvolvimento da prática e no aperfeiçoamento do conhecimento clínico. Também com Caldwell e Grobbel (2013), ao defender que a prática reflexiva é um atributo essencial para o desenvolvimento de profissionais autónomos, críticos e avançados.

A oportunidade de contactar com diferentes realidades laborais, em situações de confronto e resolução de problemas, na interação com outros profissionais, durante a prática clínica, proporcionou um pensamento crítico-reflexivo que levou à integração de conhecimentos e à uniformização das práticas, impulsionando a tomada de decisão e a autonomia na prestação de cuidados especializados de qualidade e culturalmente competentes.

Este processo reflexivo, para além de ter contribuído para o nosso crescimento profissional, constituiu uma inegável oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento a todos os níveis, que possibilitou o grande domínio de conhecimentos e competências que exige cuidar em saúde materna e obstetrícia. De acordo com o preconizado no Regulamento de competências específicas do EESMO (OE, 2011), este tem uma vasta área de atuação que contempla a implementação de cuidados no acompanhamento da gravidez saudável e de risco; na preparação e acompanhamento aos casais para a vivência da gravidez e parentalidade; no acompanhamento dos casais na preparação para o parto; no cuidado durante o TP e também no cuidado ao casal e ao RN durante os primeiros dias em ambiente hospitalar.

Assim, durante o estágio, prestaram-se cuidados individualizados a grávidas com e sem complicações, cuidados a parturientes durante o TP e parto, cuidados a puérperas e RNs com e sem fatores de risco e orientação parental com vista à promoção do estado de saúde e bem-estar dos RNs, envolvendo a família no planeamento dos cuidados. Durante o acompanhamento

neste percurso, a prática baseada na evidência científica mais atualizada, foi uma constante e por vezes constituiu-se como fonte de discussão conjunta da equipa de profissionais na prática clínica. Assim, a nossa passagem pelo CMIN contribuiu também para a melhoria de cuidados através da análise reflexiva das práticas e sugestões de mudança, da justificação de intervenções e da partilha de evidências atualizadas sobre alguns temas solicitados e partilhados com nossa orientadora. Desta forma, durante todo o período de estágio e período de elaboração do presente relatório, recorreu-se à investigação científica para suportar todas as intervenções realizadas, com vista para contribuir na construção de uma Enfermagem com conhecimentos próprios e científicos e, por tanto, na excelência da profissão enquanto ciência humana e arte de cuidar.

O desenvolvimento do estágio profissionalizante contribuiu para fortalecer competências adquiridas ao longo da formação académica e recontextualizar saberes através dos contributos dados pelas diferentes disciplinas, nomeadamente, a investigação em enfermagem, a obstetrícia, a psicologia da gravidez e maternidade, a socioantropologia da maternidade e da família, gravidez e a adaptação à parentalidade, o trabalho de parto e pós-parto, os cuidados ao recém-nascido, a farmacologia ou a monitorização biofísica fetal, entre outras. Assim, foi atingido o nível de conhecimento exigido, gradualmente, aliando a formação teórica à experiência profissional durante o estágio, demonstrando o entusiasmo nas conquistas mas também a humildade, com a expectativa permanente de adquirir competências através da relação interpessoal, do pensamento reflexivo e da autoavaliação.

A par do empoderamento teórico, científico e técnico, ao longo da elaboração deste relatório foi possível refletir sobre algumas situações potencializadoras do desenvolvimento de outro tipo de competências, tais como o treino e o aperfeiçoamento de técnicas, o desenvolvimento de uma maior autonomia na ação e na tomada de decisões face à resolução de problemas e situações concretas. Neste sentido, foi fundamental a colaboração e o espírito de cooperação da equipa de enfermagem do serviço, constituindo um importante alicerce para a demonstração da aquisição de competências do EEESMO.

Este processo de aquisição e desenvolvimento de competências do EESMO, foi, desde sempre, sustentado pelo Regulamento de Competências Específicas do EESMO, publicado pela OE. Face ao exposto, e às exigências da diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, transposta para direito interno, lei nº 9/2009, de 4 de março, ensino prático e clínico, foi cumprida a orientação de que o formando deverá realizar o acompanhamento de 100 grávidas; prestar cuidados a 40 parturientes; realizar 40 partos eutócicos ou, por falta de oportunidades de aprendizagem, 30 partos eutócicos e 20 assistidos;

participar em partos de apresentação pélvica ou situação simulada em contexto de sala de aula; realizar a prática de episiotomia e iniciação à sutura; vigiar e prestar cuidados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco; manter a vigilância e prestação de cuidados a pelo menos 100 puérperas e RN saudáveis; observar e prestar cuidados a RNs de risco e mulheres com situações patológicas do foro obstétrico e ginecológico.

Tendo em conta as referidas condições, considera-se que as competências necessárias à prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez, TP e pós-parto foram atingidas. Não tendo sido possível a realização de um parto com distócia de ombros, foi realizado o estudo, a simulação e o procedimento do mesmo em sala de aula, no âmbito da unidade curricular de Trabalho de Parto e Autocuidado no Pós-Parto, no 1º ano do MESMO. Para facilitar a compreensão dos números de experiências atingidos, as figuras 2, 3, 4 e 5 representam as experiências realizadas ao longo do estágio.

Figura 2: Grávidas cuidadas ao longo do estágio

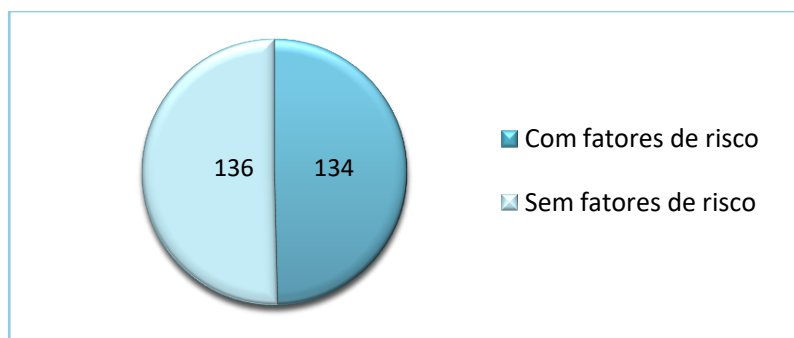


Figura 3: Número de partos executados e participados

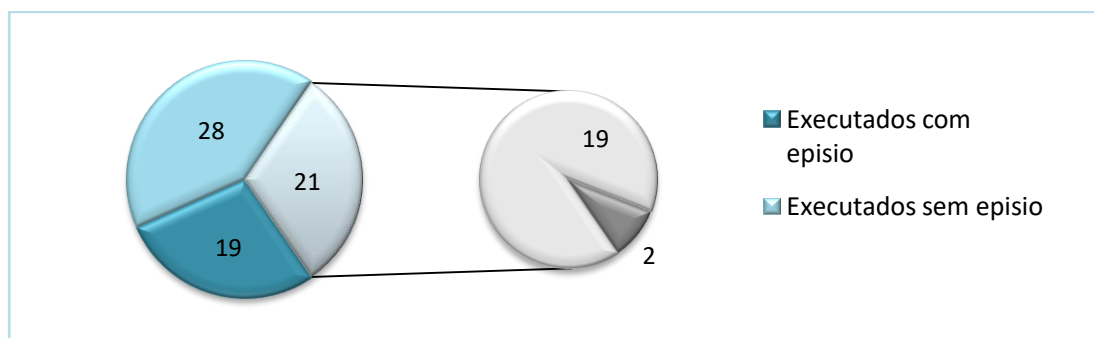
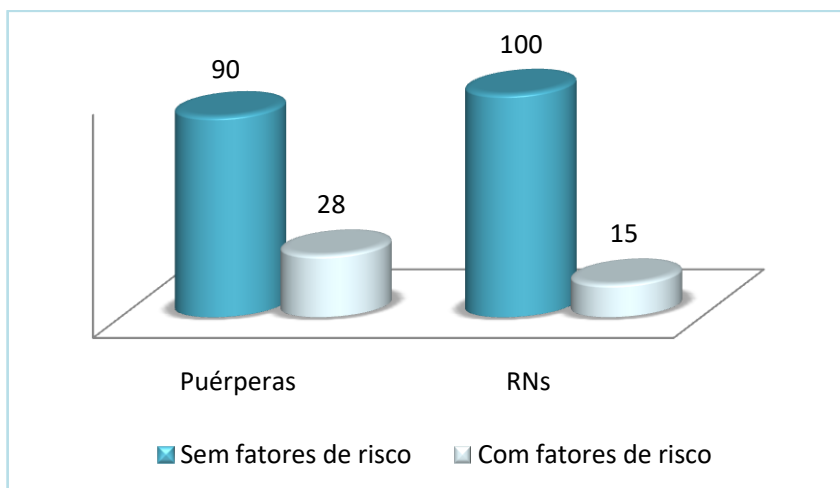


Figura 4: Puérperas e RN cuidados ao longo do estágio



Analisando o percurso do estágio profissionalizante e refletindo sobre as experiências e atividades realizadas, considera-se que este número não transporta em si a quantidade de emoções significativas inerentes a todo o processo de formação, que teve tanto de insinuoso como também de fascinante, pois apesar das dificuldades próprias do desenvolvimento de competências foi um percurso, que deixou marcas muito positivas.

Importa referir que no decurso deste Estágio foram várias as ocasiões em que a reflexão se proporcionou, nomeadamente em situações vividas na prestação de cuidados à mulher e família. Estas experiências contribuíram para a nossa aprendizagem e para o crescimento pessoal e profissional. Esta reflexão, realizada agora quer de forma individual, quer na discussão com as orientadoras ou com a equipa de saúde, permitiram-nos aumentar a confiança para que, em situações idênticas, pudéssemos melhorar as aptidões e agir corretamente em futuras abordagens.

Em jeito de uma breve reflexão e síntese diria: que através de uma verdadeira metodologia “aprender a fazer fazendo e pensando” foram proporcionadas oportunidades para construir ativamente, uma forma pessoal de conhecer e de agir, motivando-nos para o exercício futuro como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que foi o culminar na realização de um sonho pessoal e profissional.

## 6. CONCLUSÃO

Este relatório resulta da reflexão e análise das competências e atividades desenvolvidas na prática de cuidados especializados, suportadas pela teoria e evidência científica identificadas. Este percurso formativo para aquisição do título de EEESMOG, partiu do pressuposto que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada mulher vive e persegue, em todo o ciclo de vida reprodutivo, inserida num ambiente familiar, social e político económico, de forma individual e coletiva (Regulamento n.º 127/2011)

Estamos conscientes que o relatório permite a autoavaliação do trabalho realizado, através da identificação das atividades que contribuíram para o desenvolvimento pessoal, dos fatores que influenciaram o desempenho, bem como a identificação das necessidades formativas e expectativas (Loff, 1999). O relatório é, assim, extremamente útil na aprendizagem porque os comportamentos defensivos como estudante são menos frequentes e o desenvolvimento pessoal ocorre principalmente nas áreas identificadas como necessitando de mudança.

O percurso formativo para aquisição do título de EEESMOG, foi assente na premissa que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada mulher vive e persegue, em todo o ciclo de vida reprodutivo, inserida num ambiente familiar, social, político económico, de forma individual e coletiva (Regulamento n.º 127/2011).

O processo de gravidez, parto e parentalidade é algo que despertou a nossa curiosidade desde a primeira infância. É, por isso, que este relatório representa não só o fim duma longa etapa, mas também a realização dum sonho e é, também, por este motivo que envolve, evidentemente, sentimentos de realização e satisfação a nível pessoal e profissional.

Assim, a realização do presente trabalho, mais do que a descrição e fundamentação dos cuidados prestados durante o estágio, evidencia também o esforço efetuado ao longo destes dois anos para o processo de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências que, sem dúvida alguma, valeu a pena!

No decorrer da prática clínica nos diferentes serviços, a nossa principal preocupação foi o aperfeiçoamento e continuidade dos cuidados, individualizando-os a cada mulher / casal / família, de modo fazer a diferença no seu acompanhamento. Na gravidez com complicações foi possível prestar cuidados, personalizados, a grávidas com patologias de risco como; ameaça de

parto pré-termo, restrição do crescimento intra-uterino e colestase intra-hepática da gravidez. Durante o TP e parto foram prestados cuidados específicos em cada período, nomeadamente; no período de dilatação, no período expulsivo, na dequitação e no período da hemóstase. No puerpério, foi possível prestar cuidados específicos a puérperas/ casais e RN em contexto de internamento, promover o apoio da família, orientar sobre o processo de recuperação e autocuidado do pós-parto, bem como incentivar a amamentação e instruir e orientar sobre os cuidados ao RN.

O curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, para além de ir ao encontro das nossas aspirações na vida profissional, permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências na área, juntou a possibilidade de desenvolver habilidades no campo da investigação. Sabendo, nós, que o desenvolvimento da investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, como qualquer outra disciplina, é fundamental para a sua progressão enquanto ciência do conhecimento, compreende-se que os enfermeiros devem problematizar continuamente as práticas pelo recurso a uma PBE e com o suporte da investigação, de forma a contribuir para cuidados mais eficazes, seguros e significativos para os utentes. Neste sentido, do diferencial entre o desejado e o atingido surge o futuro, com um plano para atingir os objetivos não alcançados. Relativamente à Prática Baseada na Evidência apesar dos objetivos iniciais terem sido atingidos, os resultados expressos neste relatório evidenciam a necessidade de mais estudos de investigação que reforcem e consolidem as intervenções do enfermeiro EESMO para melhorar a qualidade dos cuidados.

Com o objetivo de tornar visível este compromisso de verificar e refletir as práticas à luz da evidência científica mais recente, procurou-se fundamentar a tomada de decisão sobre um dos temas mais controversos ou que suscitaram mais dúvidas. Neste contexto, foi realizada a revisão integrativa da literatura, cujo objetivo foi comparar os efeitos/implicações das posições alternativas, prévias à laqueação do cordão umbilical, para a mãe e para o RN, com a finalidade de clarificar quais as intervenções mais eficazes e qual a tomada de decisão mais correta segundo a evidência científica mais atual.

Após a análise dos resultados da pesquisa confirmou-se que, embora existam estudos recentes que demonstram que sempre que seja respeitada a clampagem tardia, se deva colocar o RN no peito ou abdómen da mãe, por não ser menos eficaz do que a posição de introito e também não foram encontrados achados que confirmassem implicações nefastas para o RN face à transfusão placentar. Existem publicações de elevada evidência científica sobre o tema com resultados divergentes. Das implicações para a mãe, os resultados apenas são conclusivos em relação ao aumento da satisfação materna com a experiência de parto e às vantagens da

promoção da relação mãe filho, através do contacto pele a pele, sempre que o RN é colocado no peito ou abdómen da mãe.

Das implicações para a prática, podemos afirmar que face aos resultados deste estudo, implica que não seja possível delinear uma orientação standartizada, ou protocolo de atuação, no que concerne à clampagem do cordão. No entanto, permitem poder afirmar que estes resultados podem constituir um contributo para que o EEESMO possa desenvolver as suas práticas com base na melhor e mais recente evidência, na sua tomada de decisão sobre a posição do RN, para que as implicações sejam o mais positivas, possível, para a mãe e RN. Para a investigação, sugerimos e reconhecemos desta forma, que é referenciada a necessidade de investigação, sobre esta temática, com estudos quase experimentais, que permitam clarificar as divergentes perspetivas, não só como garante da qualidade e segurança nos cuidados, mas também que esses estudos constituam um veículo de desenvolvimento de uma Prática Baseada em Evidências e de suporte à visibilidade da profissão do EESMO.

No que se refere às fraquezas sentidas, estas relacionam-se com a saída da zona de conforto e adaptação a uma nova vida num país vizinho, mas estrangeiro, com uma língua e cultura, que a nossa experiência demonstrou ser bem díspar. Isto trouxe consigo muitas mudanças e adaptações que longe de constituir um motivo para abandonar o meu propósito, nos fizeram mais forte, aprendendo a superar as contrariedades, transformando o desalento em força para vencer a saudade e valorizar tudo o que estava para conquistar.

Outra das limitações sentidas no início deste percurso, foi a falta de experiência, enquanto Enfermeira de cuidados gerais e, sobretudo, nesta área. Mas a nossa motivação e o esforço aliado ao empenho, sabedoria e competência das minhas orientadoras revelaram -se também, uma mais valia, facilitando a integração aos novos contextos de cuidados. Inicialmente observávamos a forma como os procedimentos se efetuavam em cada um dos locais, assistindo à prestação dos mesmos pela Enfermeira orientadora/tutora que, gradualmente, foi partilhando a sua execução, permitindo-nos desenvolver autonomia e confiança. Desta partilha de cuidados surgiram momentos de reflexão sobre a prática, com a docente da ESEP. Os gestos de incentivo, foram fonte de grande estímulo e motivação no contexto da prática clínica e, também, durante a pesquisa bibliográfica e a escrita deste relatório permitindo-nos desenvolver o sentido crítico e instigando-nos evoluir e a tentar fazer sempre melhor.

Foram, sem duvida, motores de desenvolvimento, que facilitaram a experimentação no ramo dos cuidados especializados, como enfermeira de saúde materna e obstétrica, tendo existido ao longo do estágio uma nítida evolução relativa à abordagem interativa e de suporte social com as mulheres e famílias, proporcional ao sentimento de segurança na prestação de

cuidados. No CMIN houve bastante abertura e disponibilidade para pôr em prática os conhecimentos adquiridos na formação curricular. Fazemos dele uma referência nos cuidados especializados à grávida e família, pois existe uma preocupação em corresponder às expectativas dos casais, sendo este um momento tão significativo nos seus projetos de vida.

Estamos agora em condições de afirmar que a participação neste estágio foi ativa e assídua, com interesse e empenho pelas intervenções e desenvolvimento em todos os campos, onde foi realizado. Foi um percurso formativo que proporcionou a construção e realização de um projeto experiencial, em cuidados especializados de qualidade, que culminou na elaboração deste relatório, como uma tarefa muito exigente, mas de grande utilidade como espaço de reflexão crítica do contexto clínico, das expectativas e dos desafios vencidos e futuros.

Deste modo, considera-se que os objetivos do estágio inicialmente traçados foram atingidos, bem como todas as competências adquiridas, pugnando pela qualidade destas e que ressalta a sua contribuição essencial para o crescimento pessoal, social e, sobretudo, profissional.

Apesar das diversas dificuldades e as exigências deste processo, sentimos que o universo das experiências superou as expectativas iniciais e que conseguimos ultrapassar todos os obstáculos e chegar à meta final. A título de balanço da experiência, do relato do processo e das situações de estágio, identificamos as etapas essenciais para o sucesso deste término: os conhecimentos prévios e a sua contextualização, as experiências, a prática, a busca incessante da evidência científica mais atualizada e a motivação constante, resultando no que esperamos vir a ser: -Um profissional de saúde de excelência, cujos objetivos principais são cuidar a mulher, recém-nascido e família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFSHARI, P., et al. Management of third stage labour following vaginal birth in Iran: A survey of current policie. *Midwifery*. 2014, nº30, pp.65-71.

AGUILAR, MT., BAJO, J. E MANZANARES, S. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: Gráficas Marte, 2007.

ALCOLEA, S. e MOHAMED, D. Guía de cuidados en el embarazo: consejos de su matrona. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, 2011.

ALFIREVIC, Z.; DEVANE, D.; GYTE, G. Comparing continuous electronic fetal monitoring in labour (cardiotocography, CTG) with intermittent listening (intermittent auscultation, IA) ]. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*. [Em linha]. 2013. [Consult. . 1 maio. 2017]. Disponível em: [http://www.cochrane.org/CD006066/PREG\\_comparing-continuous-electronicfetal-monitoring-in-labour-cardiotocography-ctg-with-intermittent-listening-intermittentauscultation-ia](http://www.cochrane.org/CD006066/PREG_comparing-continuous-electronicfetal-monitoring-in-labour-cardiotocography-ctg-with-intermittent-listening-intermittentauscultation-ia)

AL-TAWIL, M., ABDEL-AAL, MR., e KADDAH, M. A randomized controlled trial on delayed cord clamping and iron status at 3-5 months in term neonates held at the level of maternal pelvis. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*. [Em linha]. 2012. Vol. 5, nº 4, pp. 319-326. [Consult. 1 junho 2017]. Disponível em: <http://www.jnpm.org/content/randomized-controlled-trial-delayed-cord-clamping-and-iron-status-3%E2%80%935-months-term-neonates-0>

AMERICAN ACADEMY PEDIATRICS. *Newborn Intensive Care: What Every Parents Needs to Know*. 3ª Ed., 2015.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Oral Intake During Labor. Committee Opinion on Obstetric Practice. [Em linha]. 2009. [Consult. maio. 2017]. Disponível em: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Oral-Intake-During-Labor>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGY (ACOG). Guidelines on Labor Induction. *Obstet Gynecol*. Julho, 2009.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Neonatal Resuscitation: Guideline. [Em linha]. 2015. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/index.php/circulation/cpr-ecc-guidelines-2/part-13-neonatal-resuscitation/>

ANDERSON, JM., e ETCHES, D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. *American Family Physician*. [Em linha]. 2007. Vol.75, nº6, pp.875-82. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17390600>

ANDERSSON, O., et al. Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. *BMJ (Clínical research*

ed.) [Em linha]. 2011. Vol. 343, nº 15, pp. 7157. [Consult. 1 junho 2017]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7157>

ARENAS, T. Aumentando las tasas de lactancia materna en el puerperio precoz: educación sanitaria de calidad. In: *Congreso internacional virtual para enfermería y fisioterapia*, Granada, 2012.

AROMATARIS, E. e PEARSON, A. The systematic review: an overview. *Am J Nurs*. [Em linha] 2014. Vol. 114, nº3, pp. 53-58. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24572533>

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA. Preguntas frecuentes sobre lactancia materna. [Em linha]. 2015. [Consult. 15 março. 2017]. Disponível em: <http://www.aeped.es/sites/default/files/201203-preguntas-frecuentes-actualizado-feb2015.pdf>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (APEO). *Iniciativa Parto Normal- Documento de Consenso*. LUSOCIÊNCIA: Loures, 2009.

AYRES DE CAMPOS, D., SANTOS, I., e COSTA, F. *Emergência obstétricas*. Lisboa: Lidel, 2011.

AYRES-DE-CAMPOS, D. Distocia de Ombros – Atuação Clínica. *Protocolos de medicina materno-fetal*. 3ª Ed. Lisboa: Lidel, 2014.

AYRES-DE-CAMPOS, D., SPONG, C. e CHANDRAHARAM, E. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of gynecology obstetrics*. [Em linha]. 2015. Vol. 131, nº1, pp.13-24. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(15\)00395-1/fulltext](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(15)00395-1/fulltext)

BACKSTROM, C. e WAHN, E. Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*. [Em linha]. 2009. Vol. 27, nº1 [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19783334>

BALDELLOU A., et al. Protocolo para el diagnóstico y el tratamiento de los errores congénitos del metabolismo de la galactosa. *An Esp Pediatr*. [Em linha]. 2000. Vol.53.[Consult. 15 março. 2017]. Disponível em: <http://ae3com.eu/protocolos/protocolo7.pdf>

BASCHAT, AA., et al. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 6ª Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012.

BASEVI, V. e LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour (Review). *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2010. Vol. 4 [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: [http://croatia.cochrane.org/sites/croatia.cochrane.org/files/uploads/Basevi\\_Lavender\\_Routine-perineal-shaving-on-admission-in-labour.pdf](http://croatia.cochrane.org/sites/croatia.cochrane.org/files/uploads/Basevi_Lavender_Routine-perineal-shaving-on-admission-in-labour.pdf)

BASTON, H. e HALL, J. *Midwifery Essentials: Labour*. Edinburgo: Churchill Livingstone, 2010.

BAZAGLIA, A., RIBEIRO, J., E SPERLI Z. Proposta de exercícios físicos no pós-parto. Um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra. *Invest. educ. Enferm.*[Em linha]. 2011.Vol.29, nº1. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em:[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072011000100005&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072011000100005&script=sci_arttext&lng=en)

BECK, S., et al. Care of the newborn: reference manual. Washington, DC: *Save the Children Federation*. [Em linha]. 2004. Vol. 4 [Consult. em 15 março. 2017]. Disponível em: <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/CARE-OF-THE-NEWBORN-REFERENCE-MANUAL-ENG.PDF>

BECKMANN, C., et al. *Obstetrics and Gynecology*. 6ª ed. Lippincott Williams & Wilkins,2010.

BOCCOLINI, C., et al. A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. [Em linha]. 2013, Vol. 89, nº 2. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572013000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000200005)

BORDERS, N. Midwives' Verbal Support of Nulliparous Women in Second Stage Labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. [Em linha]. 2013. Vol.42, nº3, pp.311-320. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3660438/>

BOTELHO, L., CUNHA, C., e MACEDO, M. O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. *Gestão e Sociedade* Belo Horizonte. [Em linha]. 2011. Vol.5, nº11, pp.121-136. [Consult. 15 Maio. 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S0034-8910201300090016100006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0034-8910201300090016100006&lng=en)

BOULET, S., et al. Fetal growth risk curves: defining levels of fetal growth restriction by neonatal death risk. *Am J Obstet Gynecol*. [Em linha]. 2006.Vol. 195, nº 6. [consult. 7 Junho 2017]. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16769013>

BRITO, R., OLIVEIRA, E., e CARVALHO, F. Percepção do homem sobre o pós-parto da mulher/companheira. *Rev. Eletr. Enf.* [Em linha]. 2008. Vol. 10, nº4, pp.1072-9. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a20.htm>

BRODSKY, D. e CHRISTOU, H. Current concepts in intrauterine growth restriction. *J Intensive Care Med*. [Em linha]. 2004.[consult. 7 Junho 2017]. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15523117>

CABERO, L. *Obstetricia y medicina materno fetal*. Madrid: Panamericana, 2007.

CALDWELL, L. e GROBBEL, C. The Importance of Reflective Practice in Nursing. *International Journal of Caring Sciences*. [Em linha] . 2013. Vol. 6, nº3, pp.1-9. [consult. 7 Junho 2017]. Disponível em:<http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4.%20us%20La.Caldwell.pdf>

CALAIS, G., e VIVES-PARÉS, N. *Parir en movimiento: Las moviidades de la pelvis en el parto*. Barcelona: La liebre de marzo, 2009.

CAMPILLOS, JM., RODRÍGUEZ, B. e CRUZ, E. Manual de Registros Cardiotocográficos. Madrid, 2011.

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

CANNIZZARO, D. e PALADINO, M. Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal. *Anestesia, Analgesia y Reanimación*. [Em linha]. 2011. Vol. 24, nº2, pp. 59-74. [Consult. 15 março. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v24n2/v24n2a04.pdf>

CARDOSO, Alexandrina - *Tornar-se mãe, Tornar-se pai - Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Doutoramento

CARPUTO, R. Crecimiento Intrauterino Restringido. [Em linha]. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves, 2012. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/clases\\_residentes/2012/clase2012\\_crecimiento\\_intrauterino\\_restringido.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2012/clase2012_crecimiento_intrauterino_restringido.pdf)

CARROLI, G. e MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Systematic Reviews*. [Em linha]. 2012. n.º1. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/abstract>

CARVALHO, C; SOUZA, A. e FILHO, O. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*. [Em linha]. 2010. Vol.38, nº5, pp. 265-270. [Consult. 1 maio. 2017].Disponível em:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=546439&indexSearch=ID>

CASTAN MATEO, S. e TOBAJÁS HOMES, J.J. Obstetricia para Matronas. Guía Práctica. Madrid: Panamericana, 2013.

CHALMERS, B., et al. Use of routine interventions in vaginal labor and birth: findings from the Maternity Experiences Survey. *Birth*. [Em linha]. 2009. Vol. 36, nº1, pp.13-25. [Consult. . 1 maio. 2017]. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19278379>

CHAVES, B. *Estudo da colonização por Streptococcus agalactiae, de mulheres em idade fértil, na área metropolitana do Porto*. Faculdade de Farmácia. Porto, 2011. Dissertação de Mestrado.

CIPE. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP*. Lisboa, 2017. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

CLODE, N., JORGE, C. e GRAÇA, L. Normas de actuação na urgência de obstetrícia e ginecologia do Hospital Santa Maria. 2ª ed. Lisboa, 2012.

COOKE, A. When will we change practice and stop directing pushing in labour?. *British Journal of Midwifery*. [Em linha]. 2010. Vol.18, nº2, pp. 77-81. [Consult. 1 Maio. 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2010.18.2.46403>

CRISPIM, Z., et al. Group activities in the promotion of female's health: integrative review. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. [Em linha]. 2011. Vol. 12, nº 3, pp. 636-644. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027976026>

CUNHA, M., et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Em linha]. 2009. Vol. 13, nº1, pp-146-153. [Consult. 15 jan. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/20.pdf>

CUNNINGHAM, F., et al. *Obstetrícia de Williams*. 23ª ed. Brasil: McGraw Hill, 2011.

CUNNINGHAM, F., et al. *Obstetrícia de Williams*. 23ª ed. Brasil: McGraw Hill, 2011.

DAWOOD, F., DOWSWELL, T. e QUENBY, S. Líquidos intravenosos para la reducción de la duración del trabajo de parto en pacientes nulíparas de bajo riesgo. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha]. 2013. [Consult. . 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.cochrane.org/es/CD007715/liquidos-intravenosos-para-la-reduccion-de-la-duracion-del-trabajo-de-parto-en-pacientes-nuliparas>

DE SOUZA, E., et al. Colestase intra-hepática da gravidez: evidências científicas para escolha do tratamento. *Femina*. [Em linha]. 2014. Vol. 42, nº 1. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=749140&indexSearch=ID>

DEBAS, H., et al. *Essential Surgery*. 3ª Ed. Washington, DC: World Bank, 2015.

DÍAS, C. Vigilância pré-natal e decisão do parto. *Nascer e Crescer*. [Em linha]. 2012. Vol. 21, nº3. [Consult. 15 jan. 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0872-07542012000300012&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0872-07542012000300012&script=sci_arttext&tlng=pt)

DINIZ, G. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo. 2001. Tese de Doutorado.

DIPAK, N., et al. Effect of delayed cord clamping on hematocrit, and thermal and hemodynamic stability in preterm neonates: A randomized controlled trial. *Indian Pediatrics*. [Em linha]. 2017. Vol. 54, nº 2, pp. 112-115. [Consult. 15 maio. 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28285280>

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE(DGS) Trabalho de Parto Estacionário. Orientação da Direcção Geral de Saúde nº 001/2015.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) Boletim de saúde da grávida. Orientação da Direcção Geral de Saúde nº 16/DSMIA.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) Indução do trabalho de parto. Orientação da Direcção Geral de Saúde nº 002/2015.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) Programa Nacional de Vacinação 2017. Lisboa: DGS, 2016.

DIXON, L. e FOUREUR, M. The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? *New Zealand College of Midwives*. Journal 42 [Em linha]. 2010. [Consult. 15 maio. 2017]. Disponível em: <https://opus.lib.uts.edu.au/bitstream/10453/13828/1/2010000232.pdf>

DOWNE, S., et al. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review). *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2013. Vol.7. [Consult. 15 maio. 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010088.pub2/pdf>

DUTTON, P.J., et al. Predictors of Poor Perinatal Outcome following Maternal Perception of Reduced Fetal Movements: A Prospective Cohort Study [Em linha]. 2012. Vol 7, nº 7, pp. 1-9. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22808059>

EGAÑA-UGRINOVIC, G., et al. Differences in cortical development assessed by fetal MRI in late onset intrauterine growth restriction. *Am J Obstet Gynecol*. [Em linha]. 2013. Vol.209, nº 126, pp. 1-8. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23583839>

FARRAR, D., et al. Measuring placental transfusion for term births: Weighing babies with cord intact. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. [Em linha]. 2011. Vol. 118, nº1, pp. 70-75. [Consult. 15 maio. 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21083868>

FEDERACION DE ASSOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA. *Iniciativa Parto Normal: documento de consenso*. Barcelona: FAME, 2008.

FERNANDES, J; MACHADO, M. e OLIVEIRA, Z. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia* [Em linha]. 2011. Vol.86, nº1, pp. 102-10. [Consult. 14 março. 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/en\\_v86n1a14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/en_v86n1a14.pdf). ISSN 0365-0596.

FERNANDES, J., MACHADO, M., OLIVEIRA, Z. Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas-Parte II. In: An. Bras. Dermatol. [Em linha]. 2009. Vol. 84, nº1, pp. 47-54. [Consult. 14 março. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v84n1/a07v84n1.pdf>

FIGUEIREDO, B., COSTA, R., e PACHECO, A. Experiência de parto: Alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicológica*. [Em linha]. 2002. Vol.2, pp.203-217. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v20n2/v20n2a02.pdf>

- FONSECA, A. E CANAVARRO, M. Reações parentais ao diagnóstico Reações parentais ao diagnóstico perinatal de anomalia congénita do RN. *Psic., Saúde & Doenças*. [Em linha]. 2010. Vol., pp.183-196. [Consult. 15 março. 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862010000200009](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000200009)
- FORTIN, M. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- FRASER, D., e COOPER, M. *A Assistência Obstétrica: Um Guia Prático Para Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- FRIAS, A., e FRANCO., V. Percepção do parto e envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido. *Psicología evolutiva*. [Em linha]. 2008. Nº1, pp. 37–46. [Consult. 15 março. 2017]. Disponível em: [http://infad.eu/RevistaNFAD/2008/n1/volumen1/INFAD\\_010120\\_37-46.pdf](http://infad.eu/RevistaNFAD/2008/n1/volumen1/INFAD_010120_37-46.pdf)
- GALVÃO, M. Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes. *Lusociência*. Loures [Em linha]. 2006. [Consult. 15 março. 2017]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/64575>
- GARDOSI, J. Intrauterine growth restriction: new standards for assessing adverse outcome. *Best Pract Res*. [Em linha]. 2009. Vol.23. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19854681>
- GÓMEZ-ORTIZ, M., et al. Necesidades educativas sobre autocuidados y factores relacionados en el puerperio domiciliario. *Revista Matronas Profesion*. [Em linha]. 2014. Vol. 15, pp. 10-17. [Consult. 14 março. 2017]. Disponível em: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/17102/173/necesidades-educativas-sobre-autocuidados-y-factores-relacionados-en-el-puerperio-domiciliario>
- GRAÇA, L. *Medicina Materno-Fetal*. 4ª ed. Lisboa: Lidel, 2010.
- GUERRA, M., et al. Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Em linha]. 2014. Especial 1, pp 117-124. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a19.pdf>
- HANDS A. Safe storage of expressed breast milk in the home. *MIDIRS Midwifery Digest*. 2003. Vol 13, pp. 378-385.
- HATEM, M., et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester: John Wiley & Sons. [Em linha]. 2008. [Consult. 15 jan. 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843666>
- HESHER K., et al. Monitoring of fetuses with intrauterine growth restriction: a longitudinal study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. [Em linha]. 2001. Vol. 18. [consult. 7 Junho 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11844190>
- HOCKENBERRY, M., e WILSON, D. *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 9ª ed. Elsevier, 2014.

HODNETT, E. et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha]. 2012, Vol. 10. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076901>

HODNETT, E.D., et al. Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2013. n.º 7, pp. 1-114. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://childbirthconnection.org/pdfs/CochraneDatabaseSystRev.pdf>

IGLESIAS, S., CONDE, M., e GONZÁLEZ, S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. *Matronas Profesion*. [Em linha]. 2009. Vol. 10, nº 2, pp. 5–11. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <http://www.federacion-matronas.org/rs/601/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/7e9/filename/vol10n2pag5-11.pdf>

ILLANES, S., et al. Restricción de crecimiento intrauterino. [Em linha]. Chile: The American College of Obstetricians and Gynecologist, 2014. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.acog.cl/upl/20110606072041.pdf>

INSTITUTE FOR CLÍNICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI). *Management of labor*. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement. 5ª edição, 2013.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Holanda. 2013.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). *International Code of Ethics for Midwives. Philosophy and Model of Midwifery Care*. Holanda. 2014.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO) Guidelines: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [Em linha]. 2012. Vol.117 [Consult. 15 maio. 2017]. Disponível em: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(12\)00095-1/abstract](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(12)00095-1/abstract)

JENNINGS, R. Understanding a physiological third stage of labour: A personal reflection, *British Journal of Midwifery*. 2012, vol.20, nº8.

JOHNSON & JOHNSON. Guía de cuidados de la piel del recién nacido y del RN. Recomendaciones basadas en la evidencia y en las buenas prácticas. *Revista Matronas Prof*. [Em linha]. 2013, vol. 14, Supl. 4, pp. 1-50. [Consult. 15 março. 2017]. Disponível em: [http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/580d19a2-436f-4876-ac5c-72e6b0775601/ce3f63de-4c2c-4887-b6c6-2d36fa778e5d/Gu%C3%ADa%20de%20consenso\\_DEF.pdf](http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/580d19a2-436f-4876-ac5c-72e6b0775601/ce3f63de-4c2c-4887-b6c6-2d36fa778e5d/Gu%C3%ADa%20de%20consenso_DEF.pdf)

JONSON, J. *Enfermagem Materna e do RN desmistificada: Um guia de aprendizado*. Macgraw-Hill. Artmed, 2012.

KELLY, M. et al. Delayed versus immediate pushing in second stage of labor. *MCN Am J Matern Child Nurs*. [Em linha] 2010. Vol.35, nº 2, pp. 81-88. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20215948>

KETTLE, C., et al. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*. [Em linha]. 2010. Vol.3, nº3, pp. 185-185. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/47381836\\_Empowerment\\_in\\_midwifery\\_context\\_-\\_a\\_concept\\_analysis](https://www.researchgate.net/publication/47381836_Empowerment_in_midwifery_context_-_a_concept_analysis)

KETTLE, C., et al. Continuous and individual interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*. [Em linha]. 2012. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: [http://www.cochrane.org/CD000947/PREG\\_continuous-and-individual-interrupted-sutures-for-repair-of-episiotomy-or-second-degree-tears](http://www.cochrane.org/CD000947/PREG_continuous-and-individual-interrupted-sutures-for-repair-of-episiotomy-or-second-degree-tears)

KLAUS, M., E KENNEL, J. *Maternal-infant bonding*. Saint Louis: The CV Mosby Company, 1976.

KONDRACKIENE, J., e KUPCINSKAS, L. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: current achievements and unsolved problems. *World J Gastroenterol*[Em linha]. 2008. Vol. 14. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751886/>

KROUMPOUZOS, G., e COHEN, L. Specific dermatosis of pregnancy: an evidence-based systematic review. *A Journal Obstet Gynecol*[Em linha]. 2003. Vol. 188, nº 4, pp.1083-1092. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12712115>

LAPTOOK, A. Neonatal and infant death: the Apgar score reassessed. *The Lancet*. [Em linha]. 2014. Vol 384, nº 9956, pp. 1727–1728 [Consult. 15 março 2017] Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61305-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61305-2.pdf)

LAUZON, L., e HODNETT, E. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *Cochrane Database Syst Rev*. [Em linha]. 2001. Vol.3 [Consult. 15 maio 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11686969>

LAVENDER, T.; HART, A., e SMYTH, D. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term (Review). *The Cochrane Library*. [Em linha]. 2013. Vol. 7. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005461.pub4/full>

LEVY, L., e BÉRTOLO, H. *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008.

LEWIN, R., SINGLETON, J., e JACOBS, S. Developing and evaluating clinical practice guidelines: a systematic approach. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 2008.

LOCK, L., e GIBB, H. The power of place. *Midwifery*. [Em linha]. 2003. Vol.19, pp. 132-139. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12809633>

LOFF, A. Guia prático para a elaboração de currículos e relatórios críticos de actividades. Coimbra: Formasau, 1999.

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

LUMLEY, J. Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. *Br J Obstet Gynecol*. [Em linha]. 2003. Vol. 110, nº20, pp. 3-7.[Consult. 15 jan. 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12763104>

LUQUE, E., SÁNCHEZ, M., E MUROS, M. Importancia de la tetanalgesia en la realización de técnicas dolorosas en el recién nacido. In: *II Conferencia Internacional de Comunicación en Salud de la Universidad Carlos III*. Madrid, 2015.

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

MAMEDE, F., et al. El dolor durante la fase ativa del trabajo de parto: el efecto de deambulación. *Rev. Latino-am Enfermagem*. [Em linha]. 2007. Vol. 15, nº6. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_15.pdf)

MARQUES, M. *Manual de Boas Práticas na Sala de Partos Normal. Baseado nas Recomendações da OMS (1996)*. 2014

MARRET, S., et al. Brain Injury in Very Preterm Children and Neurosensory and Cognitive Disabilities during Childhood: The EPIPAGE Cohort Study. *Plos One*. [Em linha]. 2014. Vol. 8, nº 5. [consult. 7 Fevereiro 2017].Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3642195/>

MARTINS, H. *Observação em enfermagem: Tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto*. Florianópolis, 2014. Tese de doutoramento.

MARTINS,C. *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem*. Porto, 2013. Tese de doutoramento.

MATOS, T., et al. Contacto precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. [Em linha]. 2010. Vol. 63, nº6, pp.998-1004. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000600020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600020)

MCBRIDE, C. Programas de abandono do tabagismo para mulheres grávidas e mães de crianças pequenas. [Em linha]. EUA: National Institutes of Health, 2012. [consult. 7 Junho 2017]. Disponível em:<http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2367/programas-de-abandono-do-tabagismo-para-mulheres-gravidas-e-maes-de-criancas-pequenas-.pdf>

MCDADE, TW. Long-term effects of birth weight and breastfeeding duration on inflammation in early adulthood.*Proc Biol Sci*. [Em linha]. 2014. Vol.281, nº23. [Consult. 15 março. 2017]. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24759854>

MCDONALD, E. BROWN, S. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth?. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. [Em linha]. 2013. Vol. 120, nº7, pp. 823-30. [Consult. 14 março. 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23442053>

MCDONALD, G. Diagnosing the latent phase of labour: use of the partograma. *British Journal of Midwifery*. [Em linha]. 2010. Vol. 18, nº 10. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2010.18.10.78822>

MCCORMACK, B., et al. Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal*. [Em linha]. 2015. Vol. 5, nº1, pp.1-15. Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: [https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ\\_05\(suppl\)\\_01.pdf](https://www.fons.org/Resources/Documents/Journal/Vol5Suppl/IPDJ_05(suppl)_01.pdf)

MEDINA, JM., et al. Colestasis intrahepática del embarazo: una revisión. *Ginecol Obstet Mex* [Em linha]. 2012. Vol. 80, nº 4, pp.285-29. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom124g.pdf>

MELO, R., RUA, M., e SANTOS, C. O impacto na sobrecarga dos cuidadores familiares: revisão da literatura sobre programas de intervenção. *Indagatio Didactica*. 2014, Vol. 6, pp. 107-120.

MENDES, K; SILVEIRA, R. e GALVÃO, C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. [Em linha]. 2008. Vol.17, nº4, pp. 758-764. [Consult. 15 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

MENDONÇA, F., et al. Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras. *Rev Rene*. [Em linha]. 2011. Vol 12, nº1. . [Consult. 15 ján. 2017]. Disponível em: <http://200.129.29.202/index.php/rene/article/view/4191>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA, 2014.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia*. Informes, estudios e investigación. Madrid: AETSA, 2011.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Manual Básico de Obstetricia y Ginecología*. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Madrid: AETSA, 2014.

MIQUELUTTI, M.; CECATTI, J. e MARKUCH, M. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. [Em linha]. 2013. Vol.13, nº154, pp. 1-9. [Consult. 15 ján. 2017]. Disponível em: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-154>

MONTENEGRO, C.A.B. e REZENDE FILHO, J. *Obstetrícia fundamental*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2014.

MOORE, E., et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha} 2016. Nº 11, pp. 1–158. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: [http://www.cochrane.org/CD003519/PREG\\_early-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants](http://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skin-skin-contact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants)

MORAIS, S., E MIMOSO, G. Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congénita. Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Acta Pediátrica Portuguesa*. [Em linha]. 2013. Vol. 44, nº6, pp.343-7. [Consult. 14 março. 2017]. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/2717>

MOTTA, C. e CREPALDI, M. O pai no parto e apoio emocional. A perspetiva da parturiente. *Paidéia*. [Em linha]. 2005. Vol.15, nº30, pp. 105-118 [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/12.pdf>

MURCIA, MC., et al. Restricción del crecimiento intrauterino: complicaciones inmediatas. *Repert med cir*. 2012, Vol.21, nº4, pp. 250-255.

NÁPOLES, D., E COUTO, D. Venous thromboembolic disease in pregnancy and puerperium: part 1 risk and diagnosis approach: review. *Medisan*. [Em linha]. 2011. Vol.15, nº10. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/ghl/resource/en/lil-616387>

NARDIN, J. Cardiotocografía continua (CTG) como una forma de monitoreo electrónico (MEF) para la evaluación fetal durante el trabajo de parto: Aspectos prácticos de la BSR. *Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*. [Em linha]. 2007. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/routine\\_care/jnguide/es/index.html](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/jnguide/es/index.html)

NATIONAL CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease-revised guidelines. Atlanta: CDC, 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLÍNICAL EXCELENCE (NICE) Intrapartum care: Care of healthy women and babies. Londres: NICE Clínica Guidelines, 2017.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLÍNICAL EXCELENCE (NICE). Clínica Guideline: Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. London: RCOG Press, 2008.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLÍNICAL EXCELENCE (NICE). Induction of labour. Londres: NICE Clínica Guidelines, 2008.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLÍNICAL EXCELENCE (NICE). Quitting smoking in pregnancy and following childbirth. Londres: NICE Clínica Guidelines, 2010.

NATIONAL INSTITUTE OF CLÍNICAL EXCELLENCE (NICE). Postnatal care: clínica guideline 37. 2014.

NEIL, R., e TOMEY, A. *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004.

NÉNÉ M., et al. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª ed. Lisboa: Lidel, 2016.

NIESWIADOMY, R. *Foundations of nursing research*. 5ª ed. New Jersey: Pearson Education, 2010.

NUNES, E. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. *Direção-geral da Saúde*. [Em linha]. 2013.[Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.sppneumologia.pt/uploads/files/comissoestrabalho/ct%20tabagismo/tabagismo4.pdf>

OLIVEIRA, S., et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. *Cogitare Enferm*. [Em linha]. 2009. Vol. 14, nº1. [Consult.15 jan. 2017]. Disponível em: <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>

OLIVEIRA, S., et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. *Cogitare Enferm*. [Em linha]. 2009. Vol. 14, nº1. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#>

OLIVEIRA, V., MADEIRA, A., e PENNA, C. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. *Rev Rene*. [Em linha]. 2011. Vol.12, nº1. [Consult. 15 jan. 2017]. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1\\_pdf/a07v12n1.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a07v12n1.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Parecer: Realização de cardiotocografia. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Recomendações para o aumento do trabalho de parto. Geneva, 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Recomendaciones para la estimulación del trabajo de parto. *Puntos destacados y mensajes clave de las Recomendaciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud para 2014*. [Em linha]. [Consult. 15 março 2017] Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200213/1/WHO\\_RHR\\_15.05\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200213/1/WHO_RHR_15.05_spa.pdf)

PALETHORPE, RJ., FARRAR, D., e DULEY, L. Alternative positions for the baby at birth before clamping the umbilical cord. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Em linha]. 2010. [Consult. 15 maio. 2017]. Disponível em: [http://www.cochrane.org/CD007555/PREG\\_alternative-positions-for-the-baby-immediately-at-birth-before-clamping-the-umbilical-cord](http://www.cochrane.org/CD007555/PREG_alternative-positions-for-the-baby-immediately-at-birth-before-clamping-the-umbilical-cord)

PARREIRA, M. V. Natureza à Cultura; Parto e sua complexidade sociocultural. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. 2007. Nº 8, pp. 19-23.

PARREIRA, V.,etal. in NÉNÉ M. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª ed. Lisboa: Lidel, 2016.

PÉREZ, A. e MANTECA, A. Atención de la enfermera obstétrico ginecológica en la resucitación fetal intraútero. *Enfermería Docente*[Em linha]. 2016. Vol.1, nº 106. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: [http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/228/pdf\\_176](http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/228/pdf_176)

PETRONI, L., et al. Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde* [Em linha]. 2012. Vol.11, nº3. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15369>

PIMIENTO, L. e BELTRÁN, M. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. *Rev chil obstet ginecol.* [Em linha]. 2015. Vol.80, nº 6, pp.493-502. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n6/art10.pdf>

POMPEO, D., ROSSI,L., e GALVÃO,C., Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. In: *Acta Paul Enferm.* [Em linha]. 2009. Vol. 22,nº.4, pp. 434-438. [Consult. 1 junho 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000400014>

PORTO, A.M; AMORIM, H.M e SOUZA, A.S. Assistance to the first period of labor based on evidence. *Revista Feminina.* [Em linha]. 2010. Vol.38, nº 10, pp. 527-537. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=574503&indexSearch=ID>

POUSA, O. M. *Saberes e competências do pai, com preparação para o parto, durante o trabalho de parto e parto: contributos para a prática de enfermagem.* Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado.

PRESTON, S., et al. Clínicall practice guideline for the management of women who report decreased fetal movements. [Em linha]. Brisbane: Australian and New Zealand Stillbirth Alliance (ANZSA),2010.[Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.stillbirthalliance.org.au/doc/FINAL%20DFM%20guideline%20Ed1V1%2016Sept2010.pdf>

PROLUNGATTI, M., et al. Distúrbios evacuatórios em primigestas após parto normal: estudo clínico. *Rev bras Coloproct.* [Em linha]. 2011. Vol. 31, nº2, pp.126-130.[Consult. 15 março. 2017]. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v31n2/a03v31n2>

RABE, H., et al. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes ( Review ). *The Cochrane Library* [Em linha]. 2012. [Consult. 15 maio. 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003248.pub3/pdf>

RAJU, T. Delayed cord clamping: Does gravity matter? *The Lancet* [Em linha]. 2014. Vol. 384, nº 9939, pp. 213-214. [Consult. 1 junho 2017]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60411-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60411-6)

RAJU, T., e SINGAL, N. Optimal Timing for Clamping the Umbilical Cord. *Clin Perinatol.*[Em linha]. 2013. Vol. 39, nº 4, pp.1–15. [Consult. 15 maio. 2017]. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3835342/>

RAMALHO, C. *Protocolos de medicina materno-fetal.*3ª ed. Lisboa: Lidel, 2014.

REGULAMENTO n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamentadas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. D. R. II série, N.º 35, pp 866.

REIS, A. *Colestase intra-hepática da gravidez.* Faculdade de Medicina. Lisboa. 2014. Tese de Mestrado.

RIBEIRO, L. *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde.* Oliveira de Azeméis: Legis, 2010.

ROCHA, I., et al. O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Ver Esc Enferm USP.* [Em linha]. 2009. Vol.43, nº4, pp.880-888. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/3896>

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). Tocolysis for Women in Preterm Labour: Green-top Guideline Nº 1B. London: RCOG, 2011.

S, MCDONALD., P, MIDDLETON., e E, DOWSWELL. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evidence-Based Child Health* [online]. 2014. Vol. 9, nº. 2, pp. 350-444. [Consult. 1 junho 2017]. Disponível em: [http://www.onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/\(ISSN\)1557-6272%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=2014412906](http://www.onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/(ISSN)1557-6272%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=2014412906)

SÁNCHEZ, M., e PALLAS, CR. Recomendaciones para el cuidado y atención del RN sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr.* 2009. Vol. 71, nº4, pp.349-61.

SANDALL, J. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* [Em linha]. 2013. [Consult. 15 ján. 2017]. Disponível em: [http://www.cochrane.org/CD004667/PREG\\_midwife-led-continuity-models-care-compared-other-models-care-women-during-pregnancy-birth-and-early](http://www.cochrane.org/CD004667/PREG_midwife-led-continuity-models-care-compared-other-models-care-women-during-pregnancy-birth-and-early)

SANTOS. R. et al. *Vigilância de rotina no puerpério de parto vaginal.* In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª Ed. Lousã: Lidel, 2014.

SARKADI, A., et al. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Acta paediatrica.* [Em linha]. 2008. Vol.97, nº2. [Consult. 15 março. 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18052995>

SHAW, E., et al. Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Effectiveness of Postpartum Support to Improve maternal Parenting, Mental Health, Quality of Life, and

Physical Health. *The Authors Journal compilation*. [Em linha]. 2006. Vol.33.[Consult. 15 março. 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16948721>

SMYTH, R M; MARKHAM, C., e DOWSWELL, T. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. [Em linha]. 2013. Vol.6, nº1. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/epdf/standard>

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (SEGO). Protocolo APP. *Prog Obstet Ginecol*.2012. Vol. 55, nº 7, pp. 346-66.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (SEGO). Protocolo puerperio normal y patológico. Madrid. 2008.

STEVEN, G., et al. Obstetricia, normalidad y complicaciones en el embarazo. *Marbán, S.L*. [Em linha]. 2000. [Consult. 15 ján. 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD003581.pdf>

SVEIBY, K. A nova riqueza das organizações. Rio de Jáneiro: Campus. 1998.

TEIXEIRA, C. *Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez*. Faculdade de Medicina. Porto. 2011. Dissertação de Mestrado.

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (RCM). Early breastfeeding. Evidence Based Guidelines. [Em linha]. 2012. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Early%20Breastfeeding.pdf>

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (RCM). Immediate Care of the Newborn: Evidence Based Guidelines. [Em linha]. 2012. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Immediate Care of the Newborn.pdf>

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (RCM). Positions for Labour and Birth: Evidence Based Guidelines. [Em linha]. 2012. [Consult. 15 março 2017]. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Positions%20for%20Labour%20and%20Birth.pdf>

URDANETA, J. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo.*Rev. chil. obstet. ginecol*. [Em linha]. 2011, Vol.76, nº2 , pp.102-112. [Consult. 15 março. 2017]. Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262011000200007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000200007&lng=es&nrm=iso)

VAIN, N. Em tempo: como e quando deve ser feito o clampeamento do cordão umbilical: será que realmente importa? *Revista Paulista de Pediatria* [Em linha]. 2015. Vol. 33, nº. 3, pp. 258-259. [Consult. 1 junho 2017]. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0103058215000726>

VAIN, N., et al. Effect of gravity on volume of placental transfusion: A multicentre, randomised, non-inferiority trial. *The Lancet* [Em linha]. 2014. Vol. 384, nº 9939, pp. 235-

240. [Consult. 1 junho 2017]. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60197-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60197-5)

VARELA, C.S.V.D.J. Assistência de Enfermagem no puerpério em Unidade de Atenção Básica: incentivando o autocuidado. Universidade Federal de Santa Catarina. *Centro de Ciências da Saúde* Florianópolis. [Em linha]. 2007.[Consult. 15 março. 2017]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/1189599>

WINER, N. Different methods for the induction of labour in postterm pregnancy. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*. [Em linha]. 2011. Vol. 40, nº 8, pp. 796-811. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22056188>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Making Pregnancy Safer: Regional Highlights. Geneva. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Recommendations for Induction of Labour. Geneva. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage. Geneva. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Episiotomy in vaginal delivery. Geneva. 2003.

YILDIRIM, G., e BEJI, N K. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth*. [Em linha]. 2008. Vol.35, nº1, pp.25-30. [Consult. 1 maio. 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307484>

ZUGAIB, M. *Obstetrícia*. São Paulo: Manole, 2007.

## ANEXO I - ANÁLISE DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial					
Autor - ano	Publicação - País	Objetivo	Metodologia	Conclusões	NE
Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D, Domellöf M. 2011	The BMJ Suécia	Examinar o efeito da CTC nos níveis de ferro aos 4 meses de vida.	Ensaio randomizado controlado Participantes: 400 mulheres (cuja gravidez foi superior a 37 semanas) com parto vaginal sem intercorrências. Foram divididas em dois grupos aleatoriamente: 200 RNs com CPC (após 10seg) e 200 RNs com CTC (após 3 minutos). Ambos mantidos ao nível do introito e depois de 30seg no abdómenmaterno.	Com o RN mantido abaixo do nível do introito e depois no abdómenmaterno, a CTC resultou em aumento das concentrações de ferritina sérica durante o período neonatal inicial e aos 4 meses.	I
A randomized controlled trial on delayed cord clamping and iron status at 3–5 months in term neonates held at the level of maternal pelvis					
Autor - ano	Publicação - País	Objetivo	Metodologia	Conclusões	NE
Al-Tawil M, Abdel-Aal M, Kaddah M. 2012	Journal of Neonatal-Perinatal Medicine Egipto	Examinar o efeito da CTC com o RN mantido ao nível da pelve materna nos níveis de ferro no período neonatal inicial e aos 3-5 meses de vida.	Ensaio randomizado controlado Participantes: 180 mulheres (cuja gravidez foi superior a 37 semanas) com parto vaginal sem intercorrências. Foram divididas em dois grupos aleatoriamente: 90 RNs com CPC (após 15seg) e 90 RNs com CTC (após 3 minutos) mantidos ao nível da pelve materna. Foram registados os parâmetros hematológicos 24h e 3-5meses pós-parto.	Com o RN mantido ao nível da pelve materna, a CTC resultou em aumento das concentrações de ferritina e reduziu a prevalência de deficiência de ferro aos 3-5 meses de idade, sem efeitos neonatais adversos demonstráveis.	I

<b>1º. Alternative positions for the baby at birth before clamping the umbilical cord (Review)</b>					
<b>Autor - ano</b>	<b>Publicação - País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Conclusões</b>	<b>NE</b>
Palethorpe RJ, Farrar D, Duley L. 2010	Cochrane Database of Systematic Reviews Reino Unido	Comparar os efeitos das posições alternativas para o RN antes da clampagem do cordão na condição materno-fetal.	Revisão sistemática da literatura. Foram selecionados 37 estudos. 33 estudos foram excluídos porque não compararam posições alternativas para o RN antes da clampagem do cordão. 4 estudos foram excluídos devido a alocação quase-aleatória.	A posição do RN antes da clampagem do cordão é um fator que pode influenciar a transfusão placentar. Não se encontraram evidências suficientes para fornecer conselhos confiáveis sobre se isso pode ou não influenciar a transfusão placentar.	I
<b>Clamping of the Umbilical Cord and Placental Transfusion</b>					
<b>Autor - ano</b>	<b>Publicação - País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Conclusões</b>	<b>NE</b>
Duley LMM, Drife JO, Soe A, Weeks AD. 2015	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Reino Unido	Resumir a fisiologia da transfusão placentar e analisar as evidências relacionadas com os resultados de revisões sistemáticas sobre a clampagem do cordão umbilical e a transfusão placentar.	Guideline. Foram pesquisados: ensaios, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos de coorte na Cochrane Library (incluindo a Base de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas), DARE, as bases de dados eletrônicas EMBASE, TRIP, Medline e PubMed. A pesquisa foi restringida a publicações entre 2000 a 2014. Para cada pesquisa foi feita combinações de termos MeSH e palavras-chave.	Sem a influência de um uterotônico, a gravidade tem um efeito significativo na transfusão placentar se o RN estiver 20 cm ou mais, acima ou abaixo do introito. Em mulheres que recebem oxitocina 1min depois do nascimento, colocar o RN no abdómen ou no peito da mãe, não tem impacto no volume da transfusão placentar.	I

<b>Measuring placental transfusion for term births: weighing babies with cord intact</b>					
<b>Autor - ano</b>	<b>Publicação - País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Conclusões</b>	<b>NE</b>
Farrar D, Airey R, Law GR, Tuffnell D, Cattle B, Duley L. 2011	BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology  Reino Unido	Estimar o volume e a duração da transfusão placentar nos RN a termo.	Estudo observacional prospectivo Amostra: 28 nascimentos a termo. Os RNs foram pesados com o cordão umbilical intacto usando balanças digitais posicionadas na cama (nível do introito) ou no abdômen da mãe (acima do nível do introito). A transfusão placentar foi calculada a partir da mudança de peso entre o nascimento e após a clampagem do cordão.	Embora os números fossem pequenos, o volume de transfusão placentar não parecia ser influenciado pelo fato de o RN estar ao nível da cama/introito ou elevar-se ao nível do abdômen materno.	II
<b>Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes (Review)</b>					
<b>Autor - ano</b>	<b>Publicação - País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodología</b>	<b>Conclusões</b>	<b>NE</b>
Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. 2012	Cochrane Database of Systematic Reviews  Reino Unido	Avaliar os efeitos a curto e a longo prazo da clampagem precoce e tardia do cordão umbilical para nascimentos pré-termo. Avaliar o efeito do posicionamento do RN acima ou abaixo do introito no nascimento.	Revisão sistemática da literatura. Foram pesquisados ensaios randomizados controlados, comparando a CPC e a CTC e outras estratégias para influenciar a transfusão placentar para nascimentos entre as 24 e 36 semanas de gestação, na Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register, entre Maio de 2011 e Junho de 2012. Foram selecionados 15 estudos (738 RNs).	O volume ideal e a duração da transfusão placentar são desconhecidos, mas existem várias maneiras de potencialmente influenciar a transfusão placentar para RN pré-termo. Essas estratégias incluem a clampagem tardia do cordão, usando a gravidade para auxiliar a transfusão placentar, mantendo o RN ao nível da placenta ou abaixo do introito.	I

<b>Optimal timing for clamping the umbilical cord after birth</b>					
<b>Autor - ano</b>	<b>Publicação – País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Conclusões</b>	<b>NE</b>
Raju T, Singal N. 2012	Clinics in Perinatology  EUA e Canada	Analisar os prós e contras da clampagem precoce e tardia do cordão na condição materno-fetal.	Revisão integrativa. Inclusão de 5 revisões sistemáticas da literatura	Adiar a clampagem do cordão 30-60 segundos após o nascimento com o RN a um nível abaixo da placenta está associado a benefícios neonatais, incluindo melhorias da circulação de transição, melhor estabelecimento do volume de glóbulos vermelhos e diminuição da necessidade de transfusão de sangue.	II
<b>Rethinking Placental Transfusion and Cord Clamping Issues</b>					
<b>Autor - ano</b>	<b>Publicação - País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Conclusões</b>	<b>NE</b>
Mercer JS, Erickson-Owens DA. 2012	The Journal of perinatal & neonatal nursing  EUA	Examinar os efeitos da transfusão placentar face à CTC, ao “milking” do cordão e ao posicionamento do RN imediatamente após o nascimento.	Revisão integrativa da literatura Inclusão de 4 revisões sistemáticas da literatura, 10 ensaios randomizados controlados e 1 estudo observacional, entre 2001 e 2012.	A gravidade afeta o volume de transfusão placentar. Segurar ao RN acima do nível da placenta (> 10 cm) retarda a transfusão placentar e acelera quando o RN é colocado por baixo. Um atraso de 5 minutos na clampagem do cordão quando o RN encontra-se no abdômen materno permite receber uma transfusão placentar completa.	I

<b>Placental blood transfusion in newborn babies reaches a plateau after 140s.</b>					
<b>Autor - ano</b>	<b>Publicação – País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Conclusões</b>	<b>NE</b>
Law GR, Cattle B, Farrar D, Scott EM, Gilthorpe MS. 2013	SAGE Open Medicine Reino Unido	Determinar quando cesa o fluxo de sangue do cordão umbilical e a técnica de clampagem que maximiza transfusão placentar.	Estudo observacional prospectivo. Amostra: 26 RN a termo. Após o parto, os RNs foram pesados o mais rápido possível em balanças digitais colocadas a nível do introito ou a nível do abdómen. A medição do peso foi realizada cada 2 seg até os 5 min de vida.	Garantir que o RN esteja dentro de 10-20 cm do nível da placenta irá evitar o efeito da gravidade. Manter o RN no abdómen materno não afeta significativamente a taxa de transfusão placentar.	II
<b>Effect of gravity on volume of placental transfusion: a multicentre, randomised, non-inferiority trial</b>					
<b>Autor - ano</b>	<b>Publicação - País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Conclusões</b>	<b>NE</b>
Vain NE, Satragno DS, Gorenstein AN, Gordillo JE, Berazategui JP, Alda MG, Prudent LM. 2014	The Lancet Argentina	Avaliar se a gravidade afeta o volume de transfusão placentar.	Ensaio multicêntrico randomizado controlado. Amostra: 391 RNs que foram pesados imediatamente ao nascimento ao nível da vulva. Durante os 2min seguintes, os RN aleatoriamente atribuídos ao “grupo introito”(197) foram mantidos ao nível da vagina e aqueles que foram atribuídos ao “grupo abdómen”(194) foram colocados no peito da mãe. Depois de 2min, o cordão foi cortado e os RNs pesados novamente na mesma balança.	A posição do RN antes da clampagem do cordão não parece afetar o volume da transfusão placentar. Manter o RN no abdómen ou no peito, tras consigo os benefícios do contato pele a pele e aumenta os níveis de satisfação em relação ao parto, sem diminuir a deficiência de ferro na infância.	I

<b>Effect of Delayed Cord Clamping on Hematocrit, and Thermal and Hemodynamic Stability in Preterm Neonates</b>					
<b>Autor - ano</b>	<b>Publicação - País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Conclusões</b>	<b>NE</b>
Dipak NK , Nanavat RN, Kabra NK, Srinivasan A, Ananthan A. 2017	Indian Pediatrics  India	Avaliar os efeitos clínicos a curto prazo da clampagem tardia do cordão em neonatos prematuros.	Ensaio randomizado controlado Participantes: 78 mulheres com parto vaginal entre as 21 e 36 semanas. Foram divididas em três grupos aleatoriamente: CPC (10seg), CTC (60seg) ou CTC (60seg) juntamente com a administração de uterotônicos à mãe.	Em RNs pré-termo, a CTC com o RN abaixo do nível do períneo e a administração de uterotônicos à mãe, tem benefícios significativos em termos de aumento do hematócrito e de pressão arterial.	I