

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS - CONTRIBUTOS DE UMA
REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A AMNIOTOMIA PRECOCE
PARA A GESTÃO DO PRIMEIRO PERÍODO DE TRABALHO
DE PARTO**

Relatório de Estágio

Elisabete Palmira Santulhão Pinto Nogueiro

Porto I 2014

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS: CONTRIBUTOS DE UMA
REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE A AMNIOTOMIA PRECOCE
PARA A GESTÃO DO PRIMEIRO PERÍODO DE TRABALHO DE
PARTO**

Relatório de Estágio

Relatório Final de Estágio orientado pela

Prof. Doutora: Marinha Carneiro

Elisabete Palmira Santulhão Pinto Nogueiro

Porto | 2014

AGRADECIMENTOS

No final deste projeto de vida, ainda que individual, quero deixar presente um agradecimento especial a todos aqueles que tornaram possível dedicar-me à sua realização e que contribuíram para o seu sucesso.

À minha orientadora, Professora Doutora Marinha Carneiro, pelo seu empenho enquanto docente tutora, pelas sugestões e críticas construtivas durante a orientação, pela sua competência científica e disponibilidade durante esta minha caminhada.

Às Enfermeiras tutoras, Clara Ramos, Antónia Susano, Susana Fernandes, Cristina Rodrigues e Enfermeiro Cipriano Almeida, pela orientação e instrução adequada e contributo para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica e também à chefia e restantes enfermeiros dos vários estágios do CHSJ

Ao meu marido e filha, pela disponibilidade e compreensão demonstradas, pelo apoio emocional e palavras de alento nos momentos mais difíceis e pela coragem incutida para completar este trabalho, apesar das ausências e de ter estado menos presente e também pelo entusiasmo e orgulho que sempre manifestaram pelos meus resultados académicos ao longo deste percurso.

Aos meus amigos mais próximos e colegas de trabalho, especialmente à Luísa, à Marta, à Zélia, à Carla e à Andreia, por me ouvirem e apoiarem e sobretudo pelas palavras reconfortantes nos momentos de desalento.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AM- Aleitamento Materno
APPT -Ameaça de Parto Pré-Termo
CHSJ- Centro Hospitalar de São João
CTG- Cardiotocografia
EESMO -Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
EGB- Estreptococos do Grupo B
ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto
FC- Frequência Cardíaca
FCF- Frequência Cardíaca Fetal
IFP – Incompatibilidade Feto Pélvica
IHAB -Iniciativa Hospitais Amigo do Bebê
LA- Líquido Amniótico
MESMO- Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
RN- Recém-Nascido
RN's - Recém – Nascidos
RPM- Ruptura Prematura de Membranas
SAM- Síndrome de Aspiração Meconial
SDR- Síndrome de Dificuldade Respiratória
TP- Trabalho de Parto
UMF- Unidade Materno – Fetal

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1.PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO	21
2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	23
2.1. Aquisição de Competências no Âmbito da Gravidez com Complicações.....	25
2. 2. Aquisição de Competências no Âmbito do Trabalho de Parto e Parto	43
2.3. Aquisição de Competências no Âmbito do Período Pós Parto e Cuidados ao Recém-Nascido	74
3. A AMNIOTOMIA NA GESTÃO ATIVA DO TRABALHO DE PARTO ESPONTÂNEO - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	95
3.1. Introdução ao Problema	96
3.3. Método.....	97
3.4. Resultados	99
3.5. Discussão	105
3.6. Conclusão da Revisão Integrativa	111
4. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	113
5. CONCLUSÃO	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
ANEXOS	133
ANEXO I: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros	135
ANEXO II: Partos Realizados e Participados no Estágio.....	146

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Padrões evolutivos do trabalho de parto	46
FIGURA 2: Padrões anormais do trabalho de parto e critérios de diagnóstico	59
FIGURA 3: Amniotomia na gestão ativa do trabalho de parto espontâneo.....	100
FIGURA 4: Número de grávidas alvo de vigilância e cuidados.....	114
FIGURA 5: Número de puérperas e recém-nascidos alvo de cuidados e vigilância.....	115
FIGURA 6: Número de partos realizados, com ou sem episiotomia e participados	115

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Artigos referentes à revisão integrativa da literatura	101
--	-----

RESUMO

A exposição deste relatório tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas durante o Estágio: gravidez, trabalho de parto e pós-parto, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências específicas em enfermagem de saúde materna e obstétrica com base nas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Visa também, refletir o desenvolvimento de todo este processo de formação, construído a partir de um encadeamento de reflexão na ação nas várias áreas de intervenção e na evidência científica. O processo de aquisição de competências refletiu-se na implementação do processo de cuidados orientado às respostas humanas da mulher e família nas áreas de intervenção em análise, para o qual foi indubitavelmente necessário mobilizar competências de ordem técnico científica, relacional, pessoal, ética e moral tendo em vista a sua assistência integral. No decorrer deste processo formativo, constatou-se que a prática da amniotomia precoce está relacionada com a intenção de promover a evolução do trabalho de parto. Contudo, esta conduta no trabalho de parto espontâneo não é considerada pertinente pela Organização Mundial de Saúde, sendo questionada também na literatura em virtude do seu caráter interventivo e potencialidade para efeitos adversos no trabalho de parto, no feto e no recém-nascido. Neste sentido foi então realizada uma revisão integrativa da literatura sobre os efeitos da amniotomia precoce, no trabalho de parto, no tipo de parto e no estado fetal e neonatal, no sentido de reunir conhecimento atual acerca desta temática e apoiar a tomada de decisão na prática, já que o enfermeiro especialista deve promover um parto saudável, evitando condutas desnecessárias ou de risco para mãe e para o feto. Os resultados desta revisão integrativa evidenciam que a amniotomia precoce reduz a duração do trabalho de parto em média uma hora, mas aumenta o risco de parto por cesariana. As sugestões desta revisão integrativa despertam os profissionais de saúde a ponderar a realização da amniotomia precoce durante o trabalho de parto espontâneo, à semelhança do que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde.

Palavras-chave: competências específicas; Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica; amniotomia precoce; trabalho de parto espontâneo; complicações do trabalho de parto.

ABSTRACT

SKILLS ACQUISITION: AN INTEGRATIVE REVIEW OF CONTRIBUTIONS ABOUT EARLY AMNIOTOMY FOR THE MANAGEMENT OF FIRST STAGE OF LABOR

The aim of this report is to describe the activities undertaken during Stage: pregnancy, labor and postpartum in order to acquire and develop specific expertise in maternal health and obstetric based on competencies defined by Order of Nurses. Also reflects about the development of the whole training process, based on reflection about the action in the different areas of intervention and scientific evidence. The process of acquiring skills was reflected in the implementation of the care process oriented to human answers of women and families in the areas of intervention in analysis, for which it is undoubtedly necessary to mobilize technical and scientific expertise of moral order, relational, personal, and ethical and given their full care. During this training process, it was found that the practice of early amniotomy is related to the intention to promote the evolution of labor. However, this approach in spontaneous labor is not considered relevant by World Health Organization, also being debated in the literature because of its interventionist character and potential for adverse effects on the labor work in the fetus and newborn. Therefore, was performed an integrative literature review on the effects of early amniotomy on delivery work, the type of delivery and fetal and neonatal well-being in order to meet current knowledge about this subject and support the decision made in practice, since the specialist nurse, should promote a healthy delivery, or avoiding unnecessary risk to the mother and the fetus. The results of this integrative review show that early amniotomy reduces the duration of labor, but increases the risk of cesarean delivery. The suggestions of this integrative review stimulate health professionals to consider the holding of early amniotomy during spontaneous labor, similar to what is recommended by World Health Organization.

Keywords: specific skills; Midwife; Yearly amniotomy; spontaneous labor onset; labor, obstetric complications.

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO) de natureza profissional, realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), foi proposto a realização de um relatório de atividades que descrevesse reflexivamente o desenvolvimento e a aquisição de competências específicas nos cuidados de enfermagem especializados desenvolvidos à mulher e família.

Objetivamente, este relatório visa mostrar de forma sistematizada o projeto individual de estágio, a partir da descrição das atividades desenvolvidas no âmbito da gravidez de risco, no Trabalho de Parto (TP) e no período pós- parto, validando a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). Mas também, apresentar a componente de investigação efetuada por meio de uma revisão integrativa da literatura acerca de uma temática de interesse para o EESMO. Visa ainda evidenciar um espírito crítico-reflexivo acerca do desempenho e da aprendizagem efetuada e serve de instrumento de avaliação, pretendendo cumprir um requisito curricular.

Assim sendo, pretende-se com o mesmo demonstrar os conhecimentos teóricos e experienciais adquiridos e particularmente evidenciar de uma forma fundamentada o desenvolvimento e a mobilização das competências de índole técnico- científica, relacionais e morais no decurso das atividades desenvolvidas e no decorrer do processo de cuidados de enfermagem dirigido às respostas humanas da mulher e família durante o “*continuum*” gravídico- puerperal, rumo à aquisição de competências específicas do EESMO.

O processo de aquisição de competências a demonstrar com este relatório, funde-se num conjunto de intervenções de carácter independente e interdependente, traduzidas nas atividades desenvolvidas no processo de cuidados de enfermagem à grávida e à família que experiencia processos de saúde ou doença, no âmbito da saúde materna e obstétrica, em situação de baixo, alto e médio risco respetivamente, suportado pela vigilância, diagnóstico e intervenções apropriadas com base na evidência científica e por uma postura responsável e emancipatória de cuidados, com vista à promoção da saúde da mulher e família, identificação e tratamento atempado de complicações obstétricas e a uma transição e adaptação ajustada para a parentalidade.

No decurso deste processo de aquisição de competências específicas, particularmente nas que se referem à assistência da parturiente no decurso do TP, identificou-se na prática de cuidados, um foco de atenção, considerado como relevante e com contributos importantes para o EESMO, pelas próprias implicações na sua postura e tomada de decisão durante a gestão do TP e naturalmente para proporcionar um nascimento seguro e promover a saúde da mulher, família e Recém-Nascido (RN).

A amniotomia na gestação ativa do TP com início espontâneo é uma prática que é verificada com frequência na prática clínica e por vezes numa fase precoce do TP com o intuito de promover a sua evolução. Todavia, esta conduta é questionada por alguns autores em virtude do seu caráter invasivo e potenciador de efeitos adversos no feto e RN. Neste seguimento, efetuou-se pesquisa de evidências científicas atuais, que permitissem ter acesso a um conhecimento mais amplo e consistente sobre a temática em questão, para subsidiar a conduta na gestão do TP espontâneo, no sentido de promover um parto seguro, evitar complicações dispensáveis e aperfeiçoar a prática de cuidados. Foi então, efetuada uma revisão integrativa da literatura para investigar os efeitos da amniotomia precoce durante o TP espontâneo na duração do TP, no tipo de parto no estado fetal e neonatal.

De forma a facilitar a leitura deste relatório e das atividades que contribuíram para o processo de aquisição de competências, organizou-se em cinco capítulos. Assim, no primeiro capítulo é abordado o projeto individual de estágio, com descrição dos objetivos e estratégias usadas para a sua concretização. No segundo capítulo enquadra-se a definição de competência e a descrição das atividades desenvolvidas durante o estágio, que contribuíram para a aquisição das competências específicas de EESMO nos diferentes contextos de cuidados. No terceiro capítulo, apresenta-se a revisão integrativa da literatura sobre os efeitos da amniotomia precoce no TP espontâneo. No quarto capítulo efetua-se uma reflexão crítico - reflexiva sobre a realização do estágio profissionalizante e finalmente na conclusão efetua-se uma apreciação global deste percurso formativo e dos seus contributos pessoais, profissionais e organizacionais.

A elaboração deste relatório assenta na metodologia descritiva e crítico - reflexiva, sustentada na prática baseada na evidência, levada a cabo por uma vasta pesquisa de evidências científicas em livros, artigos científicos e Guidelines através da plataforma EBSCO, e do Google académico, mas também na reflexão e análise individual, do conhecimento experiencial e algumas reflexões oportunamente discutidas com a orientadora pedagógica.

1. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

Este estágio constituindo-se de natureza profissional, teve lugar em contexto hospitalar, decorrendo nas seguintes unidades de cuidados do Centro Hospitalar de São João (CHSJ): Unidade Materno – Fetal (UMF), bloco de partos e puerpério.

A realização deste estágio pressupôs uma dinâmica de intervenção reflexiva sobre as vivências e situações práticas, de forma a mobilizar os conhecimentos adquiridos essenciais à excelência do exercício profissional em cuidados especializados à mulher, face às situações de gravidez com complicações de TP e de pós parto.

Inicialmente foi elaborado um projeto de estágio com os objetivos a atingir, as atividades e as estratégias utilizadas na sua concretização.

Tendo a execução deste estágio sido sustentada nas orientações preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), foram delineados para o mesmo os seguintes objetivos:

- Adquirir e desenvolver competências que viabilizem a implementação de intervenções de enfermagem especializadas à mulher e família no decurso da gravidez com complicações, no processo de TP, no parto e nos cuidados à puérpera e RN no período pós parto e puerpério.
- Desenvolver competências que sustentem o diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família no ciclo reprodutivo, gravidez, exercício de maternidade e parentalidade.
- Incorporar e aplicar os conhecimentos relativos à investigação em enfermagem, através do desenvolvimento de uma problemática de interesse para a prática do EESMO, a partir de evidências científicas atuais.

Dando início à menção das atividades e estratégias adotadas para o desenvolvimento deste estágio, de uma forma geral, pretendeu-se tomar conhecimento da estrutura orgânico-funcional, integrar a dinâmica dos serviços e a equipa multidisciplinar nos diferentes contextos de intervenção. Posto isto e considerando a especificidade de cada módulo de intervenção, partiu-se para a identificação e incorporação da estrutura de cuidados e equipamentos, método de trabalho, sistemas de informação, registos em enfermagem e bases de apoio à prática, como os protocolos e procedimentos de atuação.

Posteriormente as estratégias passaram pela integração na equipe multidisciplinar e envolvimento ativo na especificidade de cuidados de enfermagem nos diferentes contextos de internamento. Assim sendo, estabeleceu-se uma comunicação eficaz com toda a equipa multidisciplinar, adotou-se uma atitude empática e de inter-ajuda, respeitando o campo de intervenção de todos os constituintes e procurou-se atender a estímulos de orientação pedagógica e elucidação de todas as dúvidas. As entrevistas informais com as enfermeiras tutoras e restante equipa e a atitude reflexiva das práticas, que emerge da contextualização dos conhecimentos adquiridos, reuniram estratégias fundamentais para a aprendizagem neste percurso formativo. Esta atitude reflexiva, conduzindo à problematização das práticas, envolveu o recurso contínuo à literatura recente e científica, permitindo assim a incorporação de conhecimentos atuais na prática de cuidados e por conseguinte subsidiou a construção do presente relatório e tornou-se a alavanca para a aquisição de competências como futura EESMO.

Perante o exposto e face 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, são exigidos ao formando como requisitos para a atribuição do título de EESMO a realização de 40 partos, a vigilância de 100 grávidas e de 100 Recém - Nascidos (RN's), tendo estes requisitos indubitavelmente conduzido ao cumprimento da carga horária estipulada pelo plano de estudos, indispensável à consecução deste processo.

Frente à diversidade de intervenção e à aquisição de competências inerentes à especialização em causa, constatou-se na prática clínica, uma realidade de procedimentos que desafiam à pesquisa e análise aprofundada, nomeadamente a prática da amniotomia.

A amniotomia é uma técnica usual na prática clínica e no campo do EESMO na assistência da mulher durante o TP. No entanto, o confronto da realidade da prática clínica com a literatura atual gera controvérsia, no que respeita à pertinência desta prática para promover a redução do tempo do TP com início espontâneo em virtude dos efeitos inerentes. É de extrema importância que o EESMO intervenha de forma a garantir o normal desenrolar do TP, respeitando a vontade da mulher/pessoa significativa e ao mesmo tempo garanta a segurança e previna complicações decorrentes.

Com o objetivo de fortalecer atitudes de intervenção à luz da evidência e promover uma prática segura e um nascimento saudável, parte o interesse em perceber qual o estado de arte acerca desta problemática, decidindo-se incluir e desenvolver esta temática no decurso deste estágio através de uma revisão integrativa da literatura.

2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com (Alarcão e Rua, 2005), a aprendizagem pressupõe a aquisição e transmissão de conteúdos teóricos e práticos. Contudo, esta aquisição de conhecimentos não é suficiente para adquirir competências, exigindo para tal, sabê-los utilizar, articulando as diferentes formas de conhecimento e diferentes saberes, inclusivamente aquele que advém da experiência (Alarcão e Rua, 2005). Assim sendo, a competência poderá então ser circunscrita à interação de habilidades interpessoais e técnicas com o pensamento crítico e ser competente é saber mobilizar os saberes para agir numa determinada situação (Alarcão e Rua, 2005).

A realização do estágio de natureza profissional, no âmbito da gravidez com complicações, TP e pós-parto objetiva a aquisição e desenvolvimento de competências no domínio da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Nesta linha de pensamento, considera-se que o EESMO detentor de conhecimentos especializados e com a sua capacidade de perceção e identificação mais apurada, resultante do seu saber prático, está mais apto para a prestação de cuidados de excelência e por conseguinte constitui-se um pilar fundamental e um estímulo aos enfermeiros em processo de aprendizagem especializada, pela partilha de conhecimentos que permitem ampliar os seus horizontes rumo a uma prática de cuidados distintos.

Ainda que este período de formação seja um período estruturante de saberes, que as situações da prática recrutarão e ajudarão a integrar, na perspetiva de (Bork, 2003), construir competência pressupõe o estudante como um agente do processo.

Concordando com o exposto, procurou-se que este percurso fosse norteado pelo questionamento, pela análise crítica do conhecimento que sustenta a prática de enfermagem atual, pela procura de respostas e pela reflexão na prática de cuidados.

Durante este percurso, tiveram-se sempre presentes os padrões de qualidade e as competências comuns, a que o enfermeiro especialista, independentemente da área de especialização, está obrigado no exercício da profissão.

Portanto, foram desenvolvidas ao longo do estágio as seguintes competências: responsabilidade ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010 a).

Como competências específicas, a OE (2010 b) entende, as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um grau distinto de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Em conformidade com o Regulamento das Competências Específicas do EESMO da OE (2010 b), este assume a responsabilidade pelo desempenho em diferentes âmbitos de atividade de intervenção, como na gravidez, na assistência à mulher que vivencia processos de saúde-doença durante o período pré-natal, durante o TP, executando o parto em ambiente seguro, no intuito de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina e no período pós-natal, no sentido de promover a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Portanto, o EESMO assume no seu exercício profissional entre outras, intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco (OE, 2010 b). Posto isto, durante este processo de aquisição de competências, primou-se pela inserção num contexto de atuação multiprofissional, favorável ao desempenho de dois tipos de intervenções: as interdependentes, resultantes da articulação com outras equipas profissionais, normalmente as intervenções que resultam de prescrições, arcando com a responsabilidade pela sua implementação e as intervenções autónomas, em resposta à condição de saúde/doença das utentes e família, assumindo a responsabilidade de prescrição e implementação. Esta prescrição que não é mais do que a tomada de decisão no processo de cuidar envolve um processo sistemático que inclui a identificação das necessidades individuais de cada cliente e a implementação dos cuidados adequados de forma personalizada devidamente fundamentadas nos conhecimentos atuais.

As competências incorporadas e desenvolvidas especificamente com a realização deste estágio profissionalizante foram sustentadas nas unidades de competências e critérios de avaliação do regulamento previamente citado, que se encontra em anexo (Anexo I).

As atividades e as intervenções planeadas e desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, que permitiram comprovadamente a aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EESMO, serão evidenciadas seguidamente de forma individual e sequencial. A sua descrição, tendo subjacente a experiência da prática clínica, será articulada com os aspetos teóricos e práticos e apoiada em evidências científicas atuais.

2.1. Aquisição de Competências no Âmbito da Gravidez com Complicações

O objetivo do estágio na UMF prendeu-se com a possibilidade de contextualizar saberes e integrar competências técnico-científicas necessárias à vigilância e implementação de cuidados especializados à mulher no período pré-natal, ainda que, com patologia associada ou concomitante à gravidez e em situação de abortamento.

A gravidez é um processo fisiológico e natural. Contudo, durante esta fase a mulher passa por uma série de modificações físicas, psíquicas e sociais que, embora sejam necessárias no ajuste a esta nova realidade beneficiam de uma assistência especializada, no sentido de preservar a saúde da grávida, da família e do feto (Castro, et al., 2012).

O EESMO enquadra-se neste contexto como 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).

As mulheres quando confrontadas com uma gravidez classificada de alto risco vêem-se diante de uma situação duplamente nova, podendo a vulnerabilidade que sentem face ao risco intensificar todas as emoções inerentes a esta fase, sobretudo se confinadas a um internamento que as afasta do seu meio familiar (Oliveira, Madeira e Penna, 2011)

Encontrando-se a maioria das grávidas assistidas, internadas no decurso de intercorrências e complicações da gravidez, teve-se durante o presente estágio como propósito atuar de forma significativa na prevenção e redução das complicações materno-fetais, através da mobilização de competências, da aplicação de conhecimentos atualizados, da identificação precoce de desvios da normalidade e de fatores de riscos, juntamente com a intervenção adequada e oportuna (Dourado e Peloso, 2007).

Considerando que ao EESMO compete definir o que é importante e que carece de intervenção (Doenges e Moorhouse, 2010), pressupõe-se que todas as intervenções resultantes da reflexão clínica e pensamento crítico implementadas às grávidas tiveram como base de sustentação a dimensão clínica, biológica, física, psicológica, sociocultural e cognitiva, bem como a sua condição económica, as suas capacidades funcionais, o estilo de vida, o tempo de gestação e o contexto da gravidez.

Para a qualidade dos cuidados e viabilidade do processo, foi crucial em primeiro lugar o correto levantamento das necessidades, de forma a identificar os problemas e correspondentes diagnósticos, levada a cabo por uma ampla avaliação da grávida,

facilitada, pela escuta ativa, pela observação competente e pela relação empática, na avaliação inicial e nos diversos contactos subsequentes (Lowdermilk e Perry, 2008).

Sendo a implementação dos cuidados direcionados à satisfação das necessidades identificadas, as atividades que concretizaram as intervenções derivaram da especificidade da vivência de cada um. Ainda assim, objetivou-se que a grávida e família fossem incluídos no processo de cuidados, para potenciar a responsabilidade pela sua recuperação, a independência e a adesão ao plano terapêutico, maximizando assim a concretização dos resultados esperados (Lowdermilk e Perry, 2008). Até porque, os resultados a atingir foram estabelecidos a curto e a longo prazo, uns a serem conseguidos no internamento e outros após a alta (Doenges e Moorhouse, 2010). Claro está que, qualquer plano de intervenção à grávida contempla além da intervenção autónoma, as intervenções resultantes de prescrição em colaboração com as equipas multidisciplinares. Pois e como refere Lowdermilk e Perry (2008, p. 682) “os cuidados às mulheres com gravidez de alto risco requerem o esforço conjunto dos enfermeiros e dos médicos”. Por isso, sempre que as situações fugiram da área de atuação, foram referenciadas para outros profissionais.

Relativamente às intercorrências e situações de risco que foram experienciadas durante este estágio referimos essencialmente: a grávida com as infeções do trato urinário; Ruptura Prematura de Membranas (RPM); Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT); incompetência cervical; oligóamnios; as doenças hipertensivas maternas (hipertensão crónica, pré-eclampsia e hipertensão gestacional); diabetes mellitus (pré- gestacional ou gestacional), restrição de crescimento fetal e os abortamentos.

Face à diversidade de patologias foram desenvolvidos cuidados a inúmeras grávidas e nas diferentes áreas de risco. Contudo, para a fundamentação das competências adquiridas irão ser desenvolvidas as situações mais vivenciadas, ou seja: a grávida com pielonefrite; pré-eclampsia; APPT; RPM e abortamentos.

Relativamente às infeções urinárias, estamos em condições de dizer que estas representam a forma mais comum de infeção na grávida, com uma prevalência de 5 a 10% (Silva e Arantes, 2006).

A presença de disúria, polaquiúria, hematúria e bacteriúria significativa na grávida, são sinais e sintomas sugestivos de infeção urinária sintomática baixa (cistite), mas o aparecimento de febre alta, de calafrios, a presença de lombalgias e por vezes de náuseas e contratilidade uterina, já sugerem a presença de infeção no trato urinário alto (pielonefrite) (Montenegro e Filho, 2011).

Ainda que, a gravidez como evento isolado, não seja responsável por maior incidência de todas as infeções do trato urinário (Duarte, et al., 2008), as mudanças anatômicas e fisiológicas impostas pela gestação no trato urinário, predispõem à

transformação da bacteriúria assintomática em infecção sintomática em 30% das grávidas (Montenegro e Filho, 2011) (Duarte, et al., 2008). Todas estas alterações decorrentes da atividade hormonal, da hipertrofia dos rins, do aumento do volume de sangue e da pressão do útero, são responsáveis pela maior incidência e seriedade das infecções do trato urinário superior, na medida em que conduzem ao aumento do volume de urina alcalina na pelve renal dilatada e nos ureteres, favorecendo a proliferação bacteriana e aumentando substancialmente o potencial para estas infecções (Rezende, 2005) (Montenegro e Filho, 2011).

(Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008), apontam a pielonefrite como a segunda complicação médica mais frequente na gravidez, que incide preferencialmente no 2º e no início do 3º trimestre. A história de episódios anteriores e a presença de bacteriúria assintomática são na opinião de (Strayer, et al., 2012), os principais fatores de risco.

O internamento das grávidas com pielonefrite é defendido pela maioria dos autores como obrigatório, para tratar a infecção e prevenir as complicações materno - fetais (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

No âmbito dos cuidados de enfermagem, foram concebidas um conjunto de intervenções autónomas mas também resultantes de prescrição, logo desde a admissão destas grávidas, referentes à administração de terapêutica, à monitorização dos sinais vitais (tensão arterial, pulso, temperatura e dor), à monitorização da ingestão de líquidos e do débito urinário e à vigilância do estado geral da grávida e do bem-estar fetal.

No decorrer dos cuidados prestados, considerou-se prioritário o controlo da hipertermia, dados os seus efeitos teratogénicos e o controlo da dor para promover o conforto da grávida (Strayer, et al., 2012).

A monitorização do bem-estar fetal e da atividade uterina foram intervenções essenciais no sentido de despistar atempadamente sinais de APPT e ou aborto (Montenegro e Filho, 2011).

De acordo com os protocolos da UMF as grávidas no momento da alta clínica eram orientadas com regime medicamentoso a efetuar no domicílio. Contudo, sabe-se que a infecção sintomática recorrente é frequente em 30% a 40% das grávidas (Cunningham, et al., 2012). Assim, nestas situações os autores (Cunningham, et al., 2012) e Montenegro e Filho (2011) defendem a manutenção do tratamento até quatro a seis semanas após o parto, uma vez que até esse período permanecem as alterações a nível do aparelho urinário.

Nestas circunstâncias, compreende-se que a prevenção e a deteção precoce integram elementos essenciais da assistência pré-natal (Amiri, et al., 2009). Daí que, se preconize o rastreio da bacteriúria assintomática a todas as grávidas para reduzir a incidência da pielonefrite e as complicações que a mesma comporta (Graça, 2010).

As evidências que emergem de uma revisão da Cochrane vêm corroborar este facto, dado que, demonstram redução da incidência da pielonefrite em 77% dos casos de bacteriúria assintomática, tratados com antibioterapia (Funai, 2009). De acordo com os resultados do estudo de (Widmer, et al., 2011), o regime de tratamento que evidencia ser mais eficaz nestas circunstâncias, é o regime de tratamento de sete dias.

Todavia, além das intervenções descritas anteriormente, estão ao alcance do EESMO intervenções importantes no período pré-natal para a prevenção destas infeções, que podem ser operacionalizadas por programas de educação para a saúde que consciencializem as grávidas para alguns fatores ou comportamentos de saúde. Assim, em função das necessidades identificadas, por défices de conhecimento ou pela presença de fatores de risco para o desenvolvimento da pielonefrite, foi adotado um papel educativo, por meio de aconselhamento, motivação e mudança comportamental. Portanto, as grávidas foram aconselhadas e incentivadas a uma adequada ingestão de líquidos (dois a três litros por dia), a efetuar micções frequentes e esvaziamento completo da bexiga, a praticar uma correta higiene perineal, a evitar roupa interior sintética e justa, a praticar exercício físico moderado e a recorrer ao profissional de saúde na presença de disúria, urgência urinária, desconforto supra - púbico, polaquiúria e ou hematória (Berbel, et al., 2011). A pertinência desta conduta terapêutica, que foi desenvolvida na continuidade dos cuidados e considerada no planeamento da alta das grávidas, é fundamentada por um estudo realizado por (Amiri, et al., 2009). Os resultados deste estudo evidenciaram que a baixa ingestão de fluídos e a retenção urinária voluntária estiveram associadas com o aumento da infeção urinária em mulheres e que a prática de higiene genital, o urinar e o lavar os genitais antes e após o coito e a substituição de roupa interior, estiveram associadas com menor frequência de infeções urinárias na gravidez (Amiri, et al., 2009).

Ficou também demonstrado num estudo efetuado por (Ochoa-Brust, et al., 2007), que o uso de citrinos e fruta de "*cranberry*" inibem a proliferação bacteriana, particularmente da *Escherichia coli*, assim como a ingestão diária de ácido ascórbico na dosagem de 100 mg diário. Julgando-se pertinentes, facultaram-se estas evidências às grávidas.

Nas orientações dadas acerca dos hábitos alimentares saudáveis, frisou-se a necessidade de evitarem a ingestão de café, de chás, de colas e de álcool, porque, além de outros prejuízos na gravidez, são vistos como irritantes do trato urinário (Strayer, et al., 2012). Ainda assim, ao avaliar os conhecimentos adquiridos junto das grávidas foi reforçada a importância de cumprir todo o regime terapêutico no domicílio, para evitar a reincidência destas infeções (Lowdermilk e Perry, 2008).

Relativamente à Pré-eclampsia, pode dizer-se que se trata de um problema específico da gravidez marcado por hipertensão e proteinúria, numa mulher previamente normotensa, detetado após as 20 semanas de gestação (Graça, 2010).

A hipertensão arterial, nesta síndrome é definida como tensão arterial sistólica superior a 140 mmhg ou diastólica superior a 90 mmhg, em pelo menos duas avaliações com intervalo de quatro a seis horas. Já a proteinúria é explicada por uma concentração superior a 300 mg na urina de 24 horas (Lowdermilk e Perry, 2008).

A abordagem clínica da pré- eclampsia inicial tem por base, os valores tensionais, a grandeza da proteinúria, o perfil laboratorial e o bem-estar materno-fetal (Graça, 2010). Só perante estes dados, de acordo com o autor, é possível classificar a pré - eclampsia quanto à sua gravidade e conseqüentemente quanto às atitudes terapêuticas a tomar. Também é certo que, estamos perante uma situação que não é possível de reverter até ao TP, pelo que o objetivo será impedir o agravamento e permitir que o parto ocorra o mais próximo possível do termo da gestação (Lowdermilk e Perry, 2008).

Na pré-eclampsia moderada, o TP deverá ser induzido às 36 semanas de gestação, até lá a atitude expectante é habitualmente a mais apropriada, desde que a situação materna e fetal esteja estável (Graça, 2010). Mas, se a situação evoluir para a pré-eclampsia grave, o TP poderá ser planeado mais cedo (Rudra, 2011).

A pré- eclampsia é uma situação que se pode agravar e evoluir para complicações potencialmente fatais como a eclampsia. Normalmente, esta situação é precedida de sinais premonitórios, mas também pode surgir de forma abrupta em mulheres com a simples elevação da tensão arterial (Lowdermilk e Perry, 2008). O EESMO e concordando com as autoras tem aqui um papel fundamental que se dirige à vigilância e monitorização dos sinais e sintomas que se consideram essências na identificação do agravamento desta síndrome. Este agravamento, não foi identificado em nenhuma das grávidas assistidas durante o estágio. Porém, a todas as grávidas que apresentavam pré-eclampsia leve a moderada nas diversas atividades de vigilância foram despistadas a presença de cefaleias, de dor epigástrica, de alterações visuais, de hiperreflexia e pesquisadas alterações analíticas. Sabe-se pois, que se estas situações estiverem presentes, podem indicar agravamento desta síndrome.

A par das atividades de vigilância foram colocadas em prática outras intervenções designadamente, informar e ensinar a grávida acerca da doença e sinais indicativos de agravamento, para que os conseguisse identificar e comunicar atempadamente.

Ainda como parte integrante dos cuidados prestados às grávidas com pré-eclampsia, englobaram-se, a monitorização da tensão arterial de quatro em quatro horas e a administração de anti hipertensores, a monitorização diária da proteinúria, do débito

urinário e do peso, a vigilância das características e a evolução do edema e o bem-estar materno-fetal.

Tendo em conta que o edema está presente na maioria das grávidas com pré-eclampsia, estas podem restringir a ingestão de líquidos no intuito de o diminuir. Ao explicar às utentes a importância da ingestão adequada de líquidos pretendeu-se incentivar a adesão ao regime terapêutico, potenciando uma boa perfusão renal (Lowdermilk e Perry, 2008).

O ambiente, os ruídos e a luminosidade, também foram aspetos considerados nos cuidados, tendo sido geridos de forma a reduzir os estímulos e proporcionar conforto.

O repouso no leito, à semelhança do que acontece noutras complicações durante a gravidez é recomendado. No entanto, Lowdermilk e Perry (2008) consideram que este não deve ser absoluto, pelo facto de ter efeitos secundários. De acordo com as mesmas autoras e (Ciasulli, 2012), o repouso no leito pode prejudicar a função muscular, originar fadiga, alterações no ciclo de sono, obstipação e ansiedade. Mas, admitindo que este contribui para a redução dos valores tensionais e para a melhoria do débito urinário (Lowdermilk e Perry, 2008), julgou-se importante ajudar as grávidas a lidar com o repouso, explicando a sua pertinência e aconselhando-as a cumpri-lo preferencialmente em decúbito lateral esquerdo, de forma a proporcionar uma melhoria na perfusão útero placenta. Para minimizar os efeitos do repouso, no trânsito intestinal, foram sugeridas e efetuadas adaptações na dieta, como reforçar a ingestão de fibras e de líquidos (Branden, 2000). Foram também efetuados ensinamentos de exercícios ligeiros de extensão e de elasticidade, no sentido de promover a manutenção do tônus muscular e do fluxo sanguíneo e aumentar o bem-estar na grávida, comprometidos com a restrição da atividade física (Ciasulli, 2012).

O internamento, o receio pelo desfecho da gravidez e do parto e a restrição da mobilidade, estiveram na origem da ansiedade expressada por algumas grávidas e família. Tornou-se necessário proporcionar apoio emocional e psicológico a todos os intervenientes de forma a encontrar meios capazes de lidar com estas adversidades. Em conjunto foram encontradas estratégias adaptativas como, o uso de técnicas de relaxamento, de atividades lúdicas e o envolvimento de visitas e pessoas significativas.

Na pré-eclampsia a perfusão útero placenta encontra-se diminuída, o que submete o feto a uma função placentária reduzida. Esta situação ao refletir-se na oxigenação e crescimento fetal pode conduzir à morte fetal intra-uterina e ao TP pré - termo (Graça, 2010).

A realização da cardiotocografia (CTG) foi um dos meios técnicos que permitiu nestes casos vigiar o bem-estar fetal e a tonicidade uterina. Enquanto a avaliação da frequência cardíaca fetal (FCF) basal, da variabilidade e da presença ou não de acelerações

permitiram avaliar o estado de oxigenação fetal, a avaliação da tonicidade uterina foi um dado relevante na detecção de APPT e parto pré- termo (Branden, 2000). Por conseguinte foram também desenvolvidas intervenções resultantes de prescrição decorrentes da administração de corticosteroides para ajudar na maturação pulmonar fetal.

A promoção do autocuidado e autovigilância, levada a cabo com os cuidados implementados a estas grávidas revelou-se importante no momento da alta clínica, dada a estabilidade da doença. Isto porque, além de terem sido discutidas e ajustadas com a grávida e conviventes significativos as estratégias e comportamentos adaptativos no domicílio, que contribuísssem para a não progressão da doença, estavam despertos para os sinais e sintomas de agravamento da patologia e para as medidas que deveriam tomar na sua presença.

Se nos depararmos com uma grávida que ainda não completou as 37 semanas de gestação e que apresenta contratilidade uterina frequente e regular sem repercussão no colo uterino, podemos considerar a presença de APPT. Mas, se com esta sintomatologia coincidirem a dilatação e extinção do colo uterino então podemos estar na presença de TP pré-termo (Graça, 2010).

Ainda que assim definidas, a distinção entre estas duas situações nem sempre é fácil (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). No entanto, é fundamental que o diagnóstico diferencial se estabeleça para a instituição de medidas de intervenção e para o prognóstico perinatal (Graça, 2010). Em situação duvidosa e encontrando-se a grávida com uma gestação entre as 24 e as 34 semanas de gestação, a avaliação do comprimento do colo uterino com ecografia transvaginal e a detecção de fibronectina fetal nas secreções cervicais têm-se revelado técnicas capazes de aumentar a objetividade do diagnóstico (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

A abordagem clínica da APPT, adotada no CHSJ, com a intenção de prolongar a gravidez e melhorar os resultados neonatais, embora ajustada à situação e à idade gestacional, incluiu normalmente a terapêutica tocolítica, a instituição de corticosteroides, a profilaxia antibiótica para *Streptococos* do Grupo B (EGB), a monitorização do bem-estar materno e fetal e o repouso no leito (Graça, 2010).

Segundo Graça (2010) e Lowdermilk e Perry (2008), a tocólise permite adiar o TP em 48 horas, o que possibilita a promoção da estimulação da maturação pulmonar pelo uso de corticosteroides, reduzindo-se assim as complicações da Síndrome de Dificuldade Respiratória (SDR) no prematuro.

Relativamente ao repouso no leito, embora a evidência não demonstre a sua eficácia na prevenção do TP pré- termo, este continua a ser prática corrente (Lowdermilk e Perry, 2008). Em função das circunstâncias, foi essencial assistir as grávidas no autocuidado

e apoiá-las 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.

Dentro das intervenções planejadas e implementadas a estas grávidas, destacaram-se a vigilância dos parâmetros vitais maternos, da perda hemática vaginal, da evolução da atividade uterina e do bem-estar fetal, os ensinamentos acerca dos tratamentos e dos seus efeitos. No entanto, esta conduta terapêutica adotada ao longo de todo o internamento incluiu o apoio e suporte da grávida e da família, na medida em que foram promovidas condições favoráveis ao esclarecimento das dúvidas e receios, à expressão de sentimentos e à redução da sensação de isolamento, pelo envolvimento da família e amigos e pela promoção de interação com outras mulheres na mesma situação de risco (Lowdermilk e Perry, 2008).

A identificação da perda de líquido amniótico (LA) pelo menos uma hora antes do início do TP sugere a RPM. No entanto, se esta acontecer antes das 37 semanas de gestação estamos perante uma RPM pré-termo, sendo esta responsável por 25% de todos os casos de TP pré-termo (Lowdermilk e Perry, 2008) (Graça, 2010).

A atitude terapêutica na RPM está estreitamente ligada à idade gestacional e à avaliação do risco materno-fetal. Assim, quando a RPM ocorre a partir das 34 semanas de gestação, a atitude mais preconizada é a indução do TP. Mas, se ocorrer antes e não houver contraindicações, normalmente opta-se pela atitude expectante (Graça, 2010). Todavia, a RPM ocorrida antes das 24 semanas de gestação é uma situação com prognóstico pouco favorável, devendo ser explicados os riscos à grávida e família (Graça, 2010).

A prática clínica possibilitou experienciar atitudes terapêuticas em casos de RPM antes e após as 34 semanas de gestação. Por isso, para reduzir as complicações materno-fetais nas grávidas com menos de 35 semanas de gestação era iniciada a antibioterapia e a corticoterapia, para acelerar a maturidade pulmonar e promovido o repouso no leito (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). Nas grávidas com mais de 35 semanas de gestação o TP normalmente era induzido. Automaticamente era iniciada a profilaxia da infeção por EGB, se positivo ou se desconhecido ou então 12 horas após o início da rotura de membranas (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

A RPM é uma complicação que coloca a grávida em risco de morbilidade, principalmente de carácter infeccioso. Para prevenir ou minimizar o risco de infeção, na área autónoma de cuidados interveio-se no âmbito do autocuidado higiene genital, mantendo a região perineal limpa ou instruindo a grávida a fazê-lo.

Embora se considere que há situações em que o exame vaginal pode ser pertinente, como nas situações de dúvida de dilatação do colo uterino ou então no despiste de

prolapso do cordão, reconhece-se que este deve ser efetuado quando estritamente necessário e assegurada a técnica asséptica rigorosa, isto porque constitui um risco para a infeção materno fetal (Camano, et al., 2005).

As atividades de vigilância dirigidas a estas grávidas incluíram essencialmente a vigilância dos sinais vitais maternos, das características do LA, do corrimento vaginal e da dor (à palpação uterina), porque são indicadores essenciais para o despiste precoce de corioamnionite (Lowdermilk e Perry, 2008). No entanto, há outros indicadores como a presença de valores analíticos maternos alterados ou a taquicardia fetal, que podem estar associados à febre e à infeção materna, daí que foram também considerados no decorrer das atividades de vigilância. A identificação e associação de alguns dos sinais e sintomas previamente referidos foram essenciais para o diagnóstico médico de corioamnionite, que conduziu à indução do TP numa das grávidas assistidas na continuidade dos cuidados.

O repouso é uma das atitudes terapêuticas indispensáveis na RPM e visa a probabilidade do restabelecimento da integridade das membranas (Graça, 2010). Estando-se consciente das implicações que o repouso tem na qualidade de vida destas grávidas, foram aconselhadas atividades lúdicas dentro das suas preferências e incentivadas a realizar exercícios ativos, na tentativa de minimizar os seus efeitos colaterais (Lowdermilk e Perry, 2008). Todavia, nas situações de repouso prolongado foi efetuada terapêutica prescrita para a prevenção de fenómenos tromboembólicos e justificou-se a solicitação da colaboração de outros profissionais para prevenir o enfraquecimento muscular.

Tendo em conta que a RPM e conseqüentemente a saída de LA podem motivar o oligoâmnios e naturalmente o risco de efeitos fetais, nestes casos, a promoção da ingestão abundante de líquidos, a dieta adequada e o recurso a emolientes de fezes, foram intervenções importantes para regularizar o trânsito intestinal, reduzir o esforço ao evacuar e certamente não agravar a perda de LA (Lowdermilk e Perry, 2008).

A análise do traçado da CTG e dos resultados analíticos facilitou a avaliação do bem-estar fetal e da atividade uterina nestas situações. No entanto, a observação do resultado dos exames complementares de diagnóstico médico (perfil biofísico) foi fundamental para avaliar a saúde do feto e estimar o volume do LA (Graça, 2010). Constatando-se que a realização destes exames intensificava os receios das grávidas envolvidas ao prognóstico da gravidez, principalmente pelo temido decréscimo do LA ou alterações no bem-estar fetal, procurou-se reconhecer e identificar a ansiedade das grávidas, esclarecendo-as sobre a doença, sobre os exames e formas de tratamento e preparando-as para as possíveis complicações no feto e internamento deste (Costa, et al., 2010).

De uma forma geral os cuidados desenvolvidos junto das grávidas neste estágio envolveram a promoção da saúde pré-natal, a vigilância e monitorização da saúde materna e fetal em contexto de gestação de risco pela presença de patologia associada à gravidez.

A avaliação do bem-estar materno foi efetuada através da vigilância do estado geral da grávida, dos sinais vitais, dos sinais e sintomas específicos da patologia e das respostas da grávida às imposições da patologia atual.

No que respeita à avaliação do estado fetal, foi efetuada principalmente a partir da 10^a - 12^a semana de gestação através da auscultação dos batimentos cardíacos fetais com o doppler e com base no traçado da CTG a partir do final do segundo trimestre. (Blake, 2008), quanto ao uso do doppler, considera que este método é o mais apropriado para a auscultação intermitente dos ruídos cardíacos fetais.

Relativamente à CTG e concordando com (Nomura, Miyadahira e Zugaib, 2009), sabe-se que este método está amplamente infiltrado na prática de cuidados especializados, essencialmente nas gravidezes de maior risco de complicações (Nomura, Miyadahira e Zugaib, 2009). No entanto, como os estudos efetuados acerca desta prática na gravidez não revelam evidências que apoiem o seu uso na melhoria dos resultados fetais, existem ainda muitas apreensões em torno da sua confiabilidade e reprodutibilidade. Porém, (Grivell, et al., 2010) reconhecem que a avaliação automática dos parâmetros da Frequência Cardíaca Fetal (FCF) na CTG, como a que foi usada na UMF no decorrer do estágio, parece superar alguns problemas da CTG tradicional, na baixa reprodutibilidade e variação na interpretação entre observadores e nas altas taxas de falsos positivos.

Ainda que, estes tenham sido os meios usados de forma autónoma e efetiva na avaliação global do bem-estar materno-fetal, para fundamentar os cuidados a prestar recorreu-se em situações específicas à observação e análise de resultados de outros exames complementares de diagnóstico médico, como os valores analíticos, a dimensão do colo uterino, as curvas de percentil de crescimento fetal e o perfil biofísico.

Desde o início do internamento que as grávidas foram especificamente esclarecidas sobre a sua condição de saúde/doença e ajudadas a descobrir estratégias para se adaptarem aos problemas e minimizar os efeitos da condição de risco (Graça, 2010). Tentou-se também que, a família significativa fosse incluída no processo de cuidados não só porque proporcionava um elo de apoio à grávida neste período, como possibilitava que no momento da alta ambos reunissem conhecimentos específicos e habilidades necessárias para gerir de uma forma adequada a gestação no domicílio e soubessem identificar os sinais e sintomas de alerta indicativos de recorrer ao profissional de saúde (Lowdermilk, e Perry, 2008) (Doenges e Moorhouse, 2010).

Apesar das grávidas saberem descrever os sinais e sintomas específicos de agravamento da patologia em questão, foram dados a conhecer como sinais de alerta gerais, a perda vaginal de sangue ou LA, a presença de uma contração uterina em cada dez minutos durante uma hora (podendo ser percecionada como dor abdominal ou lombar), a presença de febre e a diminuição súbita dos movimentos fetais (Graça, 2010).

De qualquer forma, existem outros sinais e sintomas e situações que podem indicar problemas gestacionais, requerendo observação e assistência especializada. Por isso, ao orientar antecipadamente para estes sinais e sintomas, pretendeu-se que as grávidas interiorizassem e reconhecessem que, as cefaleias intensas, as alterações visuais, as náuseas, a dor epigástrica, a disúria, a urgência urinária, o desconforto supra - púbico, a dor intensa na região lombar, os vômitos a partir do 2º trimestre, o corrimento vaginal e os acidentes ou traumatismos, podem constituir possíveis complicações e devem ser alvo de observação especializada, devendo estas recorrerem aos recursos disponíveis na comunidade como: centro de saúde ou hospital da área de residência.

Ainda que os cuidados desenvolvidos no decorrer deste estágio, tenham sido essencialmente dirigidos aos aspetos referentes às patologias associadas com a gravidez, durante o acompanhamento da grávida, foram contempladas todas as situações que possibilitassem manter ou potenciar a saúde adequada da grávida, da família e criança que vai nascer, bem como a adaptação saudável à gravidez e à parentalidade.

Tendo em conta que a gravidez é um estado que coloca a mulher em contacto com sentimentos e significados que até então lhe eram totalmente desconhecidos (Canavarro, 2001) (Alarcão, 2006), a grávida pode durante este período, experimentar alterações do humor e labilidade emocional, estados de ansiedade e uma morbilidade aumentada para a sintomatologia psicopatológica (Falcone, 2005). No entanto, a intensidade e a frequência destas alterações psicológicas, dependem de uma série de fatores, como níveis de ansiedade elevados, situação conjugal não satisfatória, falta de suporte social, o não planeamento da gravidez (Nascimento, et al., 2009), e a intensidade das mudanças e do desconforto físico sentido (Falcone, 2005).

No que respeita à promoção da saúde mental na grávida procurou-se descortinar precocemente o impacto psicossocial da gravidez e avaliar o risco e necessidades em relação à saúde mental. Para tal estabeleceu-se desde o início uma relação de confiança e empatia com a grávida e pessoas significativas e consideraram-se desde a avaliação como dados relevantes, o estado emocional, a perceção face à gravidez, o contexto em que esta ocorreu e os mecanismos de apoio e suporte familiar (Cepeda, Brito e Heitor, 2005) (Lowdermilk e Perry, 2008).

De acordo com (Sarmiento e Setúbal, 2003), a grávida e família podem apresentar sentimentos ambíguos e contraditórios, estados de ansiedade, relacionados não só com o medo do desconhecido e com o desfecho da gravidez, como pelo misto de sentimentos resultantes da satisfação dos movimentos do feto e do medo das imposições colocadas pela condição de risco.

Com base no exposto e estando as grávidas internadas em contexto de gestação de risco, foi adotada uma postura de escuta ativa favorável à expressão de sentimentos e procurou-se compreender o estado de vulnerabilidade emocional e as suas queixas. Embora tenham sido escassos os sentimentos de ambivalência percebidos nas grávidas, interveio-se psicologicamente, pretendendo com as intervenções potenciar ou proporcionar sensação de bem-estar físico e mental, estado de harmonia na relação consigo mesmas, com os outros e com o seu ambiente, para que se sentissem seguras, controladas e capazes de desempenhar os seus papéis. Porém, ainda que este estado de ambivalência na grávida seja considerada uma resposta normal à adaptação ao novo papel, concorda-se com (Cepeda, Brito e Heitor, 2006) que, as situações mais intensas de ambivalência, que se prolongam para o terceiro trimestre de gestação, podem justificar a colaboração dos serviços especializados de saúde mental para garantir orientação mental ajustada, uma vez que podem indicar conflitos não resolvidos e risco de compromisso da adaptação ao papel parental (Lowdermilk e Perry, 2008).

Durante o período pré-natal, os futuros pais têm a oportunidade de se preparem física e psicologicamente para o nascimento e parentalidade. Terão durante este período de se ajustar a uma diversidade de transformações, que surgem em resultado de situações ocorridas ao longo do período de gestação, de expectativas relativas aos novos papéis que se geram com a gravidez e em torno do bebé, as quais implicarão uma obrigatória reorganização na rede de relações conjugais, familiares e sociais (Conde e Figueiredo, 2007). Portanto, além das intensas aprendizagens inerentes a esta transição, importa cumprir um conjunto de tarefas desenvolvimentais, para que esta decorra favoravelmente (Canavarro, 2001) (Alarcão, 2006).

Neste contexto e à medida que eram desenvolvidos os cuidados, foram avaliadas na grávida e convivente significativo a vivência psicológica e a progressão das várias fases e tarefas a resolver na parentalidade. Apesar de não terem sido identificados nas atividades de vigilância fatores importantes além da patologia fetal ou materna associada à gravidez, reconhece-se que a presença de gravidez não planeada, a relação conjugal conflituosa, a ausência de suporte familiar, de estilos de vida saudáveis, os comportamentos de risco, o desinteresse no conhecimento sobre saúde e a interpretação negativa dos movimentos

fetais, são dados relevantes para o diagnóstico de enfermagem no sentido de avaliar o risco de ligação mãe/pai -filho (Lowdermilk e Perry, 2008).

Normalmente, a vinculação afetiva que existe desde a concepção vai se intensificando com o decorrer da gestação, essencialmente após a percepção dos movimentos fetais pela grávida, até ao completo estabelecimento do mesmo entre o binômio mãe/Recém-Nascido (RN). Porém, sendo este um mecanismo psicológico desencadeado por todas as mudanças decorrentes da gravidez, está sujeito ao risco de compromisso (Castro, et al., 2012). De acordo com o autor, as orientações e os ensinamentos efetuados acerca das modificações próprias da gravidez, do desenvolvimento fetal e dos cuidados ideais ao bebé, são intervenções que propiciam o estreitamento de laços afetivos na grávida e família (Castro, et al., 2012). Lowdermilk e Perry (2008) acrescentam que a realização destes ensinamentos, em função das necessidades identificadas, proporciona também a oportunidade de potenciar a adaptação saudável à gravidez e a promoção da saúde da mulher, da família e criança que vai nascer.

Assim, considerando o exposto e concordando com os autores, sempre que identificados défices na avaliação de conhecimentos, foram definidas intervenções com o objetivo de capacitar a mulher e a família de conhecimentos e estratégias para manter ou potenciar a saúde adequada no período gestacional, para promover a adaptação saudável à gravidez e sintomatologia inerente e ao papel parental. As atividades que concretizaram as intervenções derivaram das necessidades pertinentes, identificadas na especificidade da vivência de cada um (Wolff e Moura, 2004) (Lowdermilk e Perry, 2008). No entanto, de uma forma geral, os aspetos da alimentação saudável, as consequências do uso de álcool e tabaco na gravidez, o aumento de peso desejado, os hábitos de higiene (pessoal, oral, genital), de sono e repouso e exercício físico, a atividade sexual segura, a prevenção de acidentes e medidas de prevenção de infeção, reuniram os ensinamentos efetuados no âmbito da promoção do autocuidado, de estilos de vida saudáveis e comportamentos promotores de saúde pré - natal.

No que se refere aos desconfortos da gravidez, embora sujeitos ao trimestre de gestação foram essencialmente reconhecidos durante os cuidados, as náuseas, a obstipação e os edemas dos membros inferiores.

Ao ensinar sobre as alterações inerentes à gravidez, foi possível orientar as grávidas não só para a compreensão da origem da maioria dos desconfortos que expunham como para as medidas capazes de os atenuar. Portanto, no que se refere à obstipação, deve-se à diminuição da motilidade intestinal por ação da progesterona e à compressão do intestino pelo útero, podendo também ser potenciada pela ingestão de suplementos de ferro. Desta forma todas as grávidas foram aconselhadas a ingerir cerca de dois litros de água por dia e

a realizar uma dieta saudável, composta por seis a sete refeições diárias, rica em fibras e vegetais verdes (fruta cítrica, cereais integrais, ameixa preta, mamão, aveia e farinha de linhaça), assim como a realizar exercício físico moderado no domicílio, principalmente caminhar em passo acelerado durante 30 minutos por dia, desde que permitido pela patologia (Montenegro e Filho, 2011).

As náuseas estão presentes em 50 a 80% das grávidas, essencialmente no primeiro trimestre (Graça, 2010). Aqui mereceram especial interesse as orientações dadas no sentido de realizar refeições pequenas e frequentes (a cada duas a três horas), de ingerir alimentos secos e com amido (tostas e bolachas de água e sal), evitar gorduras e experimentar raiz de gengibre e chás de hortelã-pimenta ou folha de framboesa (Montenegro e Filho, 2011) (Lowdermilk e Perry, 2008).

O edema dos membros inferiores (essencialmente nos tornozelos) e a sensação de pernas pesadas decorrem do aumento da pressão dos capilares dos membros inferiores, daí que estejam associados a longos períodos de pé ou sentada, posturas incorretas, ao uso de roupas justas e apertadas e a temperaturas altas (Graça, 2010). As instruções dadas às grávidas neste âmbito compreenderam, vestir meias elásticas antes de se levantar, repousar periodicamente em decúbito lateral e com os membros inferiores elevados, usar roupa confortável e sapatos com boa base de sustentação, privilegiar a ingestão de alimentos proteicos em vez de hidratos de carbono e gorduras e praticar atividade física moderada desde que permitida (Lowdermilk e Perry, 2008). Estas recomendações foram também importantes para prevenir o aparecimento ou agravamento de varizes, à medida que a gestação evolui e o peso corporal aumenta (Graça, 2010).

Relativamente à preparação para o parto e parentalidade, pode dizer-se que, enquanto momento de educação para o nascimento é um instrumento poderoso do enfermeiro na ajuda às mães e família, no sentido de auxiliar na tomada de decisões informadas e seguras acerca da gravidez e parto (Couto, 2003). Neste seguimento e adotando um papel ativo para a preparação para o parto e parentalidade, a todas as grávidas internadas era questionado na colheita de dados se pretendiam ou tinham realizado preparação para o parto e se tinha um plano de parto decidido. Em função das atitudes dos casais em relação ao parto e dos conhecimentos respeitantes foram realizados esclarecimentos de dúvidas e orientações acerca dos procedimentos do parto e tipos de parto, sobre técnicas e recursos disponíveis para controlar a dor (respiração, relaxamento, analgesia) e sobre os seus ideais (Sarmiento e Setúbal, 2003). Esta abordagem concorreu para a aquisição de novos conhecimentos determinantes não só, para tornar conhecido o desconhecido e desmistificar valores e preconceitos baseados em tradições, principalmente nas grávidas que não se encontravam a realizar preparação para o parto e parentalidade,

como para a reduzir a ansiedade, tornar as suas expectativas mais realistas e para promover a sua capacitação para a autonomia no processo de decisão (Couto, 2003).

A parentalidade responsável envolve o assumir de um novo papel e conseqüentemente um novo nível de cuidados e de responsabilidades, para os quais os futuros pais têm que se preparar (Pinheiro e Zanatta, 2010).

Para facilitar a adaptação à transição e promover competências parentais foram promovidos ensinamentos à grávida e familiares significativos, à medida que eram identificados défices de conhecimentos e de habilidades, essencialmente nos aspetos da preparação do enxoval e cuidados ao RN e paralelamente foram dinamizadas estratégias gestoras de “*stress*” decorrentes (Graça, Figueiredo e Carreira, 2011 a)

Outro dos aspetos importantes da parentalidade é a discussão sobre a alimentação do RN. De acordo com (Pereira, et al., 2008) (Levy e Bertolo, 2008), o terceiro trimestre de gestação tem sido apontado como o primeiro ponto de viragem em termos de sucesso do Aleitamento Materno (AM). Neste seguimento foram considerados também na colheita de dados a intenção da grávida para amamentar o RN, os conhecimentos e habilidades neste campo e os dados considerados relevantes das experiências anteriores, se existentes. Esta abordagem inicial permitiu ao longo dos cuidados desenvolver intervenções autónomas direccionadas à promoção do AM, sendo que, inicialmente foram averiguados os conhecimentos e atitudes dos futuros pais face ao AM e à existência ou não de mitos relacionados com a amamentação.

No caso de experiências anteriores considerou-se relevante conhecer e avaliar fatores como a duração da amamentação, avaliar as causas em caso de abandono precoce da amamentação, a qualidade e extensão da rede de apoio social, assim como a perceção da grávida e família quanto à experiência.

Os ensinamentos efetuados no âmbito do AM reuniram a transmissão de conhecimentos acerca das vantagens, da prática e da técnica do AM, naturalmente efetuados de forma individualizada e em função das escolhas da mulher e das necessidades identificadas e expressadas (Graça, Figueiredo e Carreira, 2011a).

Além das grávidas internadas em resultado da necessidade de vigilância durante a gravidez, houve mulheres que estiveram internadas nesta unidade no decurso de abortamento, o que possibilitou desenvolver cuidados também neste âmbito.

O abortamento, é o processo de término da gravidez, espontâneo ou induzido, por motivos médicos e ou terapêuticos antes de atingir a viabilidade fetal (Graça, 2010).

Cerca de 15 a 20% das gravidezes terminam em aborto espontâneo, sendo que mais de 80% dos abortos acontecem antes das 12 semanas de gestação (Cunningham, et al., 2000).

Entre os vários tipos de abortamento incluem-se, a ameaça de aborto, o aborto inevitável, o aborto incompleto, o aborto completo e o aborto retido. Neste período de estágio, o tipo de abortamento mais observado foi o aborto retido do primeiro trimestre, motivo pelo qual será desenvolvido neste relatório.

As atividades de enfermagem dirigidas à identificação e ao diagnóstico do trabalho de abortamento reúnem a recolha de dados relativos à história menstrual e obstétrica, ao estado físico, à presença ou não de dor, à sua localização e intensidade e à quantidade e consistência da perda de sangue (Branden, 2000). No entanto, no aborto retido o feto pode ficar sem vida retido algumas semanas no útero, sem que ocorra hemorragia ou dor, pelo que, a maioria das situações é diagnosticada por ecografia e analiticamente pelos valores decrescentes da Beta Gonadotrofina Coriônica Humana (B-HCG) (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

De acordo com Campos, Montenegro e Rodrigues, (2008) a resolução médica medicamentosa da gravidez inviável do primeiro trimestre é uma alternativa possível à cirurgia e à atitude expectante, com benefícios demonstrados em termos de segurança, comodidade e custos. A atitude terapêutica adotada na resolução do aborto retido na UMF do CHSJ rege-se pelos autores referidos e seus protocolos. Assim, de acordo com o trimestre de gestação e critérios de execução, era iniciado o protocolo de esvaziamento uterino. O medicamento usado era o misoprostol por via vaginal e a avaliação do sucesso terapêutico era efetuada com controlo ecográfico.

A abordagem à utente internada nestas condições, além de ter conhecimento sobre o protocolo e colaborar na sua execução, teve por base o conhecimento do significado que a perda da gravidez tinha para a utente e família, tal como as crenças culturais relativas à mesma e à dor (Lowdermilk e Perry, 2008).

Antes de iniciado o protocolo, a mulher era informada dos procedimentos esperados e dos efeitos laterais da medicação (dores abdominais, hipertermia, náuseas, vômitos e diarreia) (Lowdermilk e Perry, 2008).

Durante todo o processo foram incluídas nas atividades de vigilância, a vigilância da temperatura corporal, da tensão arterial, de náuseas e vômitos, da perda hemática vaginal e da expulsão do feto e placenta e a vigilância e monitorização da dor. Por conseguinte e dando resposta às necessidades identificadas, tornaram-se necessárias outras intervenções como administrar soroterapia e gerir o regime medicamentoso para aliviar as náuseas, a dor e a hipertermia (Lowdermilk e Perry, 2008).

Considerando que o período pós aborto, sustenta o risco da permanência de restos ovulares e ou fetais e conseqüentemente o risco de hemorragia abundante, de infeção e de fenómenos embólicos, neste período os cuidados centraram-se na vigilância de sinais e

sintomas de infecção e ou hemorragia, como a presença de arrepios, de suores, de hipertermia, de exsudado vaginal fétido, de abdómen distendido e doloroso à descompressão e de perda sanguínea vaginal excessiva (Graça, 2010).

Não havendo complicações, o abortamento provavelmente não causará efeitos físicos deletérios à utente. No entanto, a perda gestacional constitui um evento potencialmente traumático devido ao seu carácter normalmente inesperado e imprevisível (Nazaré, et al., 2010).

De acordo com (Canavaro, 2001) nestas situações as reações psicológicas não dependem do tempo de gestação, mas do grau de investimento emocional e normalmente incluem: tristeza, frustração, desapontamento, raiva e culpabilização. O processo de luto subsequente a este evento pode ser particularmente difícil, principalmente porque é vivido sem enquadramento social, dado que não há provas físicas da existência do bebé (Nazaré, et al., 2010). Todavia a sua vivência implica realizar uma serie de tarefas, como aceitar a realidade da perda, experienciar a dor, ajustar-se a um novo meio e redirigir e reinvestir a sua energia emocional (Worden, 1991).

Neste âmbito os casais enlutados na UMF do CHSJ, encontrando-se na fase inicial deste processo, confrontavam-se com a resolução da primeira das tarefas. Desta forma, todas as intervenções referentes à atitude terapêutica junto do casal enlutado tiveram como propósito facilitar a aceitação da realidade da perda, a expressão emocional e a integração deste acontecimento (Lowdermilk, e Perry, 2008).

Para favorecer a aceitação da realidade da perda, estabeleceu-se uma relação sustentada na escuta ativa, dando oportunidade ao casal de contar a história e os sentimentos envolventes à perda e automaticamente compreendendo empaticamente o seu sofrimento e transmitindo interesse e preocupação através de mensagens sensíveis. De igual modo sempre que fosse sua vontade foi proporcionada ao casal e família a possibilidade de ver os restos de produto de concepção e posteriormente obtido o consentimento para encaminhamento do feto para análise (Lowdermilk e Perry, 2008).

O segundo grande objetivo desta intervenção consistiu em facilitar a expressão emocional e promover a vivência saudável do luto do casal. Para tal tentou-se ajudá-los a identificar e a expressar as suas emoções, ouvindo-os cuidadosamente, transmitindo interesse e permitir a verbalização da agressividade, da culpa, das fantasias respeitantes não só as causas como as consequências da perda (Nazaré, et al., 2010).

Ainda, a título preventivo e considerando que o casal pode sentir dificuldades em avaliar se as reações emocionais que demonstram são ou não adequadas perante a perda com que estão a lidar, julgou-se necessário informá-los acerca das diversas manifestações emocionais que podem ocorrer associadas às várias fases do processo de luto, bem como

alertá-los para as datas e ocasiões normalmente associadas à gravidez que podem intensificar essas reações (Canavarro, 2001).

De acordo com (Lowdermilk e Perry, 2008) as mulheres após um abortamento podem apresentar sentimentos mais intensos por um período de tempo maior do que os homens. Atendendo a estas diferenças normalmente verificadas no que respeita à vivência do luto, incentivou-se o casal a comunicar acerca do que cada um dos membros sente, preparando-os para possíveis disparidades na forma de cada um lidar com o acontecimento. De qualquer forma, foram orientados antecipadamente de que o luto tem um curso previsível e um resultado final e terá avançado satisfatoriamente, quando conseguirem falar sobre a perda de uma forma suportável, encontrando novos significados e alternativas de vida e investir no seu futuro (Nazaré, et al., 2010).

Na preparação da alta foram concebidas e implementadas intervenções dirigidas à promoção da saúde, autovigilância e prevenção de complicações. Assim além dos aspetos psicossociais já referidos consideraram-se os ensinamentos sobre o autocuidado, higiene e necessidade de repouso e alertou-se para os sintomas físicos normalmente esperados e para a importância de reconhecer atempadamente sinais de alerta para recorrer ao hospital como (hemorragia abundante prolongada por mais de duas semanas, dor abdominal acentuada, febre, ou mal estar geral) (Lowdermilk e Perry, 2008).

Ainda, como medidas e comportamentos associados à prevenção de complicações, as mulheres foram orientadas a cumprir rigorosamente o regime medicamentoso, a abster-se de relações sexuais até à completa perda de sangue e a evitar o uso de tampões (Lowdermilk e Perry, 2008).

De acordo com o projeto individual de conceção foram dadas indicações relativas à contraceção e referenciados para os cuidados de saúde na comunidade para ser dado o seguimento adequado.

Tal como em outras situações, nas mulheres com RH- que sofreram um aborto e não iso- imunizadas, deve ser administrada a imunoglobulina anti D até às 72 horas, tendo esta intervenção resultante de prescrição sido efetuada a todas, antes da alta (Cunningham, et al., 2000).

2. 2. Aquisição de Competências no Âmbito do trabalho de Parto e Parto

A aquisição e desenvolvimento de competências específicas neste módulo de estágio integram os cuidados especializados na assistência à parturiente e família durante o TP, parto (eutócico e distócico) e os cuidados ao RN normal ou de risco.

Para que possamos compreender o TP normal, impõe-se reconhecer adequadamente o seu início (Barros, 2006). Sabe-se pois que, as características que definem o início de TP são, a presença de contrações uterinas regulares com repercussões na extinção e dilatação do colo uterino (Cunningham, et al., 2012). No entanto, é fundamental que toda a grávida que apresente esta sintomatologia seja submetida a uma avaliação inicial e exame físico minucioso, com a intenção de confirmar a presença de TP e reunir requisitos que justifiquem o internamento. Esta postura foi constatada na prática clínica e consoante defende Barros (2006) certamente preveniu intervenções desnecessárias e graus de ansiedade na grávida e família pela longa espera que o internamento acarreta.

Uma vez iniciado o TP e apresentando a grávida condições para o internamento, eram mobilizadas um conjunto de intervenções direcionadas ao acolhimento da parturiente e à monitorização do TP, baseadas nos protocolos de atuação e evidência científica. De ressaltar no entanto que, os cuidados prestados à parturiente neste período de transição, embora conduzidos pelo uso de protocolos de atuação, consoante é indicado pela (Iniciativa Parto Normal, 2009), atenderam à individualidade das situações e pessoa e às opções individuais. Até porque, estando a mulher e família a atravessar um período de transição, têm que ser desenvolvidas intervenções e cuidados que criem condições condutivas a uma transição saudável e para isso, em acordo com (Zagonel, 1999), tem que se considerar o ser em mudança como um ser holístico, integral.

Pretendendo-se ao longo deste período desenvolver competência e humanização nos cuidados prestados à parturiente, conciliou-se a componente relacional à competência técnica e científica. Assim sendo, logo na admissão e dada a sua pertinência para a planificação dos cuidados, era questionado à grávida se havia realizado preparação para o parto e parentalidade, se tinha plano de parto definido e era efetuada a colheita de dados relevantes para a identificação de necessidades individuais e expectativas.

Com o objetivo de identificar possíveis fatores de risco, eram explorados dados referentes à história pessoal e familiar, à história obstétrica, a complicações no decurso

da gravidez, à história de alergias, aos hábitos de saúde, ao regime medicamentoso, à evolução ponderal e exames laboratoriais. A avaliação de sinais vitais foi outro parâmetro considerado desde o início, porque, além de permitir averiguar o bem-estar materno no momento, oferecia base de comparação para avaliar possíveis fugas da normalidade no decorrer do TP (Barros, 2006).

Nas parturientes que tinham plano de parto definido, os cuidados eram planejados em função deste. Contudo, eram alertadas para a possibilidade de virem a ser adaptados em função da evolução do TP. Salvaguardando no entanto, a informação prévia da relevância das alterações para apoiar o consentimento informado.

A parturiente e família podem experimentar neste período expectativas, necessidades, preocupações, medos, ansiedades, tanto relacionados com o próprio internamento, como pela falta de conhecimento sobre o TP e procedimentos ou mesmo pelo bem-estar materno-fetal, raramente exprimidos voluntariamente (Lowdermilk, Perry, 2008). Posto isto, após o contacto e familiarização inicial, a parturiente e família eram esclarecidos da dinâmica institucional e rotinas do serviço e incentivados à exposição de dúvidas e das suas expectativas.

No que respeita às expectativas, a parturiente era questionada acerca das suas escolhas relativamente, ao acompanhante, às condições ambientais na sala de parto (música, temperatura e luminosidade), às posições a adotar e às formas de gerir a dor durante o TP (anestesia epidural, sistémica ou estratégias não farmacológicas de alívio da dor), como (uso de bolsa, musicoterapia, deambulação, massagens e duche).

Comparativamente, no que se refere às decisões respeitantes à transição do RN para a vida extra uterina, a grávida e acompanhante eram questionados se pretendiam laquear o cordão umbilical, se queriam que o RN fosse colocado pele a pele na barriga da mãe à nascença, se a parturiente tinha decidido amamentar o RN e se desejava amamenta-lo logo na primeira hora de vida.

Desde o início do internamento que foi proporcionado um ambiente acolhedor e uma atitude empática favorável à expressão de sentimentos, de desejos e de decisões da parturiente e do acompanhante. Pretendeu-se com esta postura reduzir a ansiedade, aumentar a sensação de controlo e confiança e por conseguinte proporcionar uma experiência de parto positiva para ambos (Lowdermilk e Perry, 2008). Todavia e tal como refere (Wolff e Moura, 2004) a humanização dos cuidados no TP, além de exigir um ambiente acolhedor, incita os profissionais a considerar a mulher como sujeito do TP, de forma que esta perceba que a sua participação é fundamental à evolução deste processo com sucesso e o mais natural possível. Segundo os autores, a intervenção do

EESMO durante a assistência à parturiente e acompanhante visa “empoderar” ou seja delegar autoridade e responsabilidade no processo de TP.

Apesar de se sustentar esta postura junto das parturientes, constatou-se uma tendência em grande parte das parturientes para deixar a tomada de decisão relativa às atividades decorrentes do TP a cargo dos profissionais de saúde. Associada ao déficit de conhecimentos sobre a fisiologia do TP, sobre os procedimentos e sobre o papel ativo que o casal deve adotar no processo de TP, esta atitude adotada pelos casais, conduziu à explicação e ou elucidação do fenômeno fisiológico que engloba o TP, tornando assim possível capacitar e motivar as parturientes e os acompanhantes para a autonomia no processo de decisão (Wolff e Moura, 2004).

Segundo a (IPN, 2009) existe benefício comprovado do apoio profissional contínuo e eficaz durante o TP, devendo este abranger o apoio informativo, físico, emocional e representação ou defesa. Portanto, durante toda a assistência presencial e em acordo com o nível de conhecimentos e capacidade de compreensão, as parturientes eram informadas e esclarecidas da evolução do TP ao longo das diversas fases, da finalidade e da adequação dos procedimentos realizados e do estado do feto. Simultaneamente era dado espaço ao diálogo e à partilha de sentimentos para amenizar o medo e o “*stress*” envolvente (Lowdermilk e Perry, 2008). Todavia a gestão das condições do ambiente (luz e o som de acordo com as suas preferências) e condições do leito (cama e roupa limpa e seca), a promoção da privacidade e a hidratação da mucosa oral com pequenos goles de água, foram outras medidas de conforto e apoio que contribuíram para a redução da ansiedade e para a percepção de uma experiência positiva. Durante o decurso destas ações a parturiente era também continuamente incentivada e ajudada nas estratégias de alívio do desconforto e reconhecida pelos seus esforços de participação. Pretendendo-se com isto envolve-la no TP e torná-la confiante para a experiência.

De acordo com a (IPN, 2009), a presença e a colaboração do acompanhante podem diminuir a quantidade de analgésicos e a duração do trabalho de parto.

Com base no exposto, o acompanhante foi incentivado no acompanhamento da parturiente e de acordo com a sua decisão sobre o grau de envolvimento, foi estimulado na realização de medidas de conforto à mulher (nomeadamente na aplicação de massagem, na assistência durante a deambulação, no suporte emocional e incentivos).

Considerando entretanto que, o pai, o companheiro e elementos significativos também vivem momentos de “*stress*” e mediante o que é sugerido por (Lowdermilk e Perry, 2008), as intervenções foram dirigidas também à identificação das suas necessidades

e das suas expectativas, à estimulação de períodos de descanso e à transmissão de informações sobre o TP e sobre as necessidades da mulher.

O TP é um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior, que se divide em três estádios diferentes denominados por, dilatação, período expulsivo e dequitação (Graça, 2010).

O primeiro estádio (dilatação) decorre desde o início das contrações uterinas e termina com a dilatação completa do colo do útero. É dividido em duas fases, a fase latente que vai desde o início das contrações uterinas regulares até três a quatro centímetros de dilatação e extinção completa do colo do útero e a fase ativa, que envolve o período seguinte da descida da apresentação fetal e dilatação completa do colo do útero (Graça, 2010).

O segundo estádio (período expulsivo) começa com a dilatação completa e termina na expulsão do feto. Já o terceiro estádio (dequitação) vai desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta e membranas fetais (Graça, 2010).

Graça (2010) refere-se a padrões de evolução normal do TP de acordo com a paridade, definidos por Friedman, que podem ser observados na figura que se segue:

FIGURA 1: Padrões evolutivos do trabalho de parto

	Nulípara	Multípara
1º Estádio		
Duração fase latente	Até 20h	Até 14h
Dilatação na fase ativa	> 1,2cm/h	>1,5cm/h
Duração da fase de desaceleração	Até 3h	Até 1h
Descida da apresentação	>1cm/h	> 2cm/h
2º Estádio		
Duração normal	Até 45-60min	Até 15-20min
3º Estádio		
Duração normal	Até 30min	Até 30min

Modificado de Cohen e Friedman, 1983

Fonte: Graça (2010)

Sabe-se que, a disposição do feto em relação ao canal de parto é determinante para a evolução do TP e para a via do parto (Williams e Cunningham, 2010). A realização das manobras de Leopold tem aqui um papel importante, uma vez que permitem avaliar desde o início do TP a situação (longitudinal, transversa e oblíqua), a apresentação (cefálica, pélvica ou espádua) e a posição fetal (direita ou esquerda) e prever mediante os resultados, possíveis alterações nos padrões normais do TP. Foram úteis também para determinar o

foco fetal (intensidade máxima da frequência cardíaca fetal), já que orientaram na colocação da CTG usada na vigilância materno - fetal durante o TP.

Relativamente às recomendações atuais para a vigilância do TP de baixo risco, preconiza-se a auscultação fetal intermitente, devendo esta ser efetuada durante 60 segundos a cada 15 minutos no primeiro período do TP e a cada cinco minutos ou após cada contração no segundo período de TP (Graça, 2010) (Thompson, 2011)

De acordo com os protocolos, no bloco de partos do CHSJ a vigilância do bem-estar fetal e da atividade uterina era efetuada através da monitorização eletrónica ligada ao sistema “sisporto”, sendo esta usada de forma contínua a partir da fase ativa do TP, desde que a parturiente não tivesse assinado termo de responsabilidade para ter monitorização intermitente. Todavia e tal como adverte (Thompson, 2011), há situações em que este método é indicado, aplicando-se deste modo sempre durante a administração de ocitocina, na presença de analgesia epidural, de amniotomia e em parturientes com cesariana prévia.

A monitorização eletrónica fetal é perspectivada por vários autores como presumível método preventivo de sofrimento fetal e morbidade intra - parto, na medida em que facilita a deteção de padrões de FCF anormais associados a hipoxia fetal (Devane, Lalor e Bonnar, 2007) (Graça, 2010).

Os estudos que compararam o uso contínuo da CTG com o intermitente revelam redução das convulsões neonatais com o uso da CTG contínuo, sem apresentarem diferenças significativas nas taxas de paralisia cerebral, na lesão neurológica neonatal, na mortalidade infantil ou outras medidas-padrão de bem-estar neonatal (Alfirevic, Devane e Gyte, 2008). Contudo, evidenciam um aumento na taxa de cesarianas e nos partos instrumentados (Robinson, 2008) (Alfirevic, Devane e Gyte, 2008).

Graça (2010) ainda que, reconheça que a maioria das evidências não mostram claros benefícios neonatais com o uso da CTG contínua e esta possa potenciar a discrepância entre observadores na interpretação dos traçados e uma menor humanização do parto, compreende a sua prática atual (Graça, 2010). Concorde-se com o autor, uma vez que, a realização da CTG contínua permitiu identificar e monitorizar as contrações uterinas, a FCF, os padrões periódicos potencialmente definidores do estado fetal e a variabilidade fetal em mais que uma parturiente, o que não seria possível de realizar com a mesma qualidade, se fossem seguidas as atuais recomendações de vigilância do TP de baixo risco, já que preconizam a auscultação intermitente e uma enfermeira por parturiente.

Todavia, reconhece-se que a auscultação fetal intermitente é uma forma válida, segura e menos restritiva da monitorização do bem-estar fetal. Por isso, não querendo descurar a humanização dos cuidados e concordando com (Robinson, 2008) (Thompson, 2011), procurou-se usar a CTG contínua de forma criteriosa e as parturientes eram

informadas oportunamente das vantagens e desvantagens dos diferentes métodos, para as auxiliar na escolha informada sobre o tipo de monitorização.

Apesar de existir como já referido anteriormente a possibilidade de divergência na interpretação dos traçados da CTG, é consensual na literatura que o padrão de FCF tranquilizador deve incluir uma linha de base com FCF entre 110 a 160 batimentos por minuto, variabilidade moderada, presença de acelerações de acordo com a idade gestacional e ausência de desacelerações da FCF (Robinson, 2008). Portanto, para avaliar se os padrões de FCF vigiados durante os cuidados, eram ou não tranquilizadores e respetivamente sugestivos ou não de intervenções assertivas, teve-se este padrão como referencia e sustentou-se a avaliação global na terminologia desenvolvida pelo Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano, (NICHD), citada por (Robinson, 2008).

O toque vaginal é um procedimento que é efetuado tanto para identificar o TP como para avaliar a sua evolução. Porém, considerando que este exame causa “*stress*” e desconforto na parturiente e pode gerar traumatismos nos tecidos e infeção, admite-se, tal como Lowdermilk e Perry (2008) que deve ser efetuado em situações específicas como: na admissão da grávida, na alteração significativa da atividade uterina, na ocorrência de rotura de membranas, quando a mulher sente pressão na região perineal ou vontade de fazer esforços expulsivos, ou na presença de desacelerações da FCF. Ainda assim, para salvaguardar a pertinência do exame vaginal, antes de o efetuar, eram ponderados os riscos e benefícios e considerados os toques realizados antes por outros profissionais. Para auxiliar no consentimento informado, a parturiente era esclarecida sobre o procedimento, depois era auxiliada no posicionamento pretendido e incentivada ao relaxamento. Durante a realização dos exames eram respeitados os princípios técnicos e de assepsia inerentes (principalmente na presença de rotura de membranas e infeção pelo SGB) e avaliados os dados pretendidos sobre a consistência, extinção, dilatação e posição do colo uterino, sobre o estado das membranas, a apresentação, a posição, a variedade e plano de apresentação fetal.

O estado das membranas fetais é um indicador importante para o planeamento dos cuidados à parturiente e na vigilância do bem-estar materno-fetal, especialmente na presença de SGB positivo. A relevância destes dados deve-se ao facto de que a transnissao vertical do EGB durante o TP pode causar sepsis, pneumonia ou meningite neonatal e a rotura de membranas constitui-se entre outros como fator de risco (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008).

Para prevenir e ou diminuir o risco de infeção materna e neonatal, os protocolos da sala de parto adotados de Campos, Montenegro e Rodrigues (2008) preconizam o início da

profilaxia antibiótica na presença de pesquisa de SGB positiva, na rotura prolongada de membranas (superior a 12 horas) e na febre intraparto, tendo sido efetuadas sempre que possível duas tomas no mínimo antes do nascimento quando se verificavam estas situações, em resultado de prescrição.

Nas grávidas que apresentavam infeção pelo SGB e que mantinham integridade das membranas, a amniotomia só era realizada após ter sido efetuada a segunda toma de antibiótico, caso a sua realização fosse importante. Esta postura refletiu a intervenção e o contributo que se teve na prevenção de complicações durante o TP. Até porque, há autores que só defendem a rotura de membranas em caso de necessidade, dado que protegem a cavidade uterina e o feto dos microrganismos presentes na vagina transportados da cérvix pelos exames vaginais (Barros, 2006).

Perante a rotura de membranas, ocorrida de forma espontânea, ou provocada, no bloco de partos ou não, era averiguada a hora a que ocorreu e pesquisadas as características do LA. Posteriormente era mantida a vigilância da evolução das características do LA e a vigilância da Temperatura corporal e da Frequência cardíaca materna, a cada uma ou duas horas, dado o risco de infeção e possível influência na FCF (Barros, 2006).

Sabe-se que, as características que definem o LA como normal são, a cor clara e a presença de grumos de vernix (Barros, 2006). Portanto sempre que foi identificado LA com coloração esverdeada, era um indicador da presença de mecónio e da possibilidade de sofrimento fetal. Pois, existem estudos que associam a presença de mecónio espesso a uma maior taxa de cesariana, a um baixo índice de Apgar no primeiro minuto e a um maior número de internamentos de RN's no serviço de neonatologia (Lee, et al., 2011) (Duhan, et al., 2010). O cheiro fétido, embora nunca tenha sido identificado durante as atividades de vigilância, a sua presença seria sugestivo de infeção (Barros, 2006).

De uma forma geral, os cuidados desenvolvidos para prevenir complicações materno-fetais neste contexto, foram ajustados à situação de cada mulher e resultaram da reflexão sobre a evolução do TP e dos benefícios e potenciais danos das intervenções a efetuar. No entanto, a evidência indica medidas preventivas adicionais quando é identificado mecónio no LA, no intuito de prevenir a Síndrome de Aspiração Meconial (SAM). Assim sendo, intensificou-se a vigilância da evolução das suas características, do bem-estar fetal e assegurou-se a presença de material de aspiração, de reanimação e a presença do pediatra, caso fosse necessário no nascimento (Colvero, et al., 2006).

As contrações uterinas englobam um dos fenómenos essenciais ao desenvolvimento do TP, na medida em que são responsáveis inicialmente pela dilatação e

extinção do colo uterino e posteriormente pela descida, pela expulsão do feto e pela dequitação. Constituíram por isso um foco de atenção na prestação de cuidados.

Para poder avaliar as características das contrações uterinas e a sua progressão ao longo do TP foram consideradas desde o início a sua frequência, intensidade e duração. A avaliação foi feita através da leitura e análise da monitorização eletrónica do traçado da CTG, da descrição subjetiva da mulher e da palpação abdominal do fundo uterino (Lowdermilk e Perry, 2008). Para se enquadrarem dentro do padrão normal das características das contrações uterinas, a sua frequência deveria ser de cerca de dez minutos no início da fase latente e de um minuto no período expulsivo, já a sua duração não deveria exceder os dois minutos e a intensidade que pode ser moderada ou intensa, deveria ser moderada (Lowdermilk e Perry, 2008). No entanto, a vigilância contínua permitiu identificar situações de padrão anormal das contrações uterinas, umas vezes por defeito e outras por excesso. Estas situações, sempre que justificável foram comunicadas ao obstetra para que medidas adequadas à normal progressão do TP fossem tomadas e para manter ou potenciar a oxigenação fetal.

O intervalo entre as contrações uterinas permite ao feto restabelecer a sua oxigenação. Por conseguinte foi fundamental vigiar se o tónus do músculo uterino em repouso se mantinha relaxado neste período, ou seja entre 5 a 15 mmHg (Graça, 2010).

Sendo as contrações uterinas involuntárias e dolorosas, consequentemente provocam impacto no conforto materno. Porém, a dor no TP, não resulta só da presença de contrações uterinas, mas também da dilatação do colo uterino, da distensão do segmento inferior e da compressão da apresentação fetal sobre as estruturas pélvicas (Graça, 2010). Esta dor é sentida pela maioria das mulheres, no entanto, concorda-se com (Graça, 2010), que, a sua maior ou menor expressão depende do período do TP em que se encontram, da sua capacidade de reagir à dor e das técnicas utilizadas para a aliviar. Ainda assim, concorda-se com (Lowe, 2006) que, esta experiência de dor é o resultado de uma interação complexa e subjetiva de vários fatores fisiológicos e psicossociais sobre a interpretação individual da mulher acerca do TP, tendo sido por isso compreendida numa estrutura multidimensional.

Sabe-se ainda que, a dor de TP provoca efeitos prejudiciais sobre a parturiente, sobre o feto e afeta a evolução do TP. Posto isto, a avaliação da dor da mulher constituiu uma das prioridades de atuação na continuidade dos cuidados, tendo para esse efeito sido consideradas as suas características, a relação com a fase de TP e as características individuais e socio culturais da parturiente, aquando da avaliação. Além disso foi promovida a autoavaliação pela parturiente para assegurar, tal como refere Lowdermilk e Perry (2008) que este controlo seja efetuado também com base na natureza subjetiva da dor da mulher.

As intervenções selecionadas para promover o alívio da dor emergiram do juízo clínico da situação e das preferências da parturiente e acompanhante. Reuniram o uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor centradas no autocontrole, uma vez que se enquadram na área autónoma dos cuidados especializados. Estiveram presentes também as intervenções que resultaram de prescrição, tendo subjacente as orientações farmacológicas. Sabe-se, pois que, o uso simultâneo destas medidas, potencia o alívio da dor e contribui para uma experiência positiva do TP, principalmente se aplicadas durante a fase latente (Lowdermilk e Perry, 2008).

As estratégias não farmacológicas usadas na promoção do relaxamento e alívio da dor e consequente favorecimento do processo de TP foram as técnicas de respiração (profunda e lenta), a massagem na região dorsal efetuada pelo acompanhante, a mudança de posição, a deambulação e a musicoterapia. Relativamente à musicoterapia, foi permitido e sugerido às parturientes ouvir música através de auscultadores, pois concorda-se com Lowdermilk e Perry (2008), que esta modalidade além de ir ao encontro das suas preferências permitia que a puérpera se abstraísse de outros sons.

Um estudo efetuado por (Liu, Chang e Chen, 2010) vem corroborar esta conduta, na medida em que, evidencia que o uso da música nas mulheres em TP facultava quantificáveis benefícios psicológicos, devendo por isso constituir-se uma intervenção a aplicar na redução da ansiedade e da dor essencialmente durante a fase latente do TP.

A posição de litotomia da mulher durante o TP, embora seja uma conduta integrada na prática clínica, sustenta alguma controvérsia na literatura no que se refere aos seus benefícios para mãe e para o feto (Mamede, Mamede e Dotto, 2007). Há estudos que evidenciam que a deambulação e a adoção de posições (supina e lateral) essencialmente durante a fase latente do TP, melhoram a qualidade das contrações uterinas e consequentemente diminuem o uso de ocitocina, da analgesia, a frequência de parto vaginal instrumental, de episiotomia e reduzem a duração do TP sem aumentar os efeitos negativos sobre a mãe e o feto (Mamede, Mamede e Dotto, 2007) (Mckay, 2006) (Lawrence, et al., 2009). No entanto, uma revisão recente mostra que apesar da deambulação e das posições verticais no primeiro estágio do TP não aumentarem a intervenção ou os efeitos maternos e fetais negativos, não há evidência clara e importante que estas reduzam a duração do TP, o risco de parto por cesariana e a necessidade de epidural (Lawrence, et al., 2013).

Com base nestas evidências adotou-se uma postura que fosse favorável à evolução do TP e à otimização das condições de saúde da mãe e do feto, mas que garantisse a tomada de decisão consciente da parturiente sobre as suas decisões e o sentido do TP que pretendiam (Mamede, Mamede e Dotto, 2007) (Lawrence, et al., 2009) (Lawrence, et al.,

2013). Portanto, tal como é proposto pela maioria dos autores, as parturientes de baixo risco foram encorajadas e ajudadas a assumir a posição que consideravam mais confortável. Simultaneamente foram esclarecidas quanto aos benefícios das posições alternativas, da mobilidade durante o TP e estimuladas à liberdade de posição e de movimento.

Dado que, a maioria das parturientes optou pela posição de litotomia, foram incentivadas a alternar de decúbitos laterais, para evitar a compressão da veia cava inferior e a redução da perfusão útero placenta que pode levar à hipotensão materna e consequente bradicardia fetal (Barros, 2006). Estes incentivos foram estendidos às parturientes que estavam sob efeito de analgesia epidural ou com rotura de membranas amnióticas sem a apresentação fetal encravada. Já que, não foi incentivada a deambulação, devido ao risco de queda e de prolapso do cordão umbilical (Lowdermilk e Perry, 2008).

Ainda, dentro do conjunto de intervenções autónomas e interdependentes dirigidas à promoção da evolução do TP, incentivou-se as parturientes a efetuar micções frequentes e promoveu-se a algaliação quando estas não a iniciavam espontaneamente devido à presença de analgesia epidural. Pois, sabe-se que, a distensão da bexiga pode impedir a descida da apresentação fetal e inibir as contrações uterinas (Lowdermilk e Perry, 2008).

Constatou-se que, a dor associada à contração uterina com a evolução do TP, influenciava o estado de ansiedade e o autocontrolo na maioria das parturientes, apesar de serem mantidas as estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Esta situação de acordo com Lowdermilk e Perry (2008) ao influenciar o bem-estar das parturientes, pode aumentar os níveis de catecolaminas e consequentemente interferir na normal evolução do TP. Por isso e concordando com as autoras, nestes casos era avaliada a situação e com base nas necessidades e decisão da parturiente era alertado o anestesista, para que fossem implementadas medidas farmacológicas para aliviar a dor e por conseguinte promover a normal evolução do TP.

De acordo com Graça (2010), a analgesia epidural é de entre todos os métodos o mais inócuo e eficaz para a parturiente e para o feto. Contudo, subsistem até então algumas preocupações em relação aos efeitos desta analgesia sobre a mãe, o feto e a progressão do TP (Suljevic, et al., 2009).

As evidências que emergem de uma revisão sistemática de 38 ensaios clínicos randomizados que comparou todas as modalidades de epidural com qualquer outra forma de alívio da dor ou sem analgesia corroboram as afirmações de Graça (2010). Pois, comprovam que a analgesia por via epidural foi a que proporcionou melhor alívio da dor entre as várias formas de analgesia comparadas e revelam ainda que, apesar de se ter verificado alargamento na duração da segunda fase do TP, aumento do risco de parto

vaginal instrumental e aumento da necessidade de ocitocina, estes resultados não afetaram adversamente o estado fetal (Anim-Somuah, Smyth e Howell, 2005).

Da análise deste estudo pode entender-se que a analgesia por via epidural não parece afetar adversamente os resultados fetais, mas parece alterar a dinâmica do TP, requerendo maior utilização de ocitocina. Este facto é justificado segundo Graça (2010), pela diluição da ocitocina circulante em resultado do aumento da perfusão endovenosa de fluidos, pelo risco de hipotensão materna e consequente hipo-perfusão placentária.

Relembrando a vivência da prática clínica, no âmbito da analgesia no TP, a analgesia epidural sendo o método farmacológico habitualmente disponível no alívio da dor do TP, foi sem dúvida a mais solicitada pelas parturientes.

Perante esta realidade e para que fosse possível intervir de forma interdependente com outros profissionais na redução da dor de TP de uma forma segura, foram mobilizados para a prática, os conhecimentos reunidos acerca desta técnica, dos fármacos envolvidos e da relação destes com a normal progressão do TP. Portanto, tendo sido esta a analgesia solicitada, era reunido o material necessário para a colocação do cateter epidural, explicado à parturiente o procedimento e os efeitos esperados.

Após o consentimento informado da parturiente, além de se colaborar com o anestesista, para facilitar a execução da técnica, instrui-se e auxiliou-se a parturiente a posicionar-se adequadamente e incentivou-se continuamente a realizar a técnica de respiração durante as contrações uterinas.

Considerando o protocolo de cuidados à parturiente com analgesia epidural e os fármacos envolvidos foram implementadas no decorrer dos cuidados intervenções específicas como, a vigilância dos efeitos laterais dos fármacos usados (hipotensão materna, hipertermia, prurido e náuseas), a vigilância da dor e do bem-estar fetal, a realização de punção venosa, a hidratação parental e a algaliação se necessário.

A prática de hidratação parental com soro glicosado constatada durante a assistência do TP esteve em acordo com (Porto, Amorim e Souza, 2010), uma vez que, foi circunscrita às parturientes com analgesia por via epidural ou em situações específicas, como no tratamento da hipotensão. O autor defende que assim seja, pois não parece que essa prática reduza a acidemia materna nem fetal produzida pela restrição de alimentos e pode conduzir a efeitos adversos fetais pelo estímulo da produção de insulina pelo pâncreas fetal.

Relativamente à prática do jejum durante o TP não há evidências que a recomendem por rotina nas parturientes de baixo risco, inclusive há estudos que demonstram que a dieta leve durante o TP previne o aparecimento de cetose, pelo que deve ser permitida e estimulada a ingestão de líquidos claros e lascas de gelo mesmo na

presença de analgesia loco regional (Berghella, et al., 2008)(Porto, Amorim e Souza, 2010). Contrariamente, nas parturientes de alto risco, embora as evidências que existem a este respeito sejam insuficientes, recomendam que se preserve, se existir a possibilidade de uma cesariana ou anestesia geral (Porto, Amorim e Souza, 2010) (NICE, 2007).

Como já referido a analgesia por via epidural é a forma analgésica de eleição nas salas de parto. Contudo, o alívio da dor do TP pode ser conseguido com recurso à analgesia sistémica com opioides como o tramal, a petidine e o remifentanil. Este tipo de analgesia tem sido associado no entanto, à depressão respiratória no RN (Cunningham, et al., 2012). Mas, (Graça, 2010) acrescenta que estes efeitos estão dependentes das doses e do tempo decorrido entre a administração do fármaco, sendo mais notórios se o nascimento ocorrer duas a três horas após a toma.

Considerando o exposto e tendo havido no decorrer do estágio, situações que justificaram o uso de fármacos sistémicos para o alívio da dor de TP, foi desenvolvida pesquisa que indicasse a atitude mais assertiva na prevenção de complicações durante o TP como na assistência ao RN.

De acordo com uma revisão sistemática efetuada na Cochrane, os opioides parentais promovem algum alívio da dor e satisfação moderada na analgesia no TP, revelando-se a petidine uma alternativa ao tramal em virtude da sua superioridade na eficácia analgésica e baixa incidência de efeitos colaterais maternos (Ullman, et al., 2010). Os resultados evidenciam no entanto, alguns efeitos maternos, como a náusea, o vômito e a sonolência, mas não mostraram claros efeitos adversos no RN. Comparativamente, o estudo de (Khooshideh e Shahriari, 2009) não evidenciou necessidade de reanimação neonatal por depressão respiratória, nem identificou diferenças nos índices de Apgar nos RN's após a administração de petidine e tramal às parturientes.

Relativamente à eficácia e à segurança do remifentanil em comparação com outras técnicas de analgesia no TP, os resultados de uma revisão sistemática efetuada também na cochrane evidenciam que, o remifentanil revela superiores efeitos analgésicos e maior satisfação das parturientes em comparação com a petidine e com um grau comparável de eventos adversos maternos (Schnabel, et al., 2012). Por isso, tal como refere (Soares, et al., 2010) é provavelmente uma das melhores alternativas atualmente disponíveis para as parturientes que, por algum motivo não desejam ou não podem receber as técnicas de analgesia neuroaxiais. Mesmo assim, (Schnabel, et al., 2012) deixa em aberto a questão de segurança do uso de remifentanil no TP, devido ao baixo número de eventos adversos mencionados. De qualquer forma, pode concluir-se que os resultados dos estudos efetuados neste âmbito evidenciam que, os benefícios da analgesia superam os efeitos nocivos. Já que, o índice de Apgar e o equilíbrio acido-base neonatal é mais satisfatório na

presença de analgesia sistêmica, do que na ausência de analgesia e ainda é mais favorável na presença de analgesia epidural do que com opioides sistêmicos, pelo facto de que a dor e o “stress” materno no TP provocam acidose metabólica progressiva fetal (Reynolds, 2010)

Efetuada uma análise retrospectiva e relacionada com as experiências vivenciadas, o remifentanil foi a analgesia utilizada nas parturientes para as quais estava contraindicada a analgesia epidural, tendo a petidine e o tramal sido maioritariamente usados nas fases iniciais do TP. Por isso e considerando as evidências reunidas, foram tidas em conta a monitorização apertada do bem-estar materno (sinais vitais, função respiratória e saturação de oxigénio) e fetal, especialmente na perfusão do remifentanil. Considerou-se também o tempo decorrido entre a administração de outros fármacos à parturiente e o nascimento e os sinais e sintomas apresentados pelo RN na transição para a vida extra uterina para poder atuar precocemente e em conformidade em caso de reanimação neonatal.

Um dos aspetos fundamentais a considerar na evolução do TP, são os movimentos executados pelo feto durante a descida pelo canal de parto.

De acordo com Graça (2010), o mecanismo de TP em apresentação cefálica inicia-se com o encravamento da cabeça no estreito superior da bacia, que consiste na passagem do maior diâmetro biparietal transverso através do estreito superior. O segundo movimento é a descida e constitui o primeiro requisito para a progressão do TP, que só termina na expulsão fetal. Dá-se por efeito da ação da pressão do LA, da pressão do fundo uterino sobre a pelve fetal e das contrações dos músculos abdominais maternos. A flexão ocorre quando o feto encontra resistência a nível do colo do útero ou canal de parto, levando à substituição do diâmetro occipitofrontal pelo suboccipitobregmático. Chegando o polo cefálico às espinhas isquiáticas geralmente dá-se a rotação interna que leva à deslocação do occipício no sentido da sínfise púbica, colocando o diâmetro sagital a coincidir com o diâmetro ântero-posterior do canal de parto. Uma vez atingido o plano da vulva, ocorre a extensão progressiva do occiput por meio de força combinada da contração uterina e da resistência oferecida anteriormente pela sínfise púbica e pelo pavimento pélvico. Após a exteriorização do polo cefálico, este retoma à atitude anterior, rodando externamente para a posição que ocupava antes da rotação interna, continuando até à restituição, que leva a que o diâmetro biacromial se apresente no diâmetro ântero-posterior do estreito inferior, de forma a facilitar o último movimento que é a expulsão fetal.

Para estimar a evolução do TP consideraram-se os dados referentes à dilatação e extinção do colo uterino, à variabilidade e à descida da apresentação fetal avaliados durante a realização do exame vaginal. Os resultados desta avaliação eram depois registados no partograma em uso na unidade conjuntamente com outros dados referentes

ao estado das membranas, à contratilidade uterina, à FCF, aos sinais vitais maternos, à analgesia e outras intervenções relevantes. Por conseguinte, a análise destes dados permitia posteriormente visualizar e avaliar especificamente a progressão do TP, também por outros profissionais, evitando desta forma exames vaginais desnecessários.

O partograma é um instrumento recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1994 para a vigilância da evolução do TP. Na literatura é visto como um meio de comunicação de fácil acesso na gestão do TP e que efetivamente ajuda na avaliação rápida da evolução do TP. No entanto, em acordo com (McDonald, 2010) seria favorável que o seu registo só fosse iniciado no começo da fase ativa do TP. Pois sabe-se que, o registo iniciado na fase latente pode implicar intervenções obstétricas desnecessárias. Estes dados são corroborados por os resultados de um estudo recentemente efetuado por (Lavender, Hart e Smyth, 2012), pois revelam que o uso da modalidade de partograma com fase latente eleva o uso da ocitocina, da amniotomia e da taxa de cesariana, quando comparado com a modalidade de partograma com fase ativa.

Na prática clínica, ainda que, a maioria das parturientes fossem internadas no bloco de partos no início da fase ativa do TP e tenha sido iniciado nesse momento o registo no partograma, houve situações em que as parturientes beneficiavam de uma vigilância mais precoce em virtude das condições materno-fetais apresentadas. Porém nestes casos e dado que o TP parto é um processo fisiológico natural, procurou-se adotar uma postura individualizada, de forma a evitar intervenções desnecessárias, tal como sugerem (Lavender, Hart e Smyth, 2012).

No decorrer da vigilância do TP, têm que se considerar a possibilidade de alterações no mecanismo de TP. Pois sabe-se que, os movimentos de rotação e de ajustamento do feto no canal de parto, embora normalmente constantes, podem variar consoante a morfologia da pelve, o tipo de apresentação fetal e a paridade (Cunningham, et al., 2012).

Mediante as considerações anteriores, depreende-se que além da estática fetal e da paridade, a avaliação da bacia obstétrica (estreito superior, inferior e plano médio) pode auxiliar na apreciação global da previsão da evolução do TP e naturalmente fez parte das intervenções autónomas efetuadas à parturiente.

A presença de diabetes ou de antecedentes de macrosomia fetal, de distocia de ombros e de prolongamento do segundo período do TP em partos anteriores, podem constituir segundo Lowdermilk e Perry (2008) risco para o TP, por isso, sempre que estavam presentes foram encarados como tal. No entanto, atendeu-se a outras alterações fisiológicas referenciadas na literatura, que por vezes associadas à presença de eventos

patológicos podem interferir com a normal dilatação do colo uterino e progressão do feto no canal de parto.

Segundo Graça (2010), a maioria destas anomalias do TP (distocias) deve-se à associação de contração pélvica com disfunção contrátil uterina, mas resultam na sua globalidade de dois tipos de mecanismos. O mecanismo de natureza mecânica, que envolve as anomalias da apresentação, da posição, das dimensões fetais, da bacia materna e dos tecidos moles do canal de parto e o mecanismo de natureza dinâmica, que engloba a disfunção contrátil uterina e as forças expulsivas involuntárias ineficazes.

Neste trabalho serão expostas as distocias dinâmicas, em virtude de terem sido as mais identificadas ao longo do estágio.

A disfunção contrátil uterina define-se pela “ausência de forças uterinas suficientemente fortes ou devidamente coordenadas para provocar a extinção e dilatação cervical”, podendo por isso apresentar um padrão hipotónico ou hipertónico (Graça, 2010).

Na disfunção contrátil uterina hipotónica a amplitude das contrações uterinas normalmente não atinge os 50 mmhg, a sua duração não ultrapassa os 45 segundos e a frequência é inferior a duas contrações no período de 10 minutos, sendo por isso insuficientes para extinguir e dilatar o colo uterino a um ritmo adequado. Esta disfunção predomina na fase ativa do TP e deve-se essencialmente à existência de apresentações anómalas, à Incompatibilidade Feto-Pélvica (IFP), à hiperdistensão uterina no caso de gravidez gemelar ou hidrâmnios e à rigidez cervical (Graça, 2010).

Em contexto de estágio, estas situações foram normalmente diagnosticadas durante a fase ativa do TP. Mas e concordando com Graça (2010), para poder atuar em conformidade, antes de serem instituídas medidas corretivas era fundamental averiguar se não se tratava de uma IFP. Assim sendo, as medidas corretivas refletiram a análise de cada situação particular. De qualquer modo, a amniotomia, a administração de terapêutica ocitócica e de relaxantes musculares, reuniram de forma geral as intervenções resultantes de prescrição para estimular a progressão do TP.

A disfunção contrátil uterina hipertónica caracteriza-se por descoordenação da contratilidade uterina que conduz a uma desordem dos estímulos contracteis dirigidos ao segmento inferior do útero. É representada por ondas contracteis de diferentes formas e amplitudes, com intervalos curtos e irregulares ou por traçados com aspeto tipo “degraus” (Graça, 2010). Este tipo de disfunção é particularmente observado na fase latente do TP e pode exibir padrões bem definidos, como a hipertonia uterina e a taquissistolia. No entanto, apesar de ser muito doloroso para a parturiente este padrão é ineficaz na extinção e dilatação do colo uterino e aumenta consideravelmente o risco de hipoxia fetal e de descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (Graça, 2010).

Nas situações identificadas na prática clínica, a atitude terapêutica, que englobou intervenções autônomas e interdependentes incidiu essencialmente na suspensão da perfusão oclótica se presente, na instituição de fluidoterapia, no posicionamento da parturiente em decúbito lateral esquerdo para favorecer a perfusão útero placenta e a oxigenação fetal e no controlo da dor se existente (Lowdermilk e Perry, 2008). Todavia, houve casos em que estas medidas não foram suficientes para reverter este padrão, tendo sido pontualmente iniciada tocolise tal como recomendam Graça (2010) e NICE (2007), conforme o protocolo do serviço.

Uma vez que os protocolos do serviço preconizam o uso de salbutamol como o tocolítico de eleição e considerando os seus efeitos laterais, durante e após a sua administração foi reforçada a vigilância pela possibilidade de taquicardia materna e fetal.

O partograma como já referido anteriormente é um instrumento que permite ter uma visão minuciosa do TP e do estado fetal. No entanto e concordando com (Lavender, hart e Smyth, 2012), reconhece-se que foi também uma ferramenta fundamental para prevenir ou reduzir resultados materno - fetais indesejáveis. Já que, a sua análise permitiu reconhecer precocemente durante o TP desvios da "normalidade", muitas vezes associados aos mecanismos referidos anteriormente, como os padrões anómalos do TP e ao mesmo tempo orientou para as medidas de intervenção.

Os padrões anómalos do TP embora não tenham sido situações muito frequentes, foram identificados essencialmente após a reflexão conjunta das relações temporais entre a dilatação do colo do útero e a descida da apresentação fetal e mediante a avaliação global da parturiente (Graça, 2010).

Da análise da figura 1 exposta anteriormente neste relatório, sobressai que a fase latente e a fase ativa do primeiro período do TP apresentam diferentes padrões de evolução e ainda que a duração destas fases, assim como do segundo período do TP varie de acordo com a paridade, têm geralmente uma duração previsível. Portanto, quando a ocorrência da dilatação e descida da apresentação não se dá nos parâmetros anteriormente estipulados, o TP passa a ter padrões anómalos.

No quadro que se segue são descritas as possíveis alterações do TP, referidas por Graça (2010), sustentadas nos critérios de diagnóstico, definidos por Friedman.

FIGURA 2: Padrões anormais do trabalho de parto e critérios de diagnóstico

Padrões de TP	nulíparas	multíparas
F. latente prolongada	> 20 h	>14h
F. ativa prolongada	< 1,2 cm/h	<1.5cm/h
F. desaceleração prolongada	>3h	> 1 h
Paragem secundária da dilatação	>2h	>2h
Progressão da apresentação prolongada	<1 Cm/h	<2 Cm/h
Ausência de progressão e ausência de descida: apresentação no 2º estágio	Ausência de descida: Apresentação no 2º estágio durante \geq 1h	

Modificado de Cohen e Friedman 1983

Fonte: Graça (2010)

Para o diagnóstico do prolongamento do primeiro período do TP que, tanto pode resultar da progressão lenta da fase latente como da fase ativa, com base no preconizado pela NICE (2007) cit. por McDonald (2010), devem ser consideradas a velocidade de dilatação cervical, a descida e rotação da apresentação fetal e as alterações da frequência, intensidade e duração das contrações uterinas.

Por norma o prolongamento da fase latente é devido à administração precoce e excessiva de narcóticos e de analgésicos, ao recurso da analgesia epidural antes do TP estar bem estabelecido e à disfunção uterina hipotónica (Graça, 2010). No entanto e concordando com o autor, nestes casos, antes de intervir é imperativo que se descarte a possibilidade de falso TP.

Assim e considerando as causas destas situações, os cuidados dedicados à sua prevenção, foram também úteis à sua resolução. Portanto, foi promovido conforto e apoio emocional à parturiente e convivente significativo, facilitado o apoio contínuo da parturiente pela pessoa significativa e sempre que possível incentivou-se à liberdade de posição e à deambulação. Estas medidas de intervenção autónomas, são recomendadas para a promoção da evolução do TP por (Lawrence, et al., 2009) (Hodnett, et al., 2012) (Baker, 2010), dado que foram associadas nos seus estudos com o aumento do sentimento de controlo e competência das parturientes e por conseguinte ao TP mais curto, à diminuição da necessidade da intervenção obstétrica e da analgesia. Paralelamente foram implementadas medidas não farmacológicas de alívio da dor para adiar quanto possível a analgesia e iniciada perfusão de ocitocina como intervenção resultante de prescrição.

A fase ativa, a fase de desaceleração prolongada e a paragem secundária da dilatação, são padrões anómalos que podem apresentar-se em simultâneo e estão muitas vezes relacionados com a ausência de progressão da apresentação tanto na fase ativa como no período expulsivo (Graça, 2010). Estes padrões resultam maioritariamente da presença de variedades posteriores e transversas na apresentação de vértice, na disfunção contrátil hipotónica e na presença de analgesia epidural (Graça, 2010). Contudo e concordando com o autor para intervir adequadamente é fundamental que se despiste a possibilidade de IFP, pois a sua presença absoluta é critério para realização de cesariana.

De acordo com (Amorim, et al., 2010), a IFP é frequentemente diagnosticada de forma inapropriada, exibindo-se desta forma como um dos motivos para o crescente aumento das taxas de cesariana na atualidade, contrariamente ao que é preconizado pela OMS. Por isso e mediante as evidências reunidas, o autor considera que no caso concreto de falha de progressão do TP, uma vez que geralmente se deve a contrações uterinas deficientes ou a uma IFP absoluta ou relativa, a conduta adequada para promover o TP e simultaneamente tentar reduzir a incidência de cesariana deve como primeira intervenção, estimular as contrações uterinas se ineficazes, seja pela realização da amniotomia ou pela administração de ocitocina e fazer a rotação do polo cefálico nas variedades de posição posteriores e transversas persistentes. A cesariana ficará assim indicada para as situações de IFP absoluta, diagnosticadas com base nos dados da evolução do TP registados no partograma, pois, embora o Índice de Massa Corporal materno, a previsão de macrossomia fetal e a pelvimetria materna inadequada sejam fatores de risco, apresentam baixa acurácia para o seu diagnóstico (Amorim, et al., 2010).

Relativamente à atitude tomada na prática clínica, nos casos de falha de progressão do TP pode dizer-se que esteve em acordo com estas evidências. Assim, embora em função do padrão de contratilidade, a amniotomia e a administração de ocitocina foram normalmente as medidas interventivas para promover a progressão do TP. Após as intervenções e na tentativa de avaliar a sua eficácia era monitorizada a evolução do TP no partograma. Mediante as evidências reunidas anteriormente e para otimizar as condições de saúde da mãe e do feto, julgou-se importante avaliar rigorosamente as características do LA, do padrão da CTG ou da eletrocardiografia por se considerarem fatores importantes e orientadores para o planeamento dos cuidados (Amorim, et al., 2010). Desde que o padrão da CTG se mantivesse tranquilizador, em acordo com os protocolos, a atitude clínica expectante era mantida normalmente durante pelo menos quatro horas.

De acordo com (Caple, 2012 a), a amniotomia é realizada rotineiramente nas parturientes com TP prolongado, porque, se admite que, esta técnica fortalece e aumenta a frequência das contrações uterinas pelo aumento na libertação de prostaglandinas e de

ocitocina. No entanto, como este procedimento se encontra protocolado na prática clínica, constatou-se que a sua realização se estende à gestão do TP espontâneo com evolução normal, por se acreditar que esta prática pode ser útil na redução da duração do TP e consequentemente na incidência de TP prolongado e também porque permite visualizar as características do LA e realizar monitorização da FCF interna, facilitando assim o controlo do feto. No entanto, se considerarmos as evidências que emergem de uma revisão sistemática de 15 estudos que envolveu 5583 mulheres, a amniotomia não reduziu significativamente a duração do primeiro período de TP (Smyth, Alldred, Markham, 2008), facto pelo qual não é recomendada pelos autores na assistência das parturientes no TP.

Posto isto e tendo em conta como já referido, que esta conduta está estabelecida na prática clínica na assistência da parturiente e sabendo-se que é associada na literatura a riscos materno e fetais, julgou-se pertinente explorar esta temática de forma a suportar a prática em evidências atuais, que será desenvolvida por meio de uma revisão integrativa a efetuar no capítulo seguinte.

Indo ao encontro dos protocolos do serviço, preconiza-se então que, a amniotomia seja efetuada por rotina a partir dos cinco centímetros de dilatação, nas situações de apresentação cefálica insinuada, desde que não houvesse complicações materno-fetais e contraindicações. Pois, como se sabe, este procedimento está contraindicado nas situações de gravidez de alto risco, como parto prematuro, gravidez múltipla, placenta prévia e doenças sistêmicas, como a (diabetes mellitus, hipertensão, HIV).

Por questões de segurança e em virtude dos requisitos para o procedimento, só era efetuado se durante a avaliação no exame vaginal estivessem reunidas as condições de dilatação adequada, de apresentação fetal bem insinuada no colo e de bem-estar fetal.

Desde que reunidas as condições e estivesse indicada, era explicado o procedimento e objetivos da técnica à parturiente e obtido o consentimento informado. Posteriormente e usando de técnica asséptica, eram identificadas as membranas pelo exame vaginal e posteriormente rompidas com o auxílio da pinça de Herff. Para que o LA saísse lentamente sem risco de prolapso do cordão era mantida pressão no fundo uterino aquando do toque vaginal de forma a ajudar a apresentação a apoiar.

Após a realização da amniotomia e dos cuidados perineais, era importante registar a hora a que foi efetuada, as características do LA (quantidade, cor e cheiro), a atividade uterina e a FCF. Entretanto a FCF era um dos parâmetros ao qual era dispensada maior atenção a seguir ao procedimento, dado que, a ocorrência de complicações como a infeção, o prolapso ou compressão do cordão umbilical são normalmente acompanhadas de traçados não tranquilizadores e a presença das duas últimas complicações referidas exige atuação emergente.

A administração de ocitocina, embora efetuada sob a orientação de protocolos e em resultado de prescrição prévia foi outra das medidas interventivas para estimular o TP prolongado. No entanto, mediante o que era preconizado no serviço e que esteve também em acordo com o que é proposto por (Caple, 2012 b) a perfusão de ocitocina foi usada também para efeitos de indução do TP e na prevenção da hemorragia uterina pós-parto.

A estimulação com ocitocina está contraindicada na presença de IFP, de apresentação não cefálica, de cicatriz uterina não segmentar, de placenta prévia, de hemorragia genital com significado clínico e na presença de FCF não tranquilizadora (Campos, Montenegro e Rodrigues) (Lowdermilk e Perry, 2008). Já no caso das parturientes que apresentem uma cesariana segmentar anterior e nas grandes múltiparas (com cinco partos), deverá ser administrada com muito rigor e ponderação em virtude do risco aumentado que têm de rutura uterina (Graça, 2010) (Lowdermilk e Perry, 2008).

As complicações maternas e fetais associadas à perfusão de ocitocina envolvem a hiperestimulação uterina, o descolamento prematuro da placenta, a rotura uterina, a laceração do colo, a hemorragia pós parto e desacelerações da FCF, em resultado da redução do fluxo placentário (Lowdermilk e Perry, 2008).

Tendo presentes estes riscos e considerando que são tanto mais prováveis quanto mais elevados os débitos da perfusão, foram tidas as precauções necessárias para que esta decorresse com segurança e o TP não excede-se os limites fisiológicos. Assim as intervenções envolvidas durante a monitorização do fármaco recaíram na monitorização constante dos sinais vitais maternos, do traçado da CTG e do nível de dor. Simultaneamente e para potenciar a perfusão uterina era efetuada hidratação endovenosa e incentivado o decúbito lateral.

Quanto ao ritmo da perfusão, embora salvaguardando o protocolo, foi gerido de acordo com o padrão das contrações uterinas e da resposta fetal no traçado da CTG.

Pode considerar-se segundo (Graça, 2010) que, a dilatação do colo do útero está completa quando deixa de ser possível tocar tecido do colo à frente da apresentação fetal no exame vaginal. Deste modo e concordando com Lowdermilk e Perry (2008), este pode encarar-se como o único sinal objetivo do final do primeiro período de TP e do início do período expulsivo.

Sendo verificadas estas condições e sabendo-se que este período tem uma duração previsível desde o início até ao nascimento em média de 45 a 60 minutos nas nulíparas e de 15 a 20 minutos nas múltiparas, o material reunido e necessário para efetuar o parto, era atempadamente preparado e verificado. A roupa do bebé era colocada sob uma fonte de calor, a sala de parto era mantida aquecida, com luminosidade adequada e música, se aprovada pela parturiente.

De acordo Lowdermilk e Perry (2008), desde o início do período expulsivo até ao nascimento do feto podem ser identificadas três fases sucessivas (fase latente, descida e transição). Ainda segundo as autoras, na fase latente, o feto normalmente desce de forma passiva através do canal de parto, roda e coloca-se em posição anterior e por conseguinte a parturiente mantém-se calma durante este período. Já na fase seguinte (descida), à medida que a apresentação fetal distende os músculos do assoalho pélvico, é desencadeado o reflexo de Ferguson, que desencadeia na puérpera a necessidade de efetuar esforços expulsivos. A libertação conjunta de ocitocina adicional nesta fase contribui para a qualidade das contrações uterinas essenciais à expulsão fetal na fase de transição.

A compreensão do mecanismo exposto e a identificação dos sinais orientadores da progressão do feto no canal de parto, tenham sido identificados no exame vaginal ou pelos relatos da parturiente, foram sem dúvida fundamentais para orientar as parturientes acerca da evolução do TP e para planear os cuidados e consequentemente facilitar um parto espontâneo sem complicações. No entanto e como não poderiam deixar de ser incluídos no suporte contínuo, foi respeitada a privacidade das parturientes, tanto aquando da execução dos exames vaginais como dos cuidados perineais e promovidas condições favoráveis à evolução do TP, fosse pela promoção de conforto e controlo da dor ou pelo apoio dado na alternância de posições.

Relativamente às diferentes posições adotadas pela mulher no TP, os resultados de uma revisão sistemática mostram redução na duração do segundo período de TP ainda que pouco significativa, uma redução nos partos assistidos, na episiotomia e nos padrões de FCF anormal, com as posições verticalizadas ou laterais, em mulheres sem epidural. Mas assinalam a possibilidade de aumento do risco de perda de sangue superior a 500 mililitros e aumento de lacerações de segundo grau (Gupta, Hofmeyr e Shehmar, 2012). Perante os dados atuais, os autores defendem que enquanto os benefícios e os riscos das várias posições não forem estimados com maior certeza, as mulheres devem ter a possibilidade de escolher as posições para o nascimento dos seus filhos. Lowdermilk e Perry (2008), ainda que admitam que as posições de pé facilitem o nascimento, concordam com as sugestões anteriores, até porque os ângulos entre o feto e a bacia da mulher mudam constantemente conforme adaptação e progressão do feto ao longo do canal de parto, conseguindo estas adotar várias posições para o nascimento.

Levando em conta e concordando com as evidências reunidas, as mulheres assistidas eram informadas das vantagens de cada uma das posições alternativas, para que estas pudessem adotar a posição em que se sentissem mais confortáveis para o nascimento. No entanto e uma vez que, as posições mais adotadas pelas parturientes foram a de litotomia, lateral e semi – sentada, eram demonstradas e incentivadas

estratégias para facilitar a descida fetal, melhorar a perfusão útero placenta e os esforços expulsivos, como lateralizar-se, elevar o tronco, agarrar e fletir os joelhos.

Relativamente aos esforços expulsivos, sabe-se que podem ser dirigidos e precoces, se efetuados logo após a dilatação completa, voluntários e tardios, se efetuados somente quando a parturiente sentir vontade de puxar. Mas, o momento ideal para a mulher iniciar os esforços expulsivos no segundo período de TP é ainda muito controverso.

De acordo com a IPN (2008), existem benefícios com o início do puxo quando o feto desce passivamente até que a mulher sinta o forte impulso de puxar, já que é justamente com o reflexo de Ferguson que as mulheres adquirem melhor controlo do esforço e podem conseqüentemente apresentar uma participação mais ativa no processo de expulsão. Contudo, há estudos que defendem o puxo dirigido e precoce com o objetivo de abreviar a duração do segundo período do TP (Lai, et al., 2009). Mas, ainda que esta postura possa encurtar a duração do período expulsivo, pode contribuir para a desoxigenação do feto, para danos nas estruturas urinárias, pélvicas e perineais (Simpson e James, 2005) (Roberts e Hanson, 2007) (Martin, 2009). No que respeita à fadiga apresentada pelas parturientes, na presença de analgesia epidural não parece haver diferenças significativas entre os dois puxos (Gillesby, 2010). No entanto, um estudo que foi efetuado em parturientes sem efeito de analgesia epidural demonstrou menor sensação de fadiga nas mulheres que efetuaram o puxo espontâneo (Lai, et al., 2009).

Da análise destas evidências sobressai que os esforços espontâneos parecem ser mais benéficos nos outcomes materno- fetais. Por isso, concorda-se com (Cooke, 2010) que as parturientes sejam incentivadas e apoiadas na realização do puxo espontâneo, já que não há evidências atuais que incentivem a prática do esforço expulsivo dirigido no segundo período de TP em virtude dos seus efeitos negativos fetais. Admite-se, no entanto, uma abordagem flexível no início do puxo e limite de tempo, desde que a díade mãe feto esteja bem, mesmo na presença de analgesia epidural (Martin, 2009). Concorde-se também que a decisão de orientar as parturientes na prática para iniciar os esforços expulsivos deve ser sustentada na análise individualizada de cada caso em particular e deve englobar não só a dilatação completa como a posição, a variedade, o plano de apresentação e o bem-materno - fetal.

Mediante os protocolos do serviço antes de se executar o parto eutócico, assistia-se a mulher no posicionamento e salvaguardando a assepsia do procedimento colocava-se uma touca, máscara e cobre sapatos, higienizavam-se as mãos e posteriormente vestiam-se a bata e as luvas esterilizadas. À puérpera eram colocadas perneiras estéreis, um campo estéril no abdómen e um campo de parto, os materiais necessários, eram dispostos por ordem de uso na mesa de apoio ao parto.

Assim, à medida que o período expulsivo evoluía, a descida da apresentação fetal, os planos de Hodges eram continuamente considerados na avaliação. Sem descurar as preferências e colaboração da parturiente, esta era apoiada e incentivada a iniciar esforços expulsivos e assistida na técnica respiratória. As contrações uterinas e o bem-estar fetal eram monitorizados constantemente através da CTG e sempre que oportuno, a parturiente era incentivada a manter os esforços expulsivos adequados com técnica respiratória apropriada e elogiada pelo seu desempenho. No entanto, no período entre as contrações era incentivada a repousar, mantendo a respiração adequada de forma a potenciar a oxigenação fetal e a conservar energia. Para apoiar e envolver os pais no TP, promoveu-se o toque e o contacto verbal à medida que eram explicadas as razões dos cuidados prestados e eram informados da progressão do TP.

À medida que a apresentação fetal progredia no pavimento pélvico e surgindo o coroamento, as condições do períneo eram consideradas, para avaliar a necessidade de efetuar episiotomia.

A episiotomia como se sabe é uma incisão efetuada na vulva com indicação obstétrica, para impedir ou diminuir o trauma dos tecidos do canal de parto, favorecer a libertação do feto e evitar lesões desnecessárias do polo cefálico submetido à pressão sofrida de encontro ao períneo (Oliveira e Miquilini, 2005) (Mouta, et al., 2008). Sendo assim, são indicações formais atuais para este procedimento, as situações de períneo pouco distensível, a necessidade de abreviar o período expulsivo pelo estado fetal, permitir maior campo para as intervenções obstétricas ou a apresentação pélvica (Lowdermilk e Perry, 2008). Estas atitudes mais seletivas atualmente derivam das evidências atuais que, contrariamente ao que se pensava demonstram que a prática rotineira da episiotomia durante o TP ao invés de prevenir, favorece as lacerações de terceiro e quarto grau, promove a dor perineal no período pós parto, o aparecimento de incontinência fecal e urinária de esforço, o risco aumentado de hemorragia, de hematomas, de infeção e de disfunção sexual (Graça, 2010) (Francisco, et al., 2011) (Cruz e Barros, 2010).

Sempre que a episiotomia esteve indicada, antes de ser efetuada foi considerada previamente a analgesia do períneo. Porém, dado que a maioria das parturientes se encontrava sob efeito de analgesia epidural, só se recorreu à analgesia prévia através da infiltração local por planos raramente. Assim sendo, a incisão médio lateral de três a quatro centímetros era iniciada ao nível da fúrcula segundo um ângulo de 45° relativamente à linha mediana, colocando o dedo indicador e médio entre a apresentação fetal e a parede vaginal, de forma a proteger o escalpe fetal e a guiar o sentido da incisão.

De acordo com Oliveira e Miquilini (2005) (Graça, 2010), a episiotomia médio lateral é a mais indicada, porque apresenta baixa incidência de extensão de lacerações do

reto e do ânus. No entanto, é mais dolorosa e acarreta maior perda de sangue (Lowdermilk e Perry 2008). Todavia, era realizada no momento em que a cabeça fetal se apresentava suficientemente baixa, a ponto de distender o períneo o suficiente para evitar a perda de sangue excessiva e prevenir uma distensão exagerada (Oliveira e Miquilini, 2005).

Durante a saída da cabeça fetal, para prevenir a ocorrência de lacerações era executada a manobra de Ritgen modificada. Desta forma, enquanto se exercia tração controlada das mãos para ajudar a desencravar as bossas parietais e evitar o despreendimento brusco da cabeça, mantinha-se a proteção do períneo com a mão direita. Após a saída da cabeça e com o objetivo de pesquisar a presença de circular cervical do cordão umbilical, efetuava-se uma breve inspeção cervical. Quando presente, deslizava-se delicadamente sobre a cabeça, não sendo possível por estar apertada, efetuava-se seção com clampagem dupla prévia antes do nascimento ocorrer. Em seguida, amparava-se a cabeça do feto até à restituição e rotação externa e só depois se procedia à exteriorização do ombro anterior efetuando ligeira tração da apresentação para baixo com ambas as mãos e depois para cima auxiliando a extração do ombro posterior, mantendo-se a proteção do períneo com a mão direita.

Após a exteriorização do corpo do RN, era segurado com firmeza e promovida a permeabilização da via aérea através da limpeza das secreções do nariz e boca com auxílio de uma compressa e posteriormente era clampado o cordão umbilical a cerca de quatro centímetros do abdómen fetal. Sempre que os pais desejassem cortar o cordão umbilical, era fornecido o material necessário e instruíam-se no sentido de o efetuarem cerca de 2,5 centímetros acima do clampe.

O levantamento de evidências científicas efetuado por (Mercer, et al., 2007) acerca dos procedimentos a realizar na transição do RN para a vida extrauterina, evidencia que não existem benefícios da aspiração rotineira da boca e nariz do RN à nascença e que o clampe do cordão umbilical deve ser protelado como medida de prevenção da anemia na infância.

Também os resultados das revisões efetuadas por (Hutton e Hassan, 2007) (McDonald e Middleton, 2009), revelam que os RN's de termo têm benefícios que se estendem à infância com o clampe do cordão umbilical, efetuado dois minutos após o parto, dado que promove um aumento significativo nos níveis de ferro, mas aumenta significativamente os níveis de hemoglobina e ferritina e conseqüentemente a icterícia e a necessidade de fototerapia.

O contato pele a pele do RN com a mãe após o nascimento, é uma prática simples e segura nos RN's saudáveis e de termo com benefícios a curto e a longo prazo (Mercer, et al., 2007). Assim e contribuindo para a promoção do contacto precoce, desde que a

condição do RN permite-se e fosse vontade da mãe, o RN era delicadamente seco e colocado sobre o abdómen materno após o nascimento e durante a primeira hora de vida, de bruços coberto com um lençol aquecido e gorro para prevenir o “stress” respiratório. Com esta conduta, além de se estimular o vínculo afetivo era favorecida a termorregulação do RN, a contratilidade uterina materna e outros benefícios na estabilidade cardiorrespiratória, do RN, na interação mãe-filho, no comportamento neuro-sensorial e na duração da amamentação (Mercer, et al., 2007) (Moore, et al., 2012) (Thukral, et al., 2012) (Raies, Doren e Torres, 2012).

Enquanto o RN estava em contacto pele a pele com a mãe era anotada a hora do nascimento, felicitavam-se os pais e efetuava-se uma avaliação primária, para verificar a permeabilidade da via aérea e determinar o índice de Apgar ao primeiro e quinto minuto.

O índice de Apgar permitiu uma avaliação rápida da adaptação do RN à vida extra uterina e da necessidade de reanimação, através da verificação da frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória, do tônus muscular, da irritabilidade reflexa (choro) e da cor da pele (Caple, 2012c). Esta monitorização era levada a cabo pela auscultação da FC, pela observação direta dos movimentos da parede torácica, pelo grau de flexão das extremidades, pela resposta do RN à estimulação e pela tonalidade da pele (pálida, cianótica ou rosada), sendo cada um destes sinais fisiológicos consoante a avaliação efetuada, Pontuados de zero, um ou dois, ao primeiro, quinto e décimo minuto de vida (Lowdermilk e Perry, 2008).

Segundo Graça (2010), a maioria dos RN's efetua a transição para a vida extrauterina sem dificuldade. No entanto, estando este grau de adaptação dependente dos cuidados imediatos prestados, o RN ao nascimento era limpo com lençóis aquecidos, estimulado e se necessário aspirado suavemente na via aérea sob fonte de calor para manter a temperatura corporal. Todavia, estima-se que cerca de 1% dos RN's necessitem de manobras de reanimação diferenciadas em resultado de uma adaptação cardiorrespiratória extrauterina anormal ao nascimento (Graça, 2010). Desta forma e estando o RN em contacto pele a pele sobre o ventre materno considerou-se possível a ocorrência de dificuldade respiratória, tendo sido vigiados sinais de adejo nasal, tiragem ou gemido expiratório. Ainda que, não tenha sido observado nenhum período crítico de adaptação do RN à vida extrauterina, sabe-se que em caso de necessidade de reanimação neonatal deve atempadamente atuar-se de acordo com as Guidelines de ressuscitação neonatal. Assim e de imediato manter a temperatura corporal, secar e estimular o RN, se necessário aspirar a orofaringe e fossas nasais, seguindo-se a manutenção da respiração com ventilação assistida e administração de oxigénio, manutenção da circulação com

compressões cardíacas externas e finalmente administração de fármacos sob indicação médica (Kattiwinkel, et al., 2010) (Graça, 2010).

A gestão do oxigênio durante a reanimação neonatal é particularmente importante, dado que tanto a oxigenação insuficiente como a excessiva podem ser prejudiciais ao RN (Kattiwinkel, et al., 2010). Em prol destas evidências, admite-se como benéfico o uso do ar ambiente ou com mistura gradual de oxigênio, quantificado em função da oximetria de pulso nos primeiros 90 segundos. Caso não haja resposta apropriada neste período, deve então aumentar-se a concentração de oxigênio para 100% até à recuperação de um ritmo cardíaco normal (Mercer, et al., 2007) (Kattiwinkel, et al., 2010).

Se durante o TP e parto fosse identificado mecónio no LA como já referido previamente neste trabalho, eram tomadas também providências ao nascimento para evitar a SAM, conforme recomendam as atuais evidências.

Acreditava-se até há pouco tempo que, a aspiração de rotina à vulva e a aspiração traqueal, eram medidas eficazes na prevenção da SAM (Mercer, et al., 2007). No entanto, estudos recentemente efetuados, não confirmam estes benefícios, daí que não defendem a aspiração imediatamente após a expulsão do polo cefálico (Mercer, et al., 2007) (Velaphi e Vidyasagar, 2008) (Vain, et al., 2009). Porém, admitem que os RN`s expostos ao mecónio espesso beneficiam da aspiração da orofaringe e nasofaringe com sistema de sucção de parede (Mercer, et al., 2007). Já a entubação traqueal imediata com aspiração, apenas deve ser efetuada nos RN`s com depressão respiratória ao nascer (Mercer, et al., 2007) (Vain, et al., 2009).

Estando o RN com bons sinais fisiológicos e depois de efetuada a avaliação antropométrica, a identificação e a prevenção da síndrome hemorrágica com a administração de vitamina K, colocava-se novamente junto da mãe. Pois, de acordo com a análise dos resultados de um estudo efetuado por (Cruz, Sumam e Spindola, 2007), existem puérperas, que embora considerem fundamentais os primeiros cuidados a prestar ao RN experimentam sentimentos de preocupação, sensação de afastamento e medo da separação do RN, quando os cuidados são prestados, principalmente se efetuados fora do seu campo visual ou então quando não é promovido o contacto precoce. Ainda assim, a aplicação da pomada oftálmica para prevenir as infeções oculares era adiada até o casal estabelecer um contacto mais longo com o RN, de forma a não interferir na interação visual do RN com os pais.

Após o nascimento inicia-se o terceiro período de TP (dequitação), que termina com a expulsão da placenta. Dá-se por ação das contrações uterinas e da redução da área de implantação devido à diminuição do volume uterino após a expulsão do feto (Graça, 2010).

Como cuidados inerentes à gestão do terceiro período do TP e em acordo com os protocolos da instituição, imediatamente após o nascimento era descido o leito da cama à parturiente e administrada ocitocina para promover a dequitação ativa.

Sempre que existisse necessidade de determinação do grupo sanguíneo era efetuada colheita de sangue do cordão umbilical, mas também, era efetuada para efeitos de criopreservação de células estaminais, desde que os pais o pretendessem.

Habitualmente, o terceiro período de TP dura em média cinco a 10 minutos, no entanto pode aguardar-se até 30 minutos para que este decorra, desde que a perda hemática seja escassa e a puérpera apresente boas condições (Graça, 2010). Na prática clínica houve algumas situações em que foi necessário aguardar até uma hora, tal como indica o protocolo do serviço, para que esta ocorresse.

Enquanto se aguardava pela dequitação e se vigiava o estado geral da puérpera, monitorizavam-se os sinais vitais e cuidadosamente inspecionava-se o períneo, a vagina e o colo do útero, para verificar a presença e o tipo de lesões decorrentes do parto. Pois sabe-se que, embora o parto vaginal possa ocorrer sem qualquer tipo de trauma perineal, muitas vezes pode estar presente, em resultado da necessidade de incisão cirúrgica do períneo (episiotomia) ou de lacerações ocorridas durante o período expulsivo. Neste seguimento, a consistência, o volume uterino e a perda hemática vaginal, foram atentamente vigiadas, de forma que, quando identificados os sinais (útero globoso e firme, sinal do cordão, golfada de sangue e o sinal de Krustner) foram tidos como sinais indicativos da dequitação, à semelhança do que recomenda Lowdermilk e Perry (2008).

Ao dar-se a dequitação, era identificado o mecanismo de expulsão (Schultze ou Duncan). O mecanismo mais identificado foi o de Schultze, contudo, o mecanismo de Duncan, apesar de raramente observado, foi encarado como um risco de hemorragia, pois julga-se que acarreta maior perda de sangue (Lowdermilk e Perry, 2008).

Na gestão do terceiro período de TP e diminuição do risco de hemorragia, os Protocolos de Campos, Montenegro e Rodrigues (2008) adotados pelo serviço preconizam a conduta ativa. Desta forma, a separação e a expulsão da placenta foram facilitadas pela administração de uterotónicos após o nascimento, pela clampagem imediata do cordão umbilical, pela drenagem do sangue placentário e pela tração controlada do cordão umbilical após sinais evidentes de separação da placenta. Durante a expulsão da placenta foi realizada a manobra de Jacob-Dublin, para facilitar o seu deslocamento completo e posteriormente efetuada massagem uterina, dado que é recomendada também na prevenção da hemorragia pós-parto (Gomes, 2012).

Na instituição onde o estágio decorreu o fármaco uterotónico utilizado foi a ocitocina, logo após o nascimento. Segundo a FIGO (2012), esta medida constitui a principal

intervenção para a redução da hemorragia pós-parto, devendo ser a ocitocina a primeira opção uterotônica, pois pode ser usada em todas as mulheres e atua de forma rápida e eficaz, com efeitos adversos mínimos. O momento em que é administrada (antes ou após a expulsão da placenta) não parece ter efeito significativo sobre a incidência da hemorragia pós-parto, a taxa de retenção da placenta e a duração do terceiro período de TP (Soltani, Hutchon e Poulouse, 2010).

Esta conduta de gestão ativa que integra o clampo precoce do cordão, é apoiada pela evidência, porque tem demonstrado superioridade na redução da perda sanguínea e das complicações hemorrágicas no terceiro período de TP (Lowdermilk e Perry, 2008). Mas o momento da clampagem e laqueação do cordão umbilical pode variar de acordo com a política institucional e as práticas do EESMO e Obstetras. Até porque, embora se defenda que pode reduzir a hemorragia, o estudo de (McDonald e Middleton, 2009), não demonstrou diferenças significativas entre a laqueação precoce e tardia do cordão umbilical na prevenção da hemorragia pós-parto no terceiro período de TP.

Considera-se segundo Graça (2010), que existe hemorragia pós parto quando o volume da perda de sangue excede os 500 mililitros. No entanto, sendo esta avaliação subjetiva por se basear apenas na visualização, são referidas como definições mais rigorosas e na opinião do autor mais aceitáveis a redução de 10% no hematócrito e ou a necessidade de transfusão de eritrócitos.

De acordo com Graça (2010), este é o maior risco que a mulher enfrenta neste período, sendo as causas mais frequentemente citadas a atonia uterina, o traumatismo do trato genital, a retenção de tecido placentário, a inversão uterina e as alterações da coagulação.

Com o propósito de prevenir estas complicações, depois de expulsa a placenta e as membranas fetais, foram examinadas para verificar a sua integridade e garantir que não havia retenção de fragmentos na cavidade uterina. Assim sendo, inspecionava-se a placenta quanto à forma, inserção, integridade dos cotilédones e presença de anormalidades, o cordão umbilical quanto à inserção, comprimento, presença de nós verdadeiros, de duas artérias e uma veia e de anormalidades e as membranas amnióticas, quanto à integridade e ao número de folhetos âmnio e córion. Logo após a dequitação assegurava-se a formação do globo de segurança de Pinard, se necessário com auxílio da manobra de Crede (Graça, 2010).

Das poucas vezes em que o terceiro período de TP não decorreu dentro da normalidade, pela dequitação não ocorrer no período máximo de uma hora ou pela presença de membranas fragmentadas, estas situações foram comunicadas ao médico. Posteriormente, nos casos em que foi efetuada a revisão uterina, foi assegurada a analgesia

da parturiente, promovidas condições de assepsia e administrados ocitócicos para promover a contração e retração uterina adequada. Já nos casos em que não foi possível a dequitação manual, a parturiente foi transferida para o bloco operatório para realizar dequitação artificial.

Tendo em conta que, o trauma perineal é um fator de risco para a hemorragia pós-parto, efetuou-se observação minuciosa dos tecidos genitais na intenção de identificar a presença, o tipo e a extensão das lesões a reparar. Sendo identificadas lacerações ou existisse episiotomia, corrigiam-se imediatamente para promover a cicatrização e diminuir a possibilidade de infecção (Lowdermilk e Perry, 2008). Assim sendo, depois de limpar a zona perineal preparava-se todo o material necessário e avaliava-se a analgesia do períneo. Normalmente nas puérperas que estavam sob efeito de analgesia por via epidural, não era necessária a sua administração. Contudo, excepcionalmente nos casos das puérperas que não tinham analgesia por via epidural anestesiava-se o local a suturar com Lidocaína a 2%.

A reparação da episiotomia ou das lacerações efetuava-se sempre com norma asséptica e por planos. Portanto, depois de identificadas as estruturas afetadas, iniciava-se a sutura cerca de um centímetro acima do vértice da incisão da mucosa vaginal, para assegurar a hemóstase, continuando com sutura contínua até ao anel himeneal. Posteriormente e correspondendo ao segundo plano, suturavam-se as fibras musculares seccionadas por camadas, até aproximar o tecido celular subcutâneo com pontos isolados e finalmente no terceiro plano efetuava-se o encerramento da pele com pontos separados (donatis) (Graça, 2010).

Nas lacerações de segundo grau seguiram-se os passos da episiotomia e nas de primeiro grau realizava-se uma sutura contínua para aproximar suavemente os bordos. O fio utilizado nas suturas era o vicril rapide, pois ao que parece além de ser de rápida absorção provoca menor desconforto no pós parto (Graça, 2010).

Ambas as técnicas de sutura (contínua e separada) se mostram igualmente adequadas e seguras para reparar o trauma perineal e favorecer a cicatrização local (Almeida e Riesco, 2008). Mas, a sutura contínua parece proporcionar menor desconforto à palpação e na realização das atividades pelas puérperas no período pós parto, comparativamente com os pontos separados (Almeida e Riesco, 2008) (Graça, 2010).

Estando as lacerações e ou a episiotomia corrigidas, efetuava-se lavagem da área vulvar, reposicionava-se a cama e prestavam-se cuidados de higiene parciais à puérpera, para que esta ficasse confortável. Posteriormente, desde que não houvesse contra-indicação e a mãe deseja-se e porque era uma das estratégias do CHSJ para a promoção, proteção e apoio ao AM, promovia-se a amamentação dos RN's ainda na primeira hora de vida. Este período é favorável a uma boa mamada, em virtude do estágio

de alerta e de reatividade do RN (Lowdermilk e Perry, 2008). Contudo, em resultado do cansaço referido por algumas puérperas e do défice de conhecimento na técnica de amamentação, foi necessário, observar, ensinar e assistir as puérperas na primeira mamada, para que esta ocorresse com sucesso. Todavia, embora escassos, houve casos em que não foi possível amamentar os RN's de imediato, tendo sido nestas situações despertados os sentidos e os reflexos do bebé pela promoção da interação, do contato e pela exploração do seio materno, uma vez que, este contato físico entre ambos fortalece o vínculo mãe-bebé, assume um papel regulador do AM e conseqüentemente aumenta a prevalência e a duração do AM (Cruz, et al., 2007) (Boccolini, et al., 2011).

O início precoce da amamentação é uma prática recomendada pela OMS e corresponde ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (Boccolini, et al., 2011). Esta prática tem inúmeros benefícios na transição do RN para a vida extrauterina, nomeadamente na diminuição do choro, no reconhecimento do odor do leite materno, na manutenção da temperatura, dos níveis de glicemia e dos parâmetros cardiorrespiratórios neonatais (Mercer, et al., 2007)(Moore, Anderson e Bergman, 2007). No entanto, os benefícios desta prática de amamentação também se estendem à prevenção da hemorragia, em resultado da produção de ocitocina que ajuda na contração uterina (Lowdermilk e Perry, 2008).

Ao longo deste estágio assisti o TP de mulheres, nas quais foi necessária a intervenção do obstetra, pelo facto do segundo período de TP não decorrer dentro da normalidade. A paragem da descida da apresentação, os esforços maternos expulsivos ineficazes e a presença de traçados da CTG não tranquilizadores foram normalmente os motivos que tornaram necessário o auxílio de ventosa para que o parto vaginal pudesse ocorrer sem complicações. Todos estes partos distócicos participados estão referenciados no Anexo II conjuntamente com os partos eutócicos (com ou sem episiotomia) realizados. Por isso e no que respeita à assistência prestada ao parto distócico por ventosa, além de informar a parturiente sobre o procedimento, coube incentivá-la a colaborar nos esforços expulsivos durante as contrações uterinas, a manter uma técnica respiratória eficaz, a assistir o médico na intervenção e a vigiar o bem-estar fetal através da CTG. Imediatamente após o nascimento, a prioridade de intervenção recaiu na avaliação rápida do RN, na permeabilização da via aérea, em determinar o índice de Apgar e prestar os restantes cuidados imediatos ao RN.

No puerpério imediato, ainda na sala de parto a puérpera é alvo de vigilância apertada. Deste modo, dispensou-se especial atenção à monitorização dos parâmetros vitais, ao estado geral, ao períneo e à avaliação da perda hemática conjuntamente com o tamanho, a consistência do útero (formação de globo de segurança de Pinard) e as

características dos lóquios. Posteriormente observava-se o períneo com frequência e aplicava-se gelo, para prevenir ou aliviar o edema e a dor perineal (Oliveira, et al., 2012).

Seguindo os protocolos e em acordo com a evidência científica, duas horas após o parto, estando a puérpera com sinais vitais estáveis, útero contraído, perda hemática normal e sem complicações, removia-se o cateter epidural sob técnica asséptica e promovia-se a alimentação da parturiente. Seguidamente, desde que o RN mantivesse cor rosada, choro vigoroso e boa irritabilidade reflexa, realizava-se a transferência de ambos para o serviço de puerpério.

Às enfermeiras do internamento de obstetrícia transmitia-se a identificação da puérpera, do RN e do acompanhante. Do RN era relevante transmitir o índice de Apgar ao nascimento, os dados antropométricos, o tipo de alimentação, o horário da última mamada e os dados da eliminação intestinal e vesical. Relativamente à puérpera era importante referir o índice obstétrico, os antecedentes pessoais, o tipo e a hora do parto, a analgesia efetuada, a integridade do canal de parto, a hora e o tipo de rotura de membranas e todos os dados referentes à evolução do pós-parto imediato (estado do útero, características dos lóquios, tolerância alimentar e eliminação vesical).

De todas as parturientes seguidas no decorrer do TP, algumas apresentavam em simultâneo patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, o que permitiu desenvolver cuidados específicos nesta área.

Sendo a diabetes mellitus gestacional a que se exibiu mais frequente e a que requereu maior especificidade de cuidados durante este período, foi selecionada para desenvolver.

Tal como defende o Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez (2011), na ausência de complicações materno-fetais, nas gestantes que mantiveram controlo metabólico apenas com recurso a ajuste do plano alimentar e exercício físico, o TP pode ocorrer entre as 40 e as 41 semanas de gestação. No entanto, nas que necessitaram de intervenção farmacológica para manter o controlo metabólico durante a gravidez, o TP deverá ser induzido às 39 semanas de gestação. Isto porque, embora a indução do TP tenha riscos, estes não se sobrepõem aos benefícios da redução das complicações associadas ao excessivo aumento de peso fetal e às mortes fetais tardias.

Em todas as experiencias vivenciadas na prática clínica, independentemente do início de TP ter sido espontâneo ou induzido este evoluiu sempre sob monitorização fetal contínua e os cuidados planeados e prestados, foram regidos pelos protocolos do serviço, que salvaguardam as novas evidências emanadas pelo Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez (2011). Desta forma, nas parturientes que não efetuassem terapêutica antidiabética, depois de suspensa a alimentação oral, iniciava-se simultaneamente a

perfusão de soro polieletrólítico com glicose a 125 mililitros hora e a monitorização da glicemia capilar de quatro em quatro horas, com administração de insulina subcutânea de acordo com esquema predefinido. No entanto, nas grávidas tratadas com insulina as indicações diferiam das anteriores, porque embora fosse colocado de igual forma soroterapia a 125 mililitros hora era no entanto, iniciada perfusão de 50 unidades de Insulina de ação rápida em 50 mililitros de soro fisiológico, sendo o débito gerido em função da glicémia capilar horária. Em ambos os casos, durante as atividades de vigilância foram considerados continuamente os sinais e sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia. Após a dequitação, a perfusão de insulina era suspensa mas mantinha-se o soro polieletrólítico até a puérpera reiniciar e tolerar a dieta oral.

2.3. Aquisição de Competências no Âmbito do Período Pós Parto e Cuidados ao Recém-Nascido

No período pós parto e após a dequitação, a mulher entra num período de recuperação física e psicológica que continua por seis semanas. Neste período denominado puerpério, ocorre o processo de involução dos órgãos reprodutivos à situação pré-gravídica, o estabelecimento da lactação e a ocorrência de intensas alterações emocionais (Graça, 2010) (Strapasson e Nedel, 2010).

De acordo com Graça (2010), o puerpério pode dividir-se em três períodos, o puerpério imediato, que compreende as primeiras 24 horas, o puerpério precoce que vai até ao final da primeira semana, no qual a regressão dos órgãos genitais é evidente e a lactação está plenamente instalada e o puerpério tardio que perdura até ao final da sexta semana após o parto. Embora este período seja segundo o autor considerado de baixo risco para a maioria das mulheres, podem no entanto, ocorrer complicações sérias que devem ser devidamente reconhecidas e tratadas. Face às inúmeras adaptações, existe o risco de alterações fisiológicas e psicológicas, mostrando-se fundamentais os cuidados no âmbito da prevenção, no conforto físico e emocional, na educação em saúde e treino de habilidades, para superar eventuais dificuldades (Strapasson e Nedel, 2010).

Tendo em conta o exposto anteriormente, foi possível desenvolver e adquirir um leque de competências técnico-científicas no âmbito dos cuidados autónomos à mulher (puérpera), RN e família. De uma forma geral, consideraram-se como focos de atenção o autocuidado, a autovigilância, o papel parental, a transição e a adaptação à parentalidade. Por conseguinte todas as intervenções inerentes e assistência decorrente, em concordância

com a evidência foram sustentadas na escuta ativa, na empatia, no suporte e derivaram das necessidades específicas de cada um dos intervenientes (Strapasson e Nedel, 2010).

Ao acolher a puérpera e o RN no serviço de puerpério era confirmada a identificação de ambos e orientavam-se tanto a puérpera como a família sobre o funcionamento da unidade e procedimentos, no intuito de reduzir a ansiedade provocada pelo desconhecido (Lowdermilk e Perry, 2008).

Encontrando-se a puérpera no período imediato do puerpério, englobaram-se na avaliação inicial o estado emocional, o exame físico (coloração da pele e mucosas, estado das mamas, fundo uterino, lóquios, períneo e membros inferiores), os sinais vitais, o grau de desconforto, a eliminação vesical e intestinal, a alimentação e o nível de energia (Lowdermilk e Perry, 2008). Por conseguinte, mediante o nível de energia e concordando com as autoras determinava-se o nível de conhecimentos acerca do autocuidado e dos cuidados ao RN, embora dentro de alguns limites. Posteriormente foram sendo efetuadas avaliações frequentes para detetar desvios da normalidade.

Embora, as alterações a que as puérperas estão sujeitas neste período sejam semelhantes, a assistência prestada considerou a singularidade da vivência própria deste período. Isto porque, existem fatores como o tipo de parto, o número de partos, a presença de episiorrafia e ou lacerações, a experiência e expectativas de amamentação, que tornam esta experiência única (Lowdermilk e Perry, 2008) (Strapasson e Nedel, 2010). Desta forma e com base na avaliação dos dados respeitantes a cada puérpera, efetuou-se o planeamento individualizado dos cuidados de forma a suprir as necessidades identificadas.

É expectável que a puérpera após o parto, pelos processos desencadeados durante todo o TP, pelo desconforto físico dos procedimentos obstétricos, possa apresentar fadiga, algum grau de exaustão, sonolência e necessidade de repouso (Strapasson e Nedel, 2010). Assim, a gestão do ambiente e a promoção de conforto foram intervenções autónomas, necessárias e importantes para favorecer o repouso, o relaxamento e promover a recuperação e a saúde da mulher.

Neste contexto e em virtude das puérperas apresentarem algum grau de comprometimento na mobilidade, principalmente após o parto por cesariana, foram assistidas nos cuidados de higiene, no vestir-se e nos cuidados perineais (Silva, Nóbrega e Macedo, 2012). Usufruidando destas circunstâncias, avaliavam-se os conhecimentos sobre o auto cuidado. Sendo diagnosticado défice de conhecimento, as puérperas eram ensinadas e instruídas a efetuar a limpeza perineal no sentido ântero-posterior e a mudar frequentemente os pensos a cada micção ou dejeção e a lavar cuidadosamente as mãos antes e depois. Paralelamente a estas instruções dirigidas ao auto cuidado e essenciais para

a prevenção de complicações, as puérperas eram alertadas para a autovigilância (Lowdermilk e Perry, 2008).

Sabe-se que, a mobilização precoce é determinante na redução da incidência de fenómenos tromboembólicos, promove a recuperação física mais rápida da mulher, o restabelecimento do trânsito intestinal e ajuda-a a retomar o autocuidado (Lowdermilk e Perry, 2008) (Oliveira e Brito, 2009) (Graça, 2010). Desta forma, após o período de repouso inicial necessário, tendo a mulher iniciado dieta e tolerado e recuperado do efeito anestésico da analgesia epidural era estimulada a mobilizar-se (Graça, 2010). Mas, reconhecendo que esta pode desenvolver hipotensão ortostática, em acordo com o protocolo do serviço, só se verificada estabilidade dos sinais vitais, valores analíticos e estado geral da puérpera, é que se efetuava o levante progressivo, sob supervisão e assistia-se na deambulação (Lowdermilk e Perry, 2008).

Nos casos em que a puérpera mantinha o repouso além das seis horas, como no caso da cesariana, à luz do que é sugerido por Graça (2010), foram efetuados ensinamentos sobre exercícios ativos dos membros inferiores para prevenir fenómenos tromboembólicos.

Relativamente às queixas algícas referidas pelas puérperas, pode dizer-se que, basicamente se relacionaram com a ferida cirúrgica e ou laceração perineal. As intervenções dirigidas ao alívio do desconforto, além das intervenções resultantes de prescrição, passaram por intervenções autónomas, como, incentivá-las a descansar em decúbito lateral, a sentarem-se com os glúteos contraídos para reduzir a pressão no períneo e pela aplicação de gelo (Graça, 2010) (Oliveira, et al., 2012).

A primeira micção no período pós parto deve ser atentamente vigiada para comprovar o esvaziamento adequado da bexiga e as características da urina (Lowdermilk e Perry, 2008).

Idealmente, a primeira micção deve ocorrer espontaneamente antes das seis a oito horas pós parto. No entanto, algumas puérperas em resposta à diminuição do tónus vesical, ao edema e possível lesão do nervo podendo durante o TP, podem apresentar dificuldade no esvaziamento da bexiga (Graça, 2010) (Cunningham, et al., 2000). Desta forma, embora nunca tenham sido identificados, foram cuidadosamente vigiados sinais sugestivos de retenção urinária, já que, este facto pode aumentar o risco de hemorragia e de infeção. Pois, sabe-se que, a bexiga estando cheia provoca a deslocação do útero acima do umbigo e afasta-o da linha média, impedindo a sua normal contração (Lowdermilk e Perry, 2008). De qualquer forma, além da vigilância, foram implementadas intervenções autónomas para a prevenção da distensão da bexiga, tendo sido usadas medidas estimulantes da micção como, o uso da água a correr e a aplicação de água quente sobre o períneo. No caso destas

medidas não terem sido eficazes poderia ter que se recorrer à algáliação, para promover o esvaziamento da bexiga e a adequada involução uterina (Lowdermilk e Perry, 2008).

Segundo Silva, Nóbrega e Macedo (2012), o período puerperal, em resposta ao aumento dos níveis de prolactina e do gasto energético secundário à lactação favorece o aumento do apetite. Notou-se que grande parte das puérperas referia aumento do apetite e ingestão de alimentos aumentada, outras experimentavam ingestão de alimentos diminuída. Este facto proporcionou o aconselhamento nutricional, considerando as suas preferências alimentares, sobre as necessidades dietéticas durante a amamentação e para a prevenção de anemia e obstipação (Lowdermilk e Perry, 2008).

A obstipação ou o risco para a obstipação são fenômenos comuns no período puerperal. Devido aos efeitos anestésicos, ao *stress*, à hipotonicidade dos músculos do intestino durante o TP, ao jejum, ao receio da dor da puérpera ao evacuar, à ingestão insuficiente de fibras e líquidos, o padrão intestinal pode demorar dois a três dias a restabelecer (Graça, 2010). Portanto, para favorecer o restabelecimento da eliminação intestinal, incentivou-se as puérperas a introduzirem fibras na dieta, a deambular e a reforçar a ingestão de líquidos. Nos casos em que estas medidas não foram eficazes, foram incentivadas a efetuar os emolientes das fezes (Lowdermilk e Perry, 2008).

Entre as modificações locais na puérpera, o útero e a mama são os órgãos que mais sofrem alterações (Almeida e Silva, 2008).

Quanto ao processo de involução uterina, sabe-se que, este se inicia logo após o final do terceiro período do TP, encontrando-se o útero em condições normais na linha média e cerca de dois centímetros abaixo do umbigo, ao fim de 12 horas após o parto, pode estar um centímetro acima do umbigo e admitindo que este progride um a dois centímetros a cada 24 horas, ao décimo dia deverá encontrar-se ao nível da sínfise púbica (Lowdermilk e Perry, 2008).

Relativamente à perda uterina de sangue (lóquios), sabe-se também que é inicialmente vermelha viva e pode conter pequenos coágulos (lóquios hemáticos), cerca do terceiro dia podem apresentar-se rosados (lóquios sero hemáticos), ao décimo dia esbranquiçados (lóquios serosos) e normalmente mantêm-se durante 10 a 14 dias, podendo no entanto, permanecer mais tempo (Lowdermilk e Perry, 2008).

Conhecendo o processo de involução puerperal, pretende-se neste período imediato/ precoce do puerpério e objetivando a prevenção de hemorragia e infeção que, o útero se apresente contraído, os lóquios apresentem características hemáticas/sero hemáticas, quantidade moderada e sem cheiro e não haja evidência de hemorragia (Lowdermilk e Perry, 2008). Portanto, no intuito de identificar possíveis complicações nas puérperas como, a atonia uterina por retenção de fragmentos placentários ou infeção, em

acordo com as autoras, vigiou-se a cor, a quantidade, o cheiro e a consistência dos lóquios e efetuou-se a palpação do fundo uterino para avaliar a localização e o tônus do útero.

Sempre que ao efetuar a vigilância puerperal fosse detetado que o útero não se encontrava bem contraído, realizou-se massagem uterina até este se apresentar contraído ou infra – umbilical, de forma a expelir lóquios ou possíveis coágulos acumulados. Ainda, dentro das intervenções autónomas para a prevenção de complicações, incluem-se os ensinamentos efetuados à puérpera e família. Pois, ao explicar o decurso da involução uterina, as puérperas eram alertadas para os sinais de alarme, para a autovigilância e para a realização da massagem uterina. Com estas intervenções conseguiu-se envolver a puérpera na sua recuperação, potenciando o autocontrolo e capacidades para reconhecer e comunicar qualquer alteração, promovendo assim a saúde da mulher.

A ferida no períneo e as lacerações (vaginais, perineais ou do colo) são consideradas fatores de risco para a hemorragia pós parto (Lowdermilk e Perry, 2008). Sendo assim, a observação cuidada das suas características foram incluídas nas atividades de vigilância, com a intenção de despistar precocemente a presença de hemorragia, de deiscência ou hematomas.

Embora, Lowdermilk e Perry (2008) considerem que a infeção das feridas seja mais comum no período pós alta, foram despistados sinais de infeção (rubor, calor, dor) local e implementados cuidados adequados ao processo de cicatrização.

As puérperas com história de dequitação manual ou membranas fragmentadas no terceiro período do TP, tem maior risco de hemorragia pós-parto e infeção puerperal, devido à retenção de fragmentos e à manipulação uterina no TP (Lowdermilk e Perry, 2008). Nos poucos casos experienciados durante o estágio optou-se por intensificar as atividades de vigilância da involução uterina, das características dos lóquios, dos sinais vitais, da coloração da pele e características da ferida cirúrgica ou laceração caso estivessem presentes.

Os sinais vitais, a coloração da pele da puérpera e os valores analíticos podem ser indicadores fiáveis de complicações infecciosas ou hemorrágicas caso se apresentem alterados (Graça, 2010). A sua monitorização frequente foi decerto relevante para detetar em contexto de estágio uma hipotensão grave associada a taquicardia e a palidez da pele e mucosas, numa puérpera que se encontrava nas seis horas após cesariana, efetuada por TP estacionário após estimulação ocitócica e na qual tinha sido corrigida uma hemorragia pós parto, por atonia uterina, imediatamente após a dequitação. A puérpera apresentava-se apirética, o útero encontrava-se na linha média contraído e infra – umbilical, o penso cirúrgico estava limpo e seco e não eram visíveis sinais de hemorragia genital. A conduta terapêutica passou por comunicar imediatamente a situação clínica ao médico, efetuar

fluidoterapia e colheita de sangue em resultado de prescrição. Estas intervenções foram surtindo algum efeito, a puérpera manteve-se sempre consciente e orientada e os valores tensionais subiram ligeiramente. Porém só após a administração de concentrado de eritrócitos é que se notaram melhorias significativas.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), a necessidade de transfusão de concentrado de eritrócitos é um critério para definir a hemorragia pós parto. Analisando os dados referentes à situação exposta anteriormente, pode dizer-se que foram detetados precocemente sinais e sintomas compatíveis com um caso de choque hipovolémico aquando das atividades de vigilância no seguimento de uma hemorragia pós parto anterior por atonia uterina, tendo sido resolvido sem sequelas posteriores em resultado da rápida intervenção.

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008), a estimulação ocitócica, o TP prolongado e o parto por cesariana são fatores de risco à ocorrência da atonia uterina, podendo também estar associada com a multiparidade, o hidrânio, a macrossomia fetal e a gestação múltipla pela hiperdistensão uterina.

A hemorragia pós parto continua a representar a maior causa de morbidade materna (Graça, 2010). No entanto, de acordo com o autor há outras complicações a que a puérpera está sujeita nesta fase da vida que justificam igualmente deteção e intervenção apropriada, como os fenómenos tromboembólicos, as coagulopatias, as infeções e os transtornos afetivos, às quais se esteve atenta no decorrer da vigilância puerperal.

De acordo com (Coutinho e Saraiva, 2008), a rápida mudança nos níveis hormonais, o “*stress*” e o desconforto associado ao parto, a consciência da responsabilidade aumentada e a exaltação pelo nascimento do filho, geram na mulher um padrão de labilidade emocional e suscetibilidade aos transtornos psicoafectivos. De tal forma que, muitas mulheres podem apresentar uma ligeira depressão ou “*baby blues*” após o nascimento, enquanto outras podem desenvolver depressões mais graves com implicações para a própria, para o RN e família (Lowdermilk e Perry, 2008) (Coutinho e Saraiva, 2008).

O “*baby blues*” é um distúrbio de labilidade transitória do humor que afeta cerca de 40% a 80% das puérperas entre o terceiro e quinto dia pós parto que, embora, possa durar alguns dias, reverte normalmente de forma espontânea ao fim de duas semanas (Coutinho e Saraiva, 2008) (Cantilino, et al., 2010). Caracteriza-se por crises de choro, sentimentos de melancolia, disforia, ansiedade, irritabilidade, fadiga, insónias, cefaleias, falta de concentração e por vezes comportamento hostil (Cantilino, et al., 2010) (Graça, 2010).

A atenção dispensada à vigilância do estado de humor, ao padrão de sono, aos níveis de energia e à capacidade de concentração das puérperas, permitiu durante a vigilância puerperal, identificar sinais e sintomas de “*baby blues*” pós-parto numa delas.

Consoante o que é sugerido pela evidência, foram implementadas estratégias e intervenções terapêuticas autónomas que neste caso concreto passaram por ensinar acerca do significado da sintomatologia e do carácter auto limitado desta disforia puerperal, pela manutenção de suporte emocional adequado, por incentivar a puérpera a expressar os sentimentos com os conviventes significativos ou enfermeiro e aconselha-la a descansar nos períodos de descanso do bebé, a planear as visitas de forma a potenciar o seu descanso e a solicitar ajuda aos familiares nos cuidados ao bebé (Cantilino, et al., 2010) (Graça, 2010).

No decurso do estágio foi possível desenvolver competências no puerpério de risco, nomeadamente na prestação de cuidados às puérperas com doenças hipertensivas (hipertensão e pré – eclampsia) e diabetes.

Em acordo com Lowdermilk e Perry (2008), os cuidados dirigidos à puérpera com patologia anterior à gravidez ou desencadeada durante a mesma foram distintos em alguns aspetos do puerpério normal, requerendo conhecimentos específicos de cada situação. Pois e no caso das puérperas com doença hipertensiva sabe-se que requerem maior vigilância dos valores tensionais, até porque, os sintomas de pré-eclampsia e eclampsia podem permanecer ou desenvolver-se nas 48 horas pós parto (Lowdermilk e Perry 2008). Desta forma e em acordo com o que defendem as mesmas autoras e conforme os protocolos do serviço foi mantida a monitorização frequente dos valores tensionais e do débito urinário, vigiado o estado de consciência e sinais e sintomas de agravamento. Mesmo assim as puérperas eram instruídas a comunicar a presença de alterações visuais, cefaleias e desconforto gástrico.

Tendo em conta que algumas destas puérperas tinham sido sujeitas à antecipação do parto por agravamento da patologia, por vezes houve necessidade de efetuar colheitas de sangue e recorrer a terapêutica adicional para assegurar a normal evolução.

Ainda que esta situação não fosse desconhecida para as puérperas, era ainda geradora de ansiedade. Assim, a par das vigilâncias, foram implementadas intervenções autónomas, como, esclarecer sobre a patologia, sobre os procedimentos e terapêutica efetuada, por mostrar disponibilidade e encorajar a expressão dos receios. Contudo, a manutenção de um ambiente calmo, a restrição de estímulos, a baixa luminosidade e o repouso, foram de igual forma, intervenções autónomas e importantes para promover a diminuição da tensão arterial e a ansiedade (Lowdermilk e Perry, 2008).

As puérperas diabéticas após o dequite e essencialmente durante as primeiras 24 horas após o parto exibem uma diminuição nas necessidades de insulina, correndo o risco de desenvolver hipoglicemias, principalmente se amamentarem e essencialmente se o fizerem no período noturno (Lowdermilk e Perry, 2008). Com o propósito de evitar estas situações, aconselhou-se as puérperas a alimentarem-se a horas certas, manteve-se a

avaliação dos valores de glicemia capilar e administração insulina de acordo com as necessidades. Consequentemente foi mantida a vigilância de sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e as puérperas foram instruídas e orientadas antecipadamente a comunicar qualquer sintoma sugestivo de hipoglicemia.

De entre todas as mudanças que a mulher sofre neste período, as alterações mamárias são as únicas que não são regressivas, a não ser que esta não amamente (Almeida e Silva, 2008).

Existem algumas contraindicações absolutas, embora raras, para o AM, como as situações em que a mãe é portadora de HIV+, o consumo de drogas ilícitas, a ingestão de determinados fármacos e a galactosémia no RN (Graça, 2010) (Mannel, Martens e Walker, 2011). No entanto, durante o estágio à exceção de uma mãe portadora de VIH+, todas as mães decidiram e puderam amamentar os seus filhos.

A evidência científica tem demonstrado os benefícios do AM e conjuntamente a necessidade da sua proteção, promoção e apoio. Como vantagens desta prática destacam-se a presença de nutrientes equilibrados e de fácil digestão, o fornecimento de fatores de crescimento, de imunização e a contribuição para a involução uterina e vinculação precoce (Graça, Figueiredo e Conceição, 2011 b).

Com o objetivo de incentivar os serviços de maternidade a apoiarem o AM, foi criada em 1991 pela OMS e UNICEF a IHAB (Iniciativa Hospital Amigo do Bebê (Mannel, Martens e Walker, 2011). O impacto desta iniciativa emerge das alterações das práticas profissionais, através da Implementação das dez medidas para o sucesso do AM, que envolvem intervenções políticas e compromissos institucionais, práticas profissionais e capacitação da mulher para procurar ou criar recursos após a alta.

Foi possível em campo de estágio desenvolver competências na promoção, proteção e apoio ao AM, uma vez que o CHSJ e os seus profissionais adotam medidas que lhes conferem o título de Hospital Amigo dos Bebés.

De acordo com (Levy e Bertolo, 2008) a segunda oportunidade para a promoção do AM está relacionada com o estabelecimento da lactação, sendo indispensáveis as práticas durante o internamento. Os autores defendem que o EESMO é essencial neste período para fazer a revisão do que foi abordado no período pré-natal, para ajudar nas dificuldades identificadas, na compreensão do comportamento do RN e na resposta às necessidades, para avaliar a eficácia da amamentação e para prestar apoio instrumental, no qual os pais devem ser envolvidos de forma a estimular a ajuda da rede de apoio social. Concordando com os autores e mediante o que é defendido também por Lowdermilk e Perry (2008), antes de iniciada a amamentação foram avaliados os conhecimentos da mãe sobre a amamentação e consideradas a sua preparação física e psicológica para amamentar, as

experiências anteriores, o desenvolvimento físico das mamas, os fatores culturais, o tipo de parto e o nível de energia. Ainda assim ao incentivar a amamentação, eram efetuados ensinamentos sobre as vantagens e sobre a técnica da amamentação, sempre que os conhecimentos não estavam demonstrados.

O alojamento conjunto é defendido como uma condição facilitadora para o início precoce e êxito da amamentação, porque, o contato constante que este proporciona entre a mãe e filho, possibilita a amamentação sob livre demanda e prevê que o RN não receba outro alimento senão o leite materno (Faria, Magalhães e Zerbetto, 2012) (Pasqual, et al., 2010)

Uma vez que o alojamento conjunto foi prática corrente no estágio, foi aproveitado para orientar as puérperas para a prática do AM por livre demanda, de tal forma que o leite adaptado só foi dado ao RN quando prescrito pelo médico. Contudo, nestas situações, desde que o leite materno não fosse contraindicado e os RN's apresentassem bons reflexos de sucção e deglutição, procurou-se evitar o uso de tetinas, substituindo o biberon pelo copo. As chupetas também foram desencorajadas tal como os mamilos de silicone, a não ser que, a mãe tivesse necessidade de os usar pela presença de mamilos rasos, invertidos ou fissurados (Pasqual, et al., 2010).

Nas situações pontuais em que não foi possível promover o alojamento conjunto, dado que as puérperas tinham os RN'S internados na neonatologia, foram proporcionadas condições às mães e incentivadas a visitar os RN'S frequentemente. Esta conduta é recomendada por Mannel, Martens e Walker (2011), para promover o estímulo do AM, a ligação e vinculação entre ambos.

Com o objetivo de preservar a produção de leite, foram efetuados ensinamentos acerca da lactação, essencialmente sobre a extração e conservação do leite materno e proporcionado espaço e ambiente confortável, com privacidade, para auxiliar na ejeção do leite (Mannel, Martens e Walker, 2011).

A adaptação do RN à mama revelou-se como uma das dificuldades mais presentes nas puérperas no momento de amamentar. Desta forma o ensino e treino da técnica de amamentação foram fundamentais ao estabelecimento de uma mamada eficaz. Assim, ao assistir a puérpera na realização da pega e posicionamento do RN, eram ensinados os sinais de boa pega (boca aberta, lábio inferior evertido, bochechas redondas, queixo junto à mama) e posicionamento correto de ambos (Levy e Bertolo, 2008). Mas, como, nem sempre o estado de alerta do bebé é propício a uma boa mamada, as mães foram informadas de que, o bebé deve estar idealmente desperto mas tranquilo. Por isso, sempre que as puérperas tivessem de os acordar ou se estes se apresentassem sonolentos antes das mamadas, deveriam estimulá-los previamente, podendo para isso mudar a fralda,

conversar com o RN e remover o excesso de agasalho, mantendo a estimulação, se necessário, durante a mamada (Levy e Bertolo, 2008) (Mannel, Martens e Walker, 2011). Por outro lado, tal como advertem os autores, se o RN estivesse muito ativo ou a chorar além de reduzirem os estímulos deviam antes consolá-lo. De qualquer forma, a observação da mamada considerou-se essencial, no sentido de identificar precocemente sinais de fadiga do RN, ou dificuldade respiratória, devido à incoordenação dos movimentos de sucção e deglutição, uma vez que estas situações podem estar presentes nos primeiros dias de vida (Mannel, Martens e Walker, 2011). Mas, também por se julgar ser o momento ideal para observar a capacidade da mãe no amamentar, corrigir a técnica de posicionamento e da pega se necessário e ainda para favorecer a expressão de sentimentos, dar espaço para esclarecer dúvidas ou para reforçar positivamente as capacidades demonstradas.

A duração da mamada o dar de mamar de uma ou das duas mamas, o intervalo entre as mamadas e a baixa quantidade de leite produzido, foram os receios mais percebidos e as dúvidas mais solicitadas durante a continuidade de cuidados. Neste âmbito, segundo Lowdermilk e Perry (2008), é incorreto orientar as mães a amamentar num período de tempo determinado. Assim e ainda com base nas recomendações de Levy e Bertolo (2008), aconselhou-se as mães a deixar o RN esvaziar a mama até que este a largue espontaneamente ou quando esta ficar mole e só depois dar a outra, tendo o cuidado de iniciar a próxima mamada pela mama mais cheia. Esta atitude foi justificada junto das mesmas pelo facto de o leite inicial ser mais rico em água e lactose e à medida que a mamada prossegue o leite vai tendo cada vez mais gordura, permitindo assim que o RN fique saciado e aumente de peso (Levy e Bertolo, 2008).

Constatou-se na prática que, algumas mães percecionavam os comportamentos de choro, as mamadas mais frequentes que o habitual e a aparente insatisfação do bebé após as mamadas, como comportamentos resultantes da baixa produção de leite. Este facto tornou necessário ensinar e ajudar as mães a identificar os sinais de fome e de saciedade do RN e a encorajá-las a amamentar quando este se mostrava pronto para o fazer. Pretendeu-se essencialmente que, estas tomassem consciência de que não se devem cingir a horários rigorosos e que os bebés podem ter períodos de maior apetite em que fazem mamadas acumuladas ou agrupadas, podendo em função disto mamar oito a 12 vezes nas 24 horas (Mannel, Martens e Walker, 2011). Ainda e em acordo com os autores no que respeita à quantidade de leite, foi explicado às puérperas a importância de se certificarem de que o bebé efetua uma boa pega. Pois, caso isso não aconteça pode provocar a deficiente remoção de leite da mama e consecutivamente menor síntese deste.

Apesar, de Mannel, Martens e Walker (2011) esclarecerem que, a grande maioria dos casos de “produção insuficiente de leite”, seja percecionada e não real, foi explicado às

puérperas que a produção de leite pode ser estimulada por mamadas mais frequentes e essencialmente durante a noite, porque, existe uma maior libertação de prolactina no período noturno (Levy e Bertolo, 2008).

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008), a promoção de confiança nas mães para as capacidades no amamentar e a vivência de momentos e sentimentos positivos, são também fatores importantes a considerar como medidas para ajudar a fluir o leite em cada mamada, tendo sido efetivadas no estágio em questão através de reforços efetuados à mãe pela sua contribuição para a saúde e bem-estar do seu bebé.

Durante o período da amamentação, podem surgir complicações dolorosas e prolongadas no tempo, que importa prevenir, detetar e tratar precocemente para que se possa preservar a amamentação.

Na prática clínica, apesar das medidas de prevenção implementadas, foram identificadas precocemente, algumas complicações como, a maceração, as fissuras do mamilo e excecionalmente um caso de ingurgitamento mamário.

A presença de dor e a maceração no mamilo, são normalmente causadas pela má técnica de amamentação, podendo inclusivamente dificultar a continuidade do AM, caso não seja devidamente corrigida (Levy e Bertolo, 2008). Desta forma, foi prioritário consciencializar as mães das medidas preventivas de maceração mamilar, tendo sido explicado que devem posicionar o RN corretamente à mama e verificarem sinais de boa pega. Contudo, era corrigida sempre que justificável aquando da observação das mamadas, uma vez que, os resultados do estudo de (Pereira, et al., 2008), demonstraram que a correção da pega na primeira semana de vida se revelou um fator importante no sucesso e duração do AM. Mas também, foram ensinadas e instruídas a realizar a higienização das mamas só com água, a iniciar o reflexo de ejeção com a extração de gotas de leite antes de colocar o bebé à mama e a aplicar leite no mamilo após as mamadas, pois constituem igualmente medidas eficazes na prevenção e tratamento da maceração mamilar (Levy e Bertolo, 2008).

O ingurgitamento mamário tem maior risco de acontecer entre o terceiro e quinto dia pós parto, com a descida do leite (Lowdermilk e Perry, 2008). No entanto, a dor resultante da maceração pode conduzir à sucção e remoção ineficaz do leite e consequentemente resultar em ingurgitamento. Assim e concordando com Lowdermilk e Perry (2008), no âmbito da prevenção foram promovidas condições favoráveis à remoção eficaz e frequente do leite materno. Ou seja, tal como já referido ao longo do trabalho promoveu-se a realização de uma boa pega, de mamadas frequentes e em livre demanda.

Relativamente ao tratamento do ingurgitamento as puérperas foram instruídas a aplicar calor húmido, a massajar a mama e a extrair parte do leite antes de dar de mamar.

Pois, além de ajudar na pega correta, facilita a extração do leite pelo RN, porque, a mama fica menos tensa e menos dolorosa (Levy e Bertolo, 2008) (Mannel, Martens e Walker, 2011) (Lowdermilk e Perry, 2008). Os autores defendem ainda que a aplicação de gelo após a mamada pode proporcionar redução do edema e conforto, tendo sido usado.

A realização deste módulo de estágio tornou possível a aquisição e desenvolvimento de competências na transição e adaptação à parentalidade. Neste âmbito foram prestados cuidados direcionados à promoção da parentalidade responsável, à identificação de famílias em risco de dificuldades de adaptação e ao estabelecimento de estratégias preventivas de problemas na adaptação ao papel parental.

A parentalidade pode definir-se como um processo de incorporação e transição de papéis, que se inicia com a gravidez e se estende pelo período pós parto (Lowdermilk e Perry, 2008).

Sendo, o período pós parto inicial considerado como sensível ao apego entre pais e bebé e ao desenvolvimento posterior da vinculação, cabe ao EESMO incentivar e promover condições à interação entre ambos (Lowdermilk e Perry, 2008).

Perante o exposto, incentivou-se a continuidade do toque e contacto visual entre o RN e os pais, como comportamentos facilitadores da vinculação. Pretendeu-se também com isto, observar e avaliar os comportamentos dos pais para com este, de forma a identificar comportamentos suscetíveis de dificultar o estabelecimento de laços afetivos. Reconhece-se no entanto que, o conhecimento das diferentes culturas é fundamental nesta avaliação para evitar a formação de juízos de valor (Lowdermilk e Perry, 2008).

Da experiência deste estágio, verificou-se que a maioria dos casais exteriorizou alegria e interesse em conhecer particularmente os seus filhos, sendo manifestamente visível na forma como interagiam com o RN, como olhavam, como pegavam, acariciavam e cuidavam do seu filho e pela exploração de semelhanças com os próprios e familiares próximos. Na opinião de Lowdermilk e Perry (2008), este processo de reconhecimento e identificação do bebé efetuado pelas famílias visa a integração de um novo elemento na família e constitui um importante pilar para a vinculação com o bebé. Por outro lado, as autoras referem que, existem pais que reagem e interpretam as reações normais do bebé de uma forma negativa, evitando o contacto, demonstrando-se desconfortáveis com os cuidados que lhe prestam e indiferentes às suas reações ou necessidades. Esta situação não foi diagnosticada em campo de estágio, contudo na sua presença seria fundamental monitorizar os comportamentos suscetíveis de alterar a vinculação, rever a história pré-natal, história do parto e comportamento do bebé. Querendo com isto, essencialmente identificar fatores predisponentes e automaticamente implementar intervenções promotoras da transição para a parentalidade, que poderiam ser operacionalizadas através

de contactos positivos entre os pais, família e filho, de forma a potenciar a consciencialização destes para as reações e capacidades de comunicação do bebé ou se necessário pelo recurso ao apoio social (Lowdermilk e Perry, 2008).

Embora a maioria dos pais expresse sentimentos de satisfação com o nascimento de um filho, o período pós parto inicial, não deixa de ser repleto de adaptações, que se manifestam por sentimentos de insegurança, em parte relacionados com a fadiga, com a falta de experiência e desafios face à necessidade de cuidar do RN (Jose e Silva, 2011). Desta forma, em acordo com os autores e considerando a individualidade cultural e as necessidades específicas, pretendeu-se interagir nas diferentes formas de cuidar, através de ensinamentos e treinos de habilidades que favorecessem a autonomia e responsabilidade dos pais nos cuidados ao filho (Jose e Silva, 2011).

Uma das grandes vantagens do alojamento conjunto é favorecer maior contacto entre RN e família e proporcionar uma primeira fonte de aprendizagem aos pais sobre as necessidades e cuidados ao RN (Pasqual, et al., 2010) (Lowdermilk e Perry, 2008). Então uma vez praticado neste campo de estágio, foi aproveitado para criar momentos de interação entre o bebé e a família, aconselhando os pais a falar e a brincar com este enquanto lhe prestavam os cuidados.

Dentro da variedade de cuidados a prestar ao RN, as puérperas eram ensinadas, instruídas e treinadas nas habilidades, considerando sempre que possível a presença do pai no planeamento destes (Pasqual, et al., 2010).

De acordo com o grau de conhecimentos eram inicialmente ensinados acerca dos cuidados a prestar ao RN, sendo posteriormente e após instrução supervisionados nos cuidados que prestavam, reforçando continuamente os ensinamentos e treino de habilidades até terem condições de os executar com autonomia.

No que se refere aos cuidados de higiene do RN, enquanto se demonstravam na prática, os pais eram orientados sobre os cuidados a ter com a lavagem das mãos antes e após prestar os cuidados, sobre a técnica do banho, sobre os cuidados aos olhos, ao coto umbilical e sobre a mudança de fraldas. Neste âmbito, pretendeu-se que os pais compreendessem que o banho, além de promover a higiene do RN, proporciona conforto e é um ótimo momento de socialização entre ambos, que não tem obrigatoriamente que ser diário, mas, as pregas cutâneas no pescoço e axilas e as zonas de contacto com as fraldas requerem maior cuidado (Lowdermilk e Perry, 2008). Assim e considerando as indicações das autoras orientaram-se os pais a lavar diariamente a região genital do bebé e sempre depois de uma fralda suja, contribuindo desta forma para a prevenção de eritemas.

Relativamente ao padrão de eliminação urinária e intestinal, foi explicado aos pais que, o RN amamentado e estando este a mamar o suficiente, apresenta normalmente duas

a três refeições e seis a oito micções diárias, podendo apresentar menos se for alimentado com leite adaptado. Foram também orientados antecipadamente acerca da evolução esperada do padrão de eliminação e das técnicas utilizadas na estimulação da eliminação intestinal (Lowdermilk e Perry, 2008).

Outra das intervenções autônomas que se revelou essencial foi o ensino acerca dos diferentes significados do choro do RN. Pois, algumas puérperas, principalmente as primíparas demonstravam dificuldade na gestão do choro dos bebês, interpretando-o a maioria das vezes como necessidade de o alimentar. Assim, além de esclarecer acerca dos diferentes significados do choro do bebê (fome, necessidade de eructar, de mudar a fralda, dor de cólica e de desconforto), foram dadas a conhecer as estratégias a utilizar na sua resolução. Estas intervenções entre as quais se incluiu a massagem para alívio das cólicas vieram a revelar-se essenciais na aquisição de competências, na confiança e segurança por parte dos pais nos cuidados ao RN, uma vez que, potenciaram o sucesso na interpretação e resolução dos diferentes tipos de choro.

Associado ao choro do bebê está muitas vezes o cansaço da mãe pelo deficiente descanso. A análise destas preocupações vividas pelas mães determinou a necessidade de ensinar os pais sobre o padrão de sono, de atividade e dos períodos de alerta do RN, tendo então, sido orientados para a restrição de estímulos após as refeições e para descansar enquanto o bebe descansa (Lowdermilk e Perry, 2008).

As questões de segurança do RN englobam todos os cuidados a ter na prevenção de acidentes, como quedas, queimaduras e asfixia. Durante o período de permanência no hospital foram efetuados ensinamentos que permitissem aos pais ter os conhecimentos necessários à sua prevenção. No entanto, no momento da alta, foram alertados para nunca deixarem o RN sozinho dado o risco de queda, a colocarem o bebê a dormir em decúbito dorsal ou lateral com elevação do tronco a 30^o, para prevenir o síndrome de morte súbita, a evitar a exposição direta do bebê ao sol, a temperar a água do banho entre 36,5/37^o de temperatura para prevenir queimaduras, a evitar os ambientes poluídos e com fumos e a transportar o RN em cadeira de automóvel virada para trás, segura pelo cinto de segurança e idealmente no banco traseiro, podendo no entanto, transportá-lo no banco da frente desde que o airbag do carro esteja desligado. Foram também ensinados e orientados quanto à vigilância e reconhecimento dos sinais de alarme e medidas a tomar na presença dos mesmos. Assim, a presença de febre acompanhada de letargia e irritabilidade, os vômitos, a diarreia, a diminuição da eliminação intestinal e do débito urinário, a coloração amarelada da pele e escleróticas, os sinais de dificuldade respiratória, a sucção fraca, a deficiente alimentação, a presença de secreções oculares e sinais de infeção do coto umbilical (calor, rubor na pele peri-umbilical e exsudado purulento com cheiro fétido)

eram sinais a valorizar por estes e critério para recorrer ao profissional de saúde (Lowdermilk e Perry, 2008) (Hockenberry e Wilson, 2011) (NICE, 2006).

Mesmo estando o RN bem de saúde os pais têm que ter conhecimento dos momentos em que deverão recorrer aos profissionais de saúde para garantir a adequada vigilância. Por isso, foram orientados para os cuidados de saúde primários para efetuar o rastreio precoce de doenças metabólicas, para planear as consultas de saúde infantil e cumprir o plano nacional de vacinação.

A par dos cuidados relacionados com a parentalidade o EESMO avalia e monitoriza o estado de saúde do RN.

O peso e a idade gestacional à nascença são fatores importantes a considerar na avaliação e na gestão dos cuidados. Mas, existem outras situações maternas ou não, que expõem os RN's a fatores de risco e que requerem maior vigilância (Lowdermilk e Perry, 2008). Daí que, a revisão da história materna, os registos pré natais e intraparto foram observados aquando da avaliação inicial do RN.

Ao efetuar a avaliação física dos vários sistemas e sinais vitais do RN, aproveitou-se para observar a pele, o estado de alerta, o choro, a postura e os reflexos, de forma a identificar qualquer variação da normalidade e conseqüentemente individualizar a implementação dos cuidados.

Foram vivenciadas algumas situações na prática clínica em que os RN's apresentavam fracos reflexos de sucção e deglutição, o que veio a dificultar as mamadas. A estimulação do RN, antes e durante as mamadas, a ajuda na realização da pega, a monitorização da glicemia capilar antes e 30 minutos após as mamadas e o controlo das perdas de calor, foram intervenções planeadas e implementadas que permitiram uma evolução favorável dos RN's.

Em resposta a um deficiente controlo da glicemia capilar materna, os RN's filhos de mães diabéticas tem maior risco de anomalias congénitas, de cardiomiopatias e de macrossomia, o que implica risco associado de distocia de ombros, traumatismos de parto e asfíxia perinatal (Lowdermilk e Perry, 2008). A macrossomia fetal e a hipoglicemia neonatal podem ocorrer, porque, o feto em resposta á hiperglicemia materna, segrega grandes quantidades de insulina, que favorece o aumento das reservas de glicogénio e tecido adiposo, mas no período pós parto estes níveis de glicose baixam rapidamente (Graça, 2010). Por isso, nestas situações, concordando com Lowdermilk e Perry (2008) e em consonância com o protocolo do serviço, era efetuada monitorização da glicemia capilar e vigilância dos sinais de hipoglicemia principalmente nas primeiras horas de vida. No decorrer destas vigilâncias foi identificado num RN, um valor de glicemia capilar de 42 mg/dl após a mamada. Como, a mãe apresentava colostro em escassa quantidade, foi

comunicado ao pediatra e por indicação do mesmo o RN foi alimentado com leite adaptado, tendo sido eficaz.

A RPM prolongada na mulher grávida associa-se a riscos acrescidos de infecção no RN. De tal forma, que se por qualquer motivo, não se efetuassem duas tomas de profilaxia antibiótica antes do parto, era realizada colheita de sangue para análises ao RN, normalmente às seis horas de vida, para despistar atempadamente sinais de infecção. Foram vivenciadas situações nestas circunstâncias e nunca foram identificados sinais ou sintomas sugestivos de infecção. No entanto, foi diagnosticado uma SDR num RN, nascido de parto eutócico, cuja mãe tinha história de RPM, mas tinha efetuado antibioterapia de prevenção. O RN nasceu com índice de Apgar 9-10 ao primeiro e quinto minuto respetivamente, contudo cerca das seis horas de vida foram identificados sinais de dificuldade respiratória, apresentando polipneia, adejo nasal e estridor laríngeo. Foi imediatamente comunicado ao pediatra e enquanto se aguardava observação foi mantido o controlo da temperatura corporal, monitorizada a glicemia capilar, a FC e saturação de oxigénio, encontrando-se todos os parâmetros dentro da normalidade. Foi posteriormente transferido para o serviço de neonatologia tendo o transporte decorrido sem intercorrências.

Considerando os procedimentos de segurança, neste caso, primeiro foi contactado o serviço recetor para dar conhecimento das condições do RN a transferir e depois foi providenciado o berço aquecido, assegurada a permeabilidade das vias aéreas do RN, com oxigenação adequada e posicionamento em decúbito lateral.

A icterícia fisiológica foi dos problemas mais identificados nos RN's durante os cuidados. Esta situação pode ser identificada em 67% dos RN's, nos primeiros dois ou três dias de vida, inicialmente na face (especialmente nas mucosas e escleróticas) e posteriormente no tórax, abdómen e extremidades (Lowdermilk e Perry, 2008).

A incidência e a severidade deste problema estão aumentadas, nas situações de história materna de diabetes mellitus, pré-eclampsia, retenção da placenta ou membranas fragmentadas, parto distócico, dificuldades na amamentação, bebés prematuros ou pequenos para a idade gestacional (Mannel, Martens e Walker, 2011). O reconhecimento destas situações ao longo do estágio constituiu fator de risco para a ocorrência da icterícia e motivou a atenção para a sua identificação. No entanto e concordando com (Quintas e Silva, 2004), todos os RN's foram avaliados quanto à tonalidade da pele desde o primeiro dia de vida. Na dúvida sobre a coloração, era efetuado o teste de branqueamento (reação à pressão digital no nariz, testa ou esterno), para ajudar na distinção. Se a área pressionada ficasse amarela antes do preenchimento dos capilares, era efetuada avaliação transcutânea dos valores de bilirrubina e posteriormente comunicado o resultado ao pediatra.

Na avaliação dos resultados da bilirrubina englobava-se a idade do RN em horas, pois, sendo diagnosticada icterícia antes das 24 horas de vida, era considerada como patológica e implicava sempre cuidados imediatos.

A icterícia fisiológica traduz uma adaptação da função hepática do RN à vida extrauterina, diminuindo gradualmente até desaparecer no fim da primeira semana de vida no RN de termo e na segunda semana de vida no RN pré-termo. Porém há concentrações de bilirrubina que exigem tratamento.

O tratamento de eleição da hiperbilirrubinemia é a fototerapia e mostrou-se eficaz na reversão das situações vivenciadas em estágio.

Durante o tratamento, o RN era colocado em “*belibed*” despido e com proteção das gonadas, junto da mãe. A mãe era orientada para a necessidade de amamentar o RN com mais frequência, acordando-o se necessário para as mamadas, de forma a oferecer uma hidratação suplementar de 20%, a ter o cuidado na mudança do RN de duas em duas horas, para que toda a área corporal tivesse incidência da luz e a não aplicar cremes pelo risco de queimadura. Todos estes ensinamentos foram importantes e constituíram parte integrante das intervenções autónomas recomendadas por Lowdermilk e Perry (2008). No entanto, as mamadas e a eliminação intestinal e vesical dos RN's, eram também supervisionadas e cuidadosamente avaliadas. Pois, sendo a bilirrubina excretada pelas fezes é importante que se verifique um aumento no peristaltismo intestinal para prevenir a reabsorção intestinal e o ciclo enterohepático. Por sua vez o controlo dos níveis de bilirrubina ia sendo efetuado por recolha de amostras sanguíneas, em resultado de prescrição.

Foram reconhecidos durante a continuidade de cuidados fatores de risco para a presença de sinais de traumatismos de parto, como, o TP prolongado ou precipitado, o parto distócico por ventosa, bebés macrossómicos e IFP, que suscitaram interesse e observação cuidadosa dos RNs. Foram detetadas neste seguimento a presença de hemorragia da subconjuntiva e da retina e o caput succedaneum em alguns RN'S e escoriação do couro cabeludo num RN, tendo esta resultado da aplicação de ventosa.

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008), a hemorragia da subconjuntiva e da retina, resulta da rutura de capilares devido à pressão intracraniana. Por sua vez o caput succedaneum é o edema do couro cabeludo resultante da pressão exercida pela parede uterina, pela vagina ou pela aplicação de ventosa. Embora, estas situações recuperem espontaneamente e não representem problemas futuros, foi transmitida essa informação aos pais de forma a tranquilizá-los.

Relativamente à escoriação do couro cabeludo como intervenções de enfermagem realizadas neste âmbito destacam-se o tratamento e monitorização da evolução da ferida, a

observação comportamental do RN e a interpretação de sinais que manifestassem a presença de dor e o tratamento da dor.

De acordo com Zanatta e Nedel (2005), como respostas comportamentais ao estímulo doloroso o RN pode apresentar expressões faciais, língua tensa, aprofundamento do sulco naso labial, tremor do queixo, rigidez do tronco, movimentos de flexão e extensão dos membros e choro alto e estridente.

Sempre que foram identificados sinais sugestivos de dor no RN, foram promovidas medidas de conforto pela promoção do toque, de carícias, de sucção nutritiva e posteriormente realizado controlo farmacológico por via oral previamente prescrito em SOS. Esta postura adotada para o controlo da dor no RN está em acordo com o que é defendido pelos autores (Crescêncio, Zanelato e Leventhal, 2009). Pois, defendem que, para minimizar a dor no RN, antes de se administrar a medicação analgésica devem usar-se medidas não farmacológicas, porque, a redução da agitação e da ansiedade promove a organização comportamental e conseqüentemente potencia a ação das medidas farmacológicas.

As punções venosas realizadas ao RN foram reconhecidas como um procedimento gerador de dor no RN. Para minimizar este estímulo doloroso tentou-se manter a presença e o contato da mãe com o RN durante o procedimento. Posteriormente, em acordo com (Farias, et al., 2011), foram promovidos estímulos sensoriais e a amamentação.

A partir das 24 horas de vida do RN, consoante o protocolo de serviço era efetuado por rotina o rastreio cardíaco ao RN. Este rastreio consistia em avaliar a FC e a saturação de oxigénio a nível pré -ductal na mão direita e pós ductal no pé esquerdo, com o objetivo de identificar precocemente anomalias cardíacas que justificassem intervenção. Por este motivo eram normalmente efetuados aquando da permanência dos pediatras no serviço. O rastreio auditivo era também efetuado por rotina a todos os RN'S antes da alta hospitalar, com a intenção de identificar e tratar precocemente os bebés com perda de audição. Caso o RN não passasse no rastreio auditivo, era referenciado ao pediatra que posteriormente o encaminhava para uma consulta de repetição do exame um mês após o nascimento.

De uma forma geral neste período de estágio, foi dado grande realce sobretudo aos ensinamentos das puérperas sobre o autocuidado e autovigilância, sobre os cuidados ao RN e ao treino de habilidades, para que todas as mulheres no momento da alta fossem capazes de prestar cuidados básicos a si mesmas e aos RN's e soubessem reconhecer sinais e sintomas que exigissem avaliação profissional no momento da alta (Lowdermilk e Perry, 2008). Todos estes cuidados autónomos planeados em função dos seus conhecimentos e características individuais, desde a admissão no serviço e que incluíram ensinamentos sobre dieta, exercício

físico, necessidade de repouso, vigilância puerperal, sinais de alerta maternos e neonatais, contraceção e atividade sexual, foram reforçados no momento da alta.

De acordo com o protocolo do serviço, a alta da mãe e do RN era dada normalmente 48 horas após o parto vaginal e 72 horas após a cesariana. Este momento foi aproveitado para orientar as puérperas e convivente significativo para atividades de vigilância e comportamentos de promoção de saúde no pós alta e assim garantir a normal evolução do puerpério, saúde do RN e saúde familiar (Graça, 2010). Assim, no que respeita à dieta, as puérperas foram aconselhadas a manter uma dieta equilibrada, favorável ao padrão intestinal, à prevenção de anemia e à perda de peso e rica em cálcio especialmente porque estavam a amamentar.

Tendo em conta que muitas puérperas mantêm o aporte de ferro até às seis semanas após o parto para compensar as perdas hemáticas do parto, foram instruídas a ingeri-lo com sumo de citrinos para potenciar a sua absorção e alertadas para a possível ocorrência de desconfortos gástricos como efeitos secundários (Lowdermilk e Perry, 2008).

Considerando que é maioritariamente no período pós alta que se diagnosticam as infeções pós parto, sentiu-se a necessidade de reforçar a importância de manter a região genital limpa e seca como medida preventiva. Ainda assim, como forma de otimizar a cicatrização das feridas cirúrgicas e ou lacerações, aconselhou-se atividade física moderada, principalmente nas puérperas de cesariana, sendo prudente esperar pela cicatrização completa da ferida abdominal. Portanto, sugeriu-se que as puérperas iniciassem exercícios simples a seguir ao nascimento e seguissem progressivamente para outros mais complexos, pois, sabe-se os exercícios pélvicos de Kegel são importantes no fortalecimento da musculatura pélvica que sustentam a bexiga e a uretra e reduzem o risco de incontinência urinária, principalmente após um parto vaginal (Lowdermilk e Perry, 2008).

No caso de a puérpera ter efetuado cesariana era orientada para os cuidados de saúde primários para a realização do tratamento e remoção de material de sutura. As puérperas com ferida cirúrgica perineal e ou lacerações eram esclarecidas de que o material de sutura era reabsorvido não sendo necessário recorrer a cuidados de enfermagem. No entanto, em todas elas era certificado o conhecimento das características esperadas dos lóquios, do útero e das mamas e dos sinais que justificavam a procura de ajuda especializada.

Tendo em conta que muitas puérperas deixavam o serviço sem que tivesse ocorrido a descida do leite eram informadas sobre os recursos comunitários de apoio à amamentação, para que soubessem a quem recorrer em caso de dúvidas e eventuais dificuldades (Lowdermilk e Perry, 2008).

Relativamente ao reinício da atividade sexual, abordaram-se os efeitos físicos e psicológicos do parto no ato sexual com o casal, tendo-lhes sido explicado que a atividade sexual desde que não cause desconforto pode ser reiniciada com segurança quatro semanas após o parto (Lowdermilk e Perry, 2008). Nesta sequência, alertou-se para a necessidade de iniciar a contraceção antes da consulta de revisão do puerpério, já que, o facto de amamentar e de se manter com amenorreia não garante a isenção de risco de gravidez (Lowdermilk e Perry, 2008). Ao ajudar na escolha informada do método contraceptivo adequado, referiu-se que os métodos mais usuais são o preservativo e a contraceção oral com progestagénio isolado, uma vez que não afetam a produção de leite.

O plano contraceptivo revestia-se de especial importância no caso de puérperas com patologias associadas tais como a diabetes e a hipertensão (Lowdermilk e Perry, 2008). Pois e concordando com as autoras, nestes casos é fundamental o controlo da fertilidade para que a patologia se encontre estável antes de uma nova conceção.

Segundo Graça (2010), excetuando os casos de puérperas com patologias associadas ou pós cesariana que podem necessitar de uma consulta de revisão na segunda semana após o parto, as puérperas devem recorrer ao médico assistente para efetuar a consulta de revisão do puerpério entre a quarta e sexta semana pós parto, tendo sido orientadas antecipadamente e informadas da importância desta consulta no reconhecimento da normal involução puerperal.

Ainda no serviço era efetuada administração de imunoglobulina anti D às puérperas com incompatibilidades sanguíneas, embora, esta se possa efetuar no decorrer das 72 horas pós parto (Lowdermilk e Perry, 2008).

Aos pais que tinha sido identificado necessidade de apoio social era confirmado o apoio já dado e encaminhados se necessário para o gabinete da segurança social. Ainda assim a legislação e os direitos de proteção da maternidade e da paternidade foram aspetos abordados no momento da alta.

No que respeita ao RN, os pais foram encaminhados para realizar o rastreio precoce de doenças metabólicas no centro de saúde entre o terceiro e sexto dia de vida do RN, a agendar uma consulta de saúde infantil com o pediatra na segunda semana de vida do RN e foram alertados para o próximo momento de vacinação do RN, incentivando-os a cumprir o plano de vacinação. Ao rever os comportamentos promotores de segurança e prevenção de acidentes do RN foram verificadas as condições de segurança em que este era transportado na cadeira de transporte aquando da saída do serviço na companhia dos pais.

3. A AMNIOTOMIA NA GESTÃO ATIVA DO TRABALHO DE PARTO ESPONTÂNEO - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A revisão integrativa da literatura relativa à prática da amniotomia surge com o propósito de apoiar o desenvolvimento de competências no campo da investigação em enfermagem, mas também da necessidade em recrutar conhecimentos que permitam apoiar a prática em evidências atuais, numa área pertinente dos cuidados do EESMO.

A amniotomia é uma técnica que consiste na rotura das membranas amnióticas com o uso do amniotomo ou pinça de Kocke (Magalhães, 2005), à qual se recorre na prática clínica, muitas vezes para visualizar a coloração do LA, realizar a monitorização fetal interna e para aumentar a dinâmica do TP (Andrees e Rankin, 2007).

A prática da amniotomia na gestão ativa do TP espontâneo encontra-se estabelecida na prática clínica, a partir dos cinco centímetros de dilatação, desde que a apresentação fetal se encontre insinuada e não haja contra-indicações maternas e fetais (Campos, Montenegro e Rodrigues, 2008). Constata-se que, esta conduta é percecionada pelos profissionais de saúde, como uma intervenção pertinente, dado que, permite visualizar as características do LA, efetuar a monitorização fetal interna e reduzir a duração do TP. No entanto, ainda que os primeiros dois motivos anteriormente referidos sejam sustentados pela evidência atual, a prática da amniotomia precoce¹ no TP espontâneo com evolução normal² é ainda muito questionável na literatura, quanto à sua eficácia na redução do TP e quanto ao seu efeito no tipo de parto, assim como no estado fetal e neonatal (Andrees e Rankin, 2007).

¹Segundo Resende (2002), a amniotomia é precoce quando efetuada no início do TP e oportuna quando efetuada na fase final da dilatação do colo uterino. Neste estudo foram considerados artigos que avaliassem o efeito da amniotomia até aos cinco centímetros de dilatação do colo uterino.

²Segundo Graça (2010), o TP com evolução normal consiste na progressão regular das contrações uterinas, no apagamento e dilatação progressiva do colo do útero e na progressão da descida da apresentação no canal de parto.

Com a intenção de se apurar a pertinência da prática da amniotomia precoce no TP espontâneo com evolução normal, pretende-se, demonstrar através da investigação já realizada, os seus efeitos, no TP espontâneo relativamente à duração do TP e tipo de parto, ao estado fetal e neonatal. Posto isto, foi efetuada uma revisão integrativa da literatura sobre esta temática, no período compreendido entre janeiro de 2005 a fevereiro de 2014.

A partir da análise dos dados conclui-se que, a prática da amniotomia precoce no TP espontâneo reduz em média uma hora a duração do TP, mas aumenta o risco de parto por cesariana, por alterações da FCF na CTG, embora não tenham sido estatisticamente significativas nem afetado adversamente o estado neonatal.

Os resultados desta revisão integrativa despertam os profissionais de saúde a ponderar a prática da amniotomia precoce na redução do TP espontâneo com evolução normal, visto que, não é suportada pelas evidências atuais. No entanto, é consensual nesta revisão integrativa da literatura que a prática da amniotomia precoce é recomendada na gestão do TP espontâneo, com evolução anormal.

3.1. Introdução ao Problema

Para (Magalhães, 2005), a prática da amniotomia precoce demonstra ser eficaz em alguns casos para estimular a progressão do TP, uma vez que, desencadeia a expulsão do LA, a diminuição do volume uterino e a estimulação da produção de prostaglandinas.

De uma forma geral, na literatura existe consenso de que a amniotomia precoce, ainda que, associada a outras intervenções, tem benefícios comprovados na indução do TP e na estimulação do TP Prolongado (TPP). Contudo, os benefícios desta prática no TP espontâneo, são ainda muito discutíveis, permanecendo algumas dúvidas na literatura acerca da sua eficácia na redução do TP e da sua pertinência quando usada unicamente para esse efeito. Pois, ainda que se considere que a Rutura Artificial de Membranas (RAM) possa encurtar o TP e este facto possa considerar-se convidativo, não é aparentemente benéfico (Andrees e Rankin, 2007). Para os mesmos autores, este procedimento ao interferir nos processos fisiológicos normais do TP, pode conduzir a maior intervenção e consecutivamente à maior possibilidade de alterações da FCF, do risco de prolapso do cordão umbilical e de infeção.

Se considerarmos as indicações da (Organização Mundial de Saúde, 1996) (OMS), a amniotomia só deverá ser realizada com base em motivos clínicos.

Comparativamente, as Guidelines da (NICE, 2007) defendem que este procedimento não deve ser usado por rotina no TP com evolução normal, devendo ser reservado para o TP com evolução anormal ³.

Perante o exposto e por acreditar que o EESMO deve preocupar-se com a implementação de práticas que ofereçam condições seguras e de qualidade na assistência das parturientes, reconhece-se a necessidade de mobilizar para a prática clínica um corpo de conhecimentos atualizados e critérios de atuação que permitam intervir de forma a promover a evolução do TP sem aumentar as complicações. Assim, perante a importância desta problemática, parte o interesse deste estudo para investigar, através dos estudos já existentes, os efeitos da amniotomia precoce no TP espontâneo com evolução normal, relativamente à duração do TP e ao tipo de parto, assim como ao estado fetal e neonatal. Neste sentido, espera-se que, os resultados desta investigação subsidiem a tomada de decisão sobre a realização desta técnica e que a divulgação do conhecimento permita aperfeiçoar a prática de cuidados na gestão do TP de início espontâneo.

3.3. Método

Para dar resposta ao objetivo proposto, esta pesquisa passou pelo percurso metodológico qualitativo, por meio de uma revisão integrativa da literatura.

Para a construção do processo da revisão integrativa é necessário percorrer seis etapas distintas. Assim sendo, esta pesquisa foi operacionalizada pelas seguintes etapas: formulação das questões de partida; procura da evidência existente; colheita de dados; análise crítica dos artigos; interpretação e discussão dos dados recolhidos; apresentação dos resultados da revisão integrativa (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

Optou-se pela revisão integrativa da literatura porque permite incluir diferentes metodologias, em virtude da sua abordagem metodológica, proporcionando deste modo uma compreensão mais ampla do fenómeno em estudo. Também porque, proporciona conhecimento atual fundamentado, que poderá ser interligado diretamente à prática profissional, apoiando a prática baseada na evidência (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

³ Segundo (Graça, 2010) Considera-se anormal a evolução do TP, se não se verificarem as seguintes condições: progressão regular das contrações uterinas, apagamento e dilatação progressiva do colo do útero e progressão da descida da apresentação no canal de parto.

A procura de evidência científica requer a adequada definição da pergunta de pesquisa (Pimenta, et al 2007), assim sendo, evoluiu-se para as seguintes questões:

Qual é o efeito da amniotomia precoce no TP espontâneo relativamente à duração do TP e ao tipo de parto?

Qual é o efeito da amniotomia precoce no TP espontâneo sobre o estado fetal e neonatal?

Para identificar a evidência existente e selecionar os estudos capazes de dar resposta a estas questões, efetuou-se pesquisa de publicações indexadas nas bases de dados MEDLINE with full Text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Academic Search Complete e Mediclatina, através da plataforma EBSCO Host e no Google académico no período compreendido entre janeiro de 2013 a fevereiro de 2014. Neste sentido, foram incluídos nesta revisão todos os artigos publicados entre Janeiro de 2005 e fevereiro de 2014 em texto integral (Full Text), nos idiomas português, inglês ou espanhol que comparavam a prática da amniotomia precoce (até aos cinco centímetros de dilatação) com a intenção de manter as membranas intactas durante o primeiro período de TP, em mulheres (nulíparas e múltiparas) em TP com início espontâneo com mais de 36 semanas de gestação e que incluíssem ainda nos seus resumos os descritores em ciências da saúde (DeCS) em português: (efeitos da amniotomia; rutura artificial de membranas; duração do trabalho de parto; membranas intactas; precoce; estado fetal; resultados neonatais; trabalho de parto com início espontâneo) e inglês (Effects of amniotomy OR artificial rupture of membranes OR duration of labor AND intact membranes AND early AND status on foetus AND neonatal outcomes AND spontaneous labour onset).

Da totalidade dos estudos encontrados, foram excluídos desta revisão integrativa, os artigos que não respeitavam os critérios de inclusão mencionados.

Tendo em conta as questões formuladas pretende-se compreender se a intervenção da prática da amniotomia precoce ou rotura artificial de membranas produz efeito na duração do TP, no tipo de parto e no estado fetal e neonatal. Neste sentido, os estudos apropriados para responder a estas questões, devem ser estudos que comparem simultaneamente o grupo de intervenção com o grupo de controlo (Craig e Smyth, 2004). Por conseguinte, a evidência deve advir preferencialmente de revisões sistemáticas de ensaios aleatórios controlados de forma adequada ou então de um ensaio idealmente aleatório controlado, pois proporcionam a mais válida forma de evidência acerca da eficácia de intervenções (Craig e Smyth, 2004).

Ainda que, este tenha sido um aspeto considerado na seleção dos estudos desta revisão integrativa, recorreu-se também a estudos mais baixos na hierarquia, já que os autores consideram essa possibilidade, sempre que haja falta de evidências de melhor qualidade (Craig e Smyth, 2004).

3.4. Resultados

Usando a estratégia de pesquisa previamente referida, foram identificados 72 artigos nas bases de dados mencionadas. Destes artigos, foram excluídos automaticamente 23 por se encontrarem repetidos. Após a leitura do título foram excluídos mais 43 artigos por não irem ao encontro dos critérios de inclusão. Depois da leitura dos resumos e texto completo foi excluído mais um artigo, porque avaliava o efeito da amniotomia na FCF no traçado da CTG durante o TP induzido, restando assim cinco artigos para análise. Entretanto, na tentativa de reunir mais evidências foi efetuada pesquisa avançada no Google Académico com os mesmos descritores, no mesmo período de tempo entre (janeiro de 2005 e fevereiro de 2014) e nos mesmos idiomas, durante o mês de fevereiro de 2014, tendo-se obtido 125 artigos, dos quais 118 foram excluídos por não reunirem os critérios de inclusão. Após a leitura dos resumos e texto, foram excluídos mais cinco artigos, três por se encontrarem repetidos e dois por serem artigos de opinião, ficando deste modo dois artigos para incluir na revisão. Em conclusão, foram incluídos no total sete artigos nesta revisão integrativa da literatura, dos quais cinco são artigos originais e dois são de revisão sistemática da literatura, um deles com meta-análise.

Partindo da primeira leitura, passou-se à categorização dos artigos selecionados para esta revisão integrativa. Foram analisados detalhadamente, no sentido de os caracterizar a partir da identificação de informações relevantes a extrair (Oliveira, 2008)(Moraes e Galiuzzi, 2006).

Como estratégia de colheita de dados optou-se por organizar e agrupar os dados relevantes num instrumento capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes fosse extraída, previamente elaborado para o efeito (tabela 1), no qual se incluíram os seguintes itens: o título e autores, o ano e fonte de publicação, o país, o objetivo do estudo, o tipo de metodologia utilizada, os resultados, as conclusões e o nível de evidência.

A classificação em graus de evidência relaciona os tipos de estudo à sua relevância, oferece um esquema que, possibilita compreender a qualidade do conhecimento em análise e por conseguinte reflete o nível de certeza do conhecimento e do seu poder em orientar o juízo final sobre a temática investigada (Levin e Jacobs, 2008). Portanto,

procedeu-se à avaliação do grau de evidência dos estudos em questão, a fim de determinar o nível de segurança dos resultados e conclusões desta revisão integrativa.

De acordo com (Craig e Smyth, 2004), o processo de amostragem aleatório é aquele que oferece o maior grau de evidência quando se pretende verificar a eficácia de intervenções, pois significa que as diferenças encontradas entre os grupos de intervenção e os grupos de controlo são presumivelmente mais devidas à intervenção do que a outros fatores. Sendo assim, o nível mais elevado de evidências é obtido a partir de revisões sistemáticas, ou de meta-análises de ensaios aleatórios e controlados, encontrando-se estes no topo da pirâmide, classificados como nível de evidência I (Levin e Jacobs, 2008).

Nesta revisão integrativa da literatura fazem parte do nível de evidência I, dois artigos. No nível de evidência II, encontraram-se as evidências resultantes de ensaios clínicos singulares, como é o caso de quatro estudos. Já o nível de evidência III, deriva de estudos quase-experimentais, tal como um estudo não-randomizado controlado único, como é o caso do estudo de (Mageed e Tariq, 2013).

O processo de análise dos dados foi efetuado por meio de uma análise textual, pretendendo-se com este método identificar e isolar enunciados dos conteúdos a ele submetidos, categorizar tais enunciados, de maneira a integrar a descrição e a interpretação (Oliveira, 2008)(Moraes e Galiazzi, 2006).

A análise textual dos estudos e a sua interpretação permitiram identificar diferentes conceitos relacionados com a intervenção em estudo. Foram então identificados e posteriormente agrupados por homogeneidade de conteúdo sob a forma de categorias empíricas. Assim sendo, emergiram deste estudo duas categorias a analisar, que serão expostas a seguir (efeito da amniotomia precoce na duração do TP espontâneo e tipo de parto e o efeito da amniotomia precoce no estado fetal e neonatal).

FIGURA 3: Amniotomia na gestão ativa do trabalho de parto espontâneo.

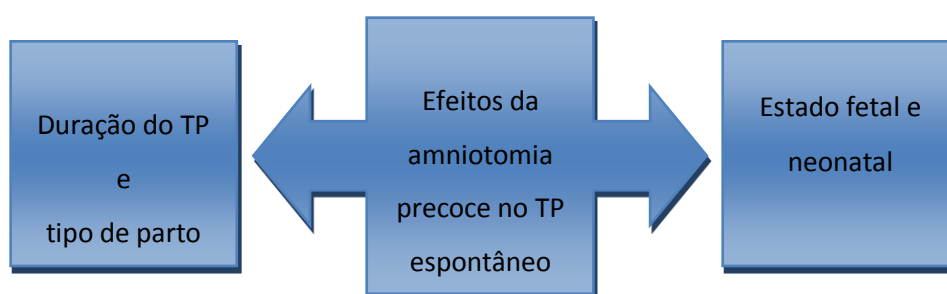


TABELA 1: Artigos referentes à revisão integrativa da literatura

Titulo/Autores/ Ano	País/ Publicação	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	NI
Does Artificial Rupture of Membranes (ARM) Reduce Duration of Labor in Primigravida (Bellad, M. B, et al,2010)	India/ journal South Asian Federation of Obstetrics and Gynecology	Avaliar a eficácia da rutura artificial de membranas vs rutura espontânea das membranas em primigestas com gestação de termo, na duração do TP, no tipo de parto e nos resultados neonatais.	Estudo randomizado prospectivo e controlado. Foram incluídas na amostra 200 grávidas primigestas, aleatoriamente divididas em dois grupos, 100 para o grupo de intervenção (ARM) e 100 no grupo de controlo (sem ARM). Crítérios de inclusão: Primigestas, com gestação única de termo, apresentação cefálica, dilatação cervical entre 4-6 cm, com apresentação bem apoiada e com consentimento informado. Crítérios de exclusão: Risco obstétrico como: Hemorragia na gravidez, hipertensão gestacional, rutura prematura de membranas, hemoglobina <8%, doenças médicas que complicassem a gravidez e mulheres com VIH positivo. Análise dos dados foi feita com o teste qui- quadrado e teste Z.	A duração média do tempo decorrido até à dilatação completa do colo do útero foi de $4,76 \pm 1,64$ no grupo ARM em comparação com $5,66 \pm 1,85$ no grupo controle, tendo esta diferença sido estatisticamente significativa. Não houve diferença na duração do segundo e terceiro período de TP e no tipo de parto entre o grupo de ARM e o grupo de controlo, assim como não houve diferença significativa no índice de Apgar entre os dois grupos.	ARM reduziu a duração do TP sem efeitos prejudiciais sobre a mãe, o feto, e o tipo de parto. Conclui-se que não há necessidade de conservar as membranas em TP espontâneo em mulheres onde a ARM não é contraindicada. No entanto, embora este estudo tenha resultados favoráveis com a ARM, os autores recomendam a realização de um estudo multicêntrico controlado para resolver esta controvérsia.	II
Comparison of Artificial Rupture of Membranes with Intact Membranes in Labouring Multigravidae (Majeed, Noreen; Tariq, Shamsa, 2013)	Paquistão Journal of Rawalpindi Medical College	Estudar o efeito da amniotomia na duração do TP e no índice de Apgar em múltiparas.	Estudo descritivo comparativo não aleatório. Foram selecionados no total 100 casos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e posteriormente divididos em dois grupos de 50 casos, grupo A (RAM) e grupo B (membranas íntegras). Crítérios de inclusão: Múltiparas de termo com, 2 a 4 crianças de termo e gravidez de baixo risco, em TP ativo com, apresentação cefálica, posição longitudinal e membranas íntegras. Crítérios de exclusão: Casos de sofrimento fetal (que ocorreram antes ou em qualquer altura do estudo), gestação de risco e parto pré termo. Nas parturientes do grupo B, não foi feita nenhuma tentativa de romper as membranas até ao segundo período de TP. Se a rutura espontânea de membranas ocorreu antes dos 8 cm de dilatação do colo do útero, o caso foi excluído do estudo, sendo incluído se a rutura espontânea ocorreu após os 8 cm de dilatação. Foi utilizado o teste do qui-quadrado para análise de dados.	A duração do TP foi menor no grupo de intervenção (A), sendo que, em (80%) das mulheres no grupo (A) a duração de TP foi inferior ou igual a 6 horas e em (20%) foi superior a 6 horas. Já no grupo controle, (B) só (22%) das parturientes é que tiveram duração do TP até 6 horas e (78%) tiveram superior a 6 horas. Houve um ligeiro aumento da incidência de má pontuação de Apgar aos 5 minutos no grupo A, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa	A prática de amniotomia reduziu significativamente a duração do TP quando comparada com a prática de manter as membranas intactas até ao segundo período de TP. Não aumentou o risco de qualquer resultado adverso no RN e reduziu a incidência de TP prolongado, de rutura uterina e septicemia, que contribuem significativamente para a mortalidade e morbidade materna	III

<p>Effects of Amniotomy versus Spontaneous Rupture of Membrane on Progress and Foetal Outcome in Primigravida /</p> <p>(Abdullah, Aisha.; Saboohi, Sadia.; Hashami, Uzma. 2006)</p>	<p>Nigeria</p> <p>Journal of Obstetrics and Gynaecology</p>	<p>Comparar a eficácia da amniotomia com a rutura espontânea das membranas em termos de progresso do TP, do tipo de parto e o resultado fetal em primigestas</p>	<p>Estudo comparativo retrospectivo randomizado</p> <p>Duzentas mulheres em TP foram aleatoriamente designadas para o estudo e divididas em dois grupos. No Grupo (A) foi realizada a amniotomy e no Grupo (B) as membranas ficaram intactas até à rutura espontânea sempre que possível até ao segundo período de TP.</p> <p>Crítérios de inclusão:</p> <p>Primigestas com gestação única, feto vivo, apresentação cefálica no início da fase ativa de TP espontâneo (pelo menos com quatro centímetros de dilatação) e com consentimento informado.</p> <p>Crítérios de exclusão:</p> <p>Gestações de risco como, hipertensão gestacional diabetes mellitus e hemorragia pré-parto.</p>	<p>A duração do TP foi significativamente mais baixa no grupo – A, tendo a duração média sido de $6,66 \pm 1,41$ no grupo - A e de $7,60 \pm 1,75$ no Grupo -B. Entre os cinco tipos de parto, a maioria (57%) foi vaginal e com episiotomia. A taxa de cesariana foi de 8 % no grupo - A e 10 % no grupo – B, tendo este aumento de 2% na taxa de cesariana no grupo -B sido devido ao TP prolongado. A média de índice de Apgar no grupo -A foi $7,37 \pm 0,63$ e no grupo - B foi de $7,30 \pm 0,67$. A taxa de admissão na unidade de neonatologia nas primeiras 24 horas no grupo -A foi de 2% e no grupo -B foi de 3%, o que não foi significativa.</p>	<p>A amniotomia diminuiu significativamente a duração do TP em primigestas. Relativamente ao tipo de parto e aos resultados fetais não houve diferenças significativas entre os dois grupos. Os autores concluem que a prática de amniotomia parece ser justificada em países em desenvolvimento nomeadamente em hospitais públicos com poucos recursos humanos e em que é difícil o acompanhamento adequado das puérperas por períodos alongados. Esta prática pode ser vantajosa nestas circunstâncias para acelerar o TP e diminuir o tempo total de monitorização, mas também, porque permite visualizar o LA que informa sobre o bem-estar fetal, que ajuda na decisão do tipo de parto e a prever antecipadamente a necessidade de reanimação neonatal.</p>	<p>II</p>
<p>A trial of Amniotomy in a Palestinian hospital.</p> <p>(Mikki, N., et. al, 2007)</p>	<p>Jerusalém</p> <p>journal of obstetrics and gynaecology</p>	<p>Investigar a diferença na duração do TP, no uso de ocitocina e nos resultados materno- fetais entre uma política de amniotomia de rotina no TP ativo e a política de conservar as membranas intactas, numa maternidade onde o uso de analgesia epidural é baixo.</p>	<p>Ensaio clínico controlado randomizado.</p> <p>533 Múltiparas e 157 nulíparas foram aleatoriamente randomizadas para amniotomia ou intenção de conservar as membranas.</p> <p>Crítérios de seleção:</p> <p>Gravidez de baixo risco, de termo, com feto único, apresentação cefálica em trabalho de parto com membranas intactas</p> <p>Crítérios de exclusão</p> <p>Atraso de crescimento intrauterino suspeita de macrosomia (bebé > 4,5 kg), pré-eclampsia, diabetes mellitus insulino dependente, cesariana anterior e hemorragia.</p> <p>Houve fraca conformidade na política de conservação das membranas nos grupos de controlo, tendo a amniotomia sido efetuada em 60,2 % das nulíparas e em 33,8 % das múltiparas.</p>	<p>Nas mulheres múltiparas a duração média da distribuição aleatória de dilatação completa foi de 95 e 160min, no grupo de intervenção e no grupo controlo respetivamente. Nas nulíparas: foi de 210 e 270m no grupo de intervenção e grupo de controlo respetivamente. Não houve diferenças entre os grupos nos resultados no índice de Apgar, no internamento na unidade de cuidados intensivos neonatal. Também não houve diferenças significativas nos resultados maternos avaliados (ocorrência de retenção de placenta, hemorragia pós-parto, episiotomia e febre).</p>	<p>Os resultados deste estudo indicam uma curta duração total do TP (cerca de 1 hora). Mas, os autores concluem que a amniotomia deve ser limitada a casos de evolução anormal de TP. Consideram que, a redução de uma hora na duração do TP, não lhes parece um motivo suficientemente válido, para recorrer à amniotomia, em virtude dos riscos que acompanham a intervenção.</p>	<p>II</p>

<p>Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review)</p> <p>(Fraser, W. D., et. al, 2007)</p>	<p>Canada</p> <p>Cochrane Database of Systematic Reviews</p>	<p>Estudar os efeitos da amniotomia na taxa de cesariana e em outros indicadores de morbidade materna e neonatal (Apgar menor que 7 ao 5º minuto e taxa de admissão à UCIN).</p>	<p>Meta análise de 9 ensaios clínicos randomizados que compararam a amniotomia de rotina a uma tentativa de conservar as membranas durante a primeira etapa do TP apenas em mulheres com TP espontâneo.</p> <p>Crítérios de inclusão dos estudos: Ter dados categóricos disponíveis sobre os principais indicadores de morbidade materna e neonatal, a partir do relatório publicado ou de correspondência com os autores; índice de qualidade metodológica aceitável como classificados em uma avaliação padronizada; nenhuma evidência de erro sistemático quer no processo de randomização ou no acompanhamento do paciente. 4 Ensaios clínicos incluíam exclusivamente nulíparas, enquanto os restantes incluíam nulíparas e múltiparas.</p> <p>Um estudo consistiu em avaliar a amniotomia como um método para corrigir distocia estabelecida em mulheres com prolongamento da fase ativa do TP.</p>	<p>A amniotomia precoce parece levar a uma redução média da duração do TP entre 60 a 120 minutos.</p> <p>Uma associação entre a amniotomia precoce e parto por cesariana por sofrimento fetal é observado em um grande ensaio no grupo de amniotomia.</p> <p>A amniotomia foi associada com uma redução na probabilidade de Apgar inferior a 7 ao 5º minuto, mas não houve evidência de efeitos sobre outros indicadores de morbidade neonatal.</p> <p>Houve uma associação estatisticamente significativa de amniotomia com uma diminuição no uso de ocitocina.</p> <p>Uma redução na incidência de distocia foi observada entre as mulheres no grupo amniotomia.</p>	<p>Amniotomia é um método eficaz para encurtar a duração do TP. Parece também reduzir a necessidade do uso de ocitocina, embora houvesse heterogeneidade deste efeito entre os ensaios.</p> <p>Não há nenhuma evidência de consequências neonatais adversas da amniotomia precoce. No entanto, o significado clínico da redução na frequência de pontuação de índice de apgar anormal ao 5º minuto é questionável, dada a ausência de evidências de efeitos sobre outros indicadores de morbidade neonatal, existindo uma tendência para um aumento da cesariana. Isto sugere que, a amniotomia deve ser reservada para mulheres com TP com evolução anormal.</p>	<p>I</p>
<p>The effect of amniotomy on the outcome of spontaneous labour in uncomplicated pregnancy.</p> <p>(Ajadi, MA, et. al, 2006)</p>	<p>Nigeria</p> <p>(Journal of Obstetrics and Gynaecology)</p>	<p>Determinar o efeito da amniotomia sobre o resultado do trabalho de parto espontâneo na gravidez sem complicações.</p>	<p>Estudo prospectivo e randomizado de baixo risco 128 Mulheres múltiparas em TP espontâneo foram aleatoriamente designadas para receberem amniotomia grupo (Caso) ou não grupo (Controlo) durante o TP espontâneo.</p> <p>Crítérios de inclusão Múltiparas com 37 semanas de gestação, com apresentação cefálica, membranas amnióticas intactas e dilatação cervical entre 4 e 5 cm.</p> <p>Crítérios de exclusão Gestações de alto risco, apresentações anómalas, gestações múltiplas, hemorragia, suspeita de ACI, trabalho de parto avançado (com dilatação > a 6 cm), rutura de membranas, sofrimento fetal e sem consentimento informado.</p>	<p>Houve uma diferença média de 82,85 min, na duração média do tempo decorrido até a dilatação completa entre o grupo de amniotomia e o grupo de controlo (182,17 e 265,02 min, respetivamente).</p> <p>Não houve diferença na duração do segundo período de TP e no tipo de parto em ambos os grupos</p> <p>A taxa de cesariana foi semelhante em ambos os grupos.</p> <p>Cinco recém-nascidos (7,8%) tiveram um índice de Apgar de 7 ao 1 -5 min, no grupo amniotomia, tendo sido semelhante no grupo controle em que houve 4 RN's (6,3%) com o mesmo índice de Apgar ao 1- 5min.</p>	<p>A amniotomia reduziu significativamente a duração do primeiro período do TP quando comparado com a prática de manter as membranas intactas até ao segundo período de TP, sem afetar a exigência de ocitocina, a taxa de cesariana e os resultados adversos no RN.</p> <p>Os autores concluem que, a amniotomia é uma prática recomendável para reduzir a incidência de parto prolongado, desde que não haja contraindicações para a mãe e para o feto.</p>	<p>II</p>

<p>Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review)</p> <p>Smyth, R.M.D; Markham, C; Dowswell, T; 2013</p>	<p>Liverpool</p> <p>Cochrane Database of Systematic Reviews</p>	<p>Determinar a eficácia e a segurança da prática rotineira da amniotomia na redução do TP, na taxa de cesariana, na satisfação materna com a experiência do parto e no índice de Apgar inferior a sete ao 5º minuto ou inferior a quatro ao 1º minuto, em todos os TP espontâneos e nos que começaram espontaneamente e que se tornaram prolongados.</p>	<p>Revisão sistemática da literatura</p> <p>Foram selecionados 15 ensaios clínicos randomizados que envolveram 5.583 mulheres grávidas (múltiparas e primíparas) com gestações únicas em trabalho de parto espontâneo e que comparavam os efeitos da amniotomia sozinha contra a intenção de preservar as membranas durante o trabalho de parto. Foram excluídos desta revisão ensaios clínicos Quase - randomizados.</p>	<p>Não houve diferença estatisticamente significativa na duração do primeiro período de TP (diferença média, -20,43 minutos), na taxa de cesariana, na satisfação materna com a experiência do parto e no índice de Apgar menor que sete ao quinto minuto entre as mulheres com parto espontâneo nos grupos de controlo e amniotomia. Também não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de cesariana, na satisfação materna com a experiência do parto e índice de Apgar menor que sete ao 5º minuto entre as mulheres no grupo de amniotomia e controle no TP espontâneo que se tornou prolongado.</p> <p>Não houve consistência entre os ensaios clínicos sobre o momento da amniotomia durante o TP em termos de dilatação cervical.</p>	<p>A amniotomia não é recomendada como prática a introduzir rotineiramente na gestão do TP. Perante os resultados desta revisão os autores não conseguem fazer recomendações precisas sobre o uso da amniotomia para reduzir a duração do TP espontâneo com progressão normal e reconhecem a necessidade da realização de estudos controlados multicêntricos randomizados para serem retiradas conclusões mais sólidas. No entanto os autores recomendam que as evidências apresentadas por esta revisão sejam disponibilizadas às mulheres às quais é sugerida a amniotomia, de forma a sustentar a decisão relativamente a esta prática.</p>	<p>I</p>
--	---	---	--	---	--	----------

3.5. Discussão

De seguida, passa-se à interpretação e discussão dos resultados dos estudos incluídos nesta revisão integrativa. Pretende-se responder às questões norteadoras deste estudo, concorrendo desta forma para a promoção da qualidade dos cuidados (Sousa, Silva, e Carvalho, 2010).

Relativamente à primeira questão de partida, que se refere aos efeitos da amniotomia precoce na duração do TP e no tipo de parto, os estudos de (Bellad, Kamal e Rajeshwari, 2010) (Abdullah, Saboohi e Hashami, 2010), compararam em duzentas primigestas de termo em TP espontâneo a eficácia da amniotomia com a rotura espontânea das membranas, na duração do TP e tipo de parto. Confirmaram que a amniotomia efetivamente reduziu a duração do primeiro período de TP em cerca de 50 a 54 minutos respetivamente, sem se terem verificado diferenças na duração do segundo período de TP. O mesmo resultado é observado quando analisados os dados referentes ao tipo de parto, já que não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos em ambos os estudos (Abdullah, Saboohi e Hashami, 2010) (Bellad, Kamal e Rajeshwari, 2010). No entanto, apesar destes resultados terem sido favoráveis à prática da amniotomia, especialmente quando realizada entre os quatro e cinco centímetros de dilatação, os autores reconhecem que as limitações deste estudo relacionadas com o número reduzido de participantes podem enviesar os resultados (Bellad, Kamal e Rajeshwari, 2010). Assim sendo, recomendam a realização de um estudo multicêntrico controlado para serem apresentadas recomendações mais consistentes acerca desta controvérsia. Em contrapartida, (Abdullah, Saboohi e Hashami, 2010) defendem a prática da amniotomia em determinadas circunstâncias, como no caso de países em desenvolvimento onde haja recursos humanos escassos para a monitorização do TP. Justificam esta postura pelas vantagens da amniotomia para acelerar o TP e diminuir o tempo total de monitorização (Abdullah, Saboohi e Hashami, 2010). Contudo, estes resultados têm que ser analisados à luz das limitações deste estudo, relacionados com o número reduzido de participantes. Assim, as recomendações podem não ser tão pertinentes no contexto de países mais desenvolvidos, como é o caso de Portugal.

Os resultados dos estudos de (Ajadi, et al., 2006) (Majeed e Tariq, 2013), oferecem consistência aos resultados anteriormente apresentados nos estudos que englobaram mulheres primíparas. Estes estudos objetivaram comparar os efeitos da prática da amniotomia com a prática de manter as membranas intactas, até ao segundo período de TP, na redução do tempo de TP e no tipo de parto, em mulheres múltíparas. Os resultados

mostram que a amniotomia esteve associada à redução do tempo de TP em cerca de 85 minutos, sem influenciar a duração do segundo período de TP e o tipo de parto. (Ajadi, et al., 2006) (Majeed e Tariq, 2013). As conclusões do estudo de (Majeed e Tariq, 2013) vão mais longe e consideram a amniotomia precoce como uma prática útil para reduzir a incidência de TP prolongado. No entanto, deve ser considerado o risco de viés nos resultados encontrados, uma vez que estamos perante um estudo quase randomizado. De qualquer forma, estas conclusões são corroboradas pelo estudo randomizado e controlado de (Ajadi, et al., 2006), concluindo que a amniotomia é uma prática recomendável para reduzir a incidência de TP prolongado, desde que não haja contra indicações para a mãe e para o feto.

Um outro estudo randomizado e controlado, realizado numa maternidade onde a percentagem de uso de analgesia epidural é baixa, objetivou comparar as diferenças entre a amniotomia e a intenção de conservar as membranas intactas durante o primeiro período de TP, numa amostra de 157 mulheres nulíparas e de 533 multíparas.

Os resultados deste estudo vêm reforçar os resultados apresentados nos estudos anteriores, evidenciando que a política de amniotomia precoce reduziu a duração média do TP em 58 minutos e 85 minutos no grupo de multíparas e nulíparas respetivamente, sem haver diferenças significativas no tipo de parto (Mikki, et al., 2007). Mesmo assim, os autores concluem que a amniotomia deve ser limitada a casos de evolução anormal do TP. Explicam que, tendo em conta os potenciais riscos desta intervenção, não lhes parece que a redução de uma hora no TP seja motivo válido para interferir no processo natural do TP (Mikki, et al., 2007). Cabe acrescentar que os resultados apresentados por este estudo podem ter sido confundidos com a fraca conformidade na política de conservação das membranas nos grupos de controlo, já que a amniotomia foi efetuada em 60,2 % das nulíparas e em 33,8 % das multíparas.

Dos estudos de mais alto nível de evidência desta revisão integrativa da literatura, faz parte uma meta-análise de nove ensaios clínicos randomizados, que foi realizada com o propósito de comparar a amniotomia a uma tentativa de conservar as membranas durante o primeiro período de TP em mulheres nulíparas e multíparas em TP espontâneo. Esta meta-análise confirma que, efetivamente a amniotomia reduziu em média a duração do TP entre 60 a 120 minutos, mas aumentou o risco de parto por cesariana, por alterações da FCF na CTG (Fraser, et al., 2007). Desta forma e ainda que se tenha verificado que a amniotomia é um método eficaz para encurtar a duração do TP, os revisores recomendam que deve ser reservada apenas para mulheres com TP com evolução anormal. Porém, os resultados de uma revisão sistemática da literatura de 15 ensaios clínicos que envolveu 5583 mulheres grávidas (multíparas e primíparas) recentemente efetuada por (Smyth,

Markham e Dowswell, 2013), vem contestar os resultados desta meta-análise e de todos os estudos anteriormente analisados, relativamente à eficácia da amniotomia na redução do TP. Os resultados desta revisão sistemática não revelam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de amniotomia e o grupo de controlo na redução do tempo de TP, tendo a diferença média sido apenas (-20,4 minutos). Mas em contrapartida, estão em acordo com os resultados dos restantes estudos no que se refere ao tipo de parto, à exceção dos resultados apresentados na meta-análise, uma vez que não foram encontradas diferenças significativas no tipo de parto e na taxa de cesariana. No entanto, deve notar-se que nesta revisão a amniotomia foi realizada em 30 % a 60 % das mulheres randomizadas para o grupo de controlo antes dos cinco centímetros de dilatação. Também se observou que não houve consistência entre os ensaios clínicos sobre o momento da amniotomia durante o TP, em termos de dilatação cervical, o que pode ter influenciado os resultados apresentados. Portanto, embora os autores considerem que a amniotomia não deve ser usada rotineiramente no TP com evolução normal, admitem não ser possível com estes resultados fazer recomendações precisas sobre o uso da amniotomia para reduzir a duração do TP espontâneo com progressão normal. Reconhecem no entanto, a necessidade de realização de estudos controlados multicêntricos randomizados para serem retiradas conclusões mais sólidas.

Da análise destes sete estudos pode inferir-se que à exceção de uma revisão sistemática da literatura, seis estudos confirmam que a amniotomia precoce reduz em média uma hora na duração média do TP quando comparada com a intenção de manter as membranas intactas durante o primeiro período do TP com início espontâneo.

Relativamente ao tipo de parto, todos os estudos, excetuando um de meta-análise que evidencia um aumento para a tendência de parto por cesariana, demonstram que não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, amniotomia precoce e controlo.

Em resposta à primeira questão de partida: quais os efeitos da amniotomia precoce na duração do trabalho de parto espontâneo e no tipo de parto?

Perante os resultados encontrados, estamos em condições de responder que a amniotomia precoce está associada à redução média da duração do TP espontâneo em uma hora, mas aumenta o risco de parto por cesariana. No entanto, tendo em conta que a política de conservação das membranas e a concordância relativamente à taxa de dilatação do colo uterino no momento da randomização foram pobres em muitos estudos e que não houve consenso entre os dois estudos de maior nível de evidência, quanto aos efeitos da amniotomia na duração do TP espontâneo e no tipo de parto, concorda-se com os autores,

que devem ser efetuados estudos multicêntricos e randomizados, para serem retiradas conclusões mais consistentes acerca desta temática.

No que respeita à segunda questão de partida, o estudo prospetivo randomizado e controlado de (Bellad, Kamal e Rajeshwari, 2010) avaliou os efeitos da amniotomia precoce na FCF e no índice de Apgar, nos RN's de 100 mulheres primigestas, ao primeiro e quinto minuto de vida. Os resultados demonstram que não houve diferenças estatisticamente significativas no índice de Apgar entre os dois grupos, tendo a maioria dos RN's (99% e 98%) apresentado valores de índice de Apgar superiores a oito no grupo de amniotomia e controlo respetivamente. Constatou-se ainda, que só se verificaram casos de RN's com índices de Apgar inferior a cinco no grupo de controlo. No entanto, como esta percentagem foi de 1%, não chegou a ter significância estatística.

Contrariamente ao estudo anterior, o estudo de (Mageed e Tariq, 2013) verificou que houve um ligeiro aumento no número de RN's com índice de Apgar inferior a seis ao quinto minuto de vida no grupo de amniotomia. Mas, esta diferença não foi estatisticamente significativa nem aumentou o risco de qualquer resultado adverso nos RN's. Constata-se a partir dos resultados que, sete RN's do grupo de intervenção e cinco do grupo de controlo tiveram índice de Apgar inferior a seis, tendo assim, a maioria dos RN's de ambos os grupos (43 no grupo de intervenção e 45 no grupo de controlo) apresentado índice de Apgar superior a seis ao quinto minuto de vida. Pode observar-se ainda, que existiu uma baixa incidência de sofrimento fetal, uma vez que foram documentados somente cinco casos no total, dois no grupo de intervenção e três no grupo de controlo. No entanto, esta baixa incidência de sofrimento fetal pode ser justificada por uma amostra escassa, por um baixo risco de participantes e pelo facto da monitorização da FCF no presente estudo ter sido efetuada por uma auscultação com o estetoscópio de Pinard. Cabe também lembrar que têm que ser consideradas as limitações do estudo quanto à randomização e ao risco de viés nos resultados. O estudo de (Ajadi, et al., 2006) em concordância com os anteriores confirma que a amniotomia precoce não aumentou os resultados adversos nos RN's de mulheres múltiparas em TP espontâneo. Os resultados deste estudo comprovam que, efetivamente não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos nos valores de índice de Apgar dos RN's ao primeiro e quinto minuto de vida e na taxa de incidência de suspeita de sofrimento fetal. No entanto, e ainda que estejamos perante um estudo randomizado e controlado com baixo risco de viés nos resultados, ao contrário do estudo de Mageed e Tariq (2013), esta baixa incidência de sofrimento fetal (um caso em cada grupo), pode estar de igual forma relacionada com o facto do controlo da FCF neste estudo, ter sido efetuada com o estetoscópio do Pinard (Ajadi, et al., 2006).

Um dos objetivos do estudo de (Abdullah, Saboohi e Hashami, 2010) prendeu-se em avaliar as diferenças nos resultados do índice de Apgar, de 200 RN's, ao quinto minuto de vida e na taxa de admissão destes RN's na unidade de neonatologia com mulheres primigestas randomizadas, sujeitas ou não à prática da amniotomia. Os resultados expostos corroboram os resultados dos estudos anteriores, tendo em conta que não revelam diferenças significativas entre os dois grupos nos valores de índice de Apgar. Permitem ainda constatar que não se identificaram diferenças entre os dois grupos relativamente à taxa de admissão na unidade de neonatologia nas primeiras 24 horas, tendo esta taxa sido de 2% no grupo de intervenção e 3% no grupo de controlo (Abdullah, Saboohi e Hashami, 2010). Contrariamente ao referido até então, a amniotomia foi associada a uma redução na probabilidade de índice de Apgar inferior a sete ao quinto minuto numa meta-análise de nove ensaios clínicos randomizados. Contudo, os revisores previnem que, o significado clínico desta redução é questionável, dada a ausência de evidências de efeitos sobre outros indicadores de morbilidade neonatal (Fraser, et al., 2007)

Um estudo randomizado e controlado, que comparou os resultados do índice de Apgar, da taxa de admissão à unidade de cuidados intensivos neonatal, da taxa de ventilação assistida e febre neonatal, nos RN's de 533 mulheres múltiparas e 157 nulíparas, não identificou diferenças significativas nos resultados neonatais referidos entre o grupo de mulheres que tiveram amniotomia e o grupo de controlo (Mikki, et al., 2007). Uma recente revisão sistemática da Cochrane (que incluiu 15 ensaios clínicos randomizados) veio corroborar estes resultados, concluindo que a amniotomia não teve efeito significativo nos resultados neonatais apresentados pelos RN's em comparação com os RN's do grupo de mulheres que foram randomizadas com a intenção de manter as membranas intactas (Smyth, Markham e Dowswell, 2013). Os resultados neonatais avaliados pelos ensaios clínicos desta revisão dizem respeito ao índice de Apgar inferior a sete ao quinto minuto de vida, à taxa de admissão à unidade de cuidados intensivos de neonatologia, à taxa de ocorrência da prociência do cordão umbilical e a alguns indicadores de morbilidade neonatal grave como, infeção, icterícia, convulsões, SDR, SAM, hemorragia intracraniana, cefalohematoma e morte. Relativamente ao índice de Apgar, os resultados evidenciam que, houve um risco aumentado para a incidência de índices de Apgar inferior a sete ao primeiro e quinto minuto de vida no grupo de controlo, mas sem atingir significância estatística. Em contrapartida, os resultados de quatro ensaios clínicos desta revisão sistemática revelaram que houve um risco aumentado para as alterações da FCF na CTG durante o primeiro período do TP nas mulheres randomizadas para o grupo de amniotomia, só que esta diferença não chegou a ser significativa (Smyth, Markham e Dowswell, 2013). Deve notar-se no entanto, que a monitorização da FCF foi efetuada de forma contínua através da CTG.

Os cinco ensaios clínicos que documentaram dados sobre a taxa de admissão na unidade de cuidados intensivos neonatais consideraram que, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os RN's do grupo de amniotomia e o grupo de controlo (Smyth, Markham e Dowswell, 2013). O mesmo se observa nos resultados apresentados por dois estudos desta revisão acerca do indicador SAM em 1.615 mulheres e nos resultados referentes aos valores de pH arterial do sangue do cordão umbilical, menor que 7,2 (Smyth, Markham e Dowswell, 2013). Relativamente à taxa de ocorrência da prociência do cordão umbilical, os resultados de um ensaio clínico desta revisão sistemática que envolveu 925 mulheres não mostraram diferenças significativas entre o grupo de amniotomia e o grupo de controlo (Smyth, Markham e Dowswell, 2013). Dos oito estudos que avaliaram os efeitos da amniotomia no óbito perinatal nesta revisão sistemática, houve um estudo que documentou um caso de óbito perinatal no grupo de amniotomia. No entanto, este resultado não foi estatisticamente significativo ao ser comparado com o do grupo de controlo. Comparativamente, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos para os indicadores de morbilidade neonatal icterícia, convulsões neonatais e cefalohematoma (Smyth, Markham e Dowswell, 2013). Relativamente aos indicadores hemorragia intracraniana e SDR, o único estudo que documentou estes indicadores e que envolveu 459 mulheres não identificou nenhum caso em ambos os grupos.

A partir dos dados expostos, pode referir-se que não foram encontradas diferenças significativas entre os RN's de mulheres que tiveram amniotomia precoce e os RN's de mulheres nas quais foram preservadas intactas as membranas durante o primeiro período de TP nos seguintes resultados neonatais: índice de Apgar inferior a sete ao quinto minuto, valores de pH arterial do sangue do cordão umbilical menor que 7,2, SAM, taxa de ocorrência da prociência do cordão umbilical, taxa de admissão na unidade de cuidados intensivos, SDR, febre neonatal, infeção, taxa de ventilação assistida, icterícia, convulsões, cefalohematoma e morte perinatal.

Em relação à questão de partida: Quais os efeitos da amniotomia precoce no estado fetal e neonatal.

Pode responder-se que a amniotomia precoce embora tenha sido associada a um aumento não significativo de alterações da FCF na CTG durante o primeiro período de TP, não esteve associada ao aumento dos resultados neonatais adversos nos RN's. Pelo contrário, é associada a uma redução não significativa estatisticamente na probabilidade de índice de Apgar inferior a sete ao quinto minuto de vida por uma meta-análise.

3.6. Conclusão da Revisão Integrativa

Esta revisão integrativa da literatura partiu da necessidade de apoiar a prática da amniotomia precoce, na gestão do TP espontâneo em evidências atuais. Para o efeito foram investigados os efeitos da amniotomia precoce no TP espontâneo, relativamente à duração do TP e tipo de parto e ao estado fetal e neonatal.

Constatou-se na prática clínica que a prática da amniotomia se encontra protocolada nos serviços, sendo realizada a partir dos cinco centímetros de dilatação do colo uterino, desde que, estejam presentes os requisitos para sua realização e não haja contraindicações maternas e fetais. Verificou-se também que esta prática é aceite pelos profissionais como uma conduta capaz de ajudar as mulheres no seu processo de nascimento, ao reduzir a duração do tempo de TP e consecutivamente a incidência de TP Prolongado. No entanto, ao relembrar as Guidelines da (NICE, 2007), verifica-se que, a amniotomia precoce não é uma intervenção que deva ser incluída rotineiramente na gestão do TP espontâneo com evolução normal.

Depreende-se a partir destes dados que, o papel do EESMO em relação à realização da amniotomia no TP espontâneo continua a ser uma questão discutível.

A partir dos resultados analisados, pode concluir-se que relativamente à duração do TP e tipo de parto, a amniotomia precoce reduz o TP espontâneo em cerca de uma hora, quando comparada com a intenção de manter as membranas integras durante o primeiro período de TP, tanto em mulheres nulíparas como em múltíparas. No entanto, é associada ao risco aumentado de parto por cesariana, por alterações da FCF na CTG, embora não tenham sido estatisticamente significativas. No que se refere aos efeitos da amniotomia nos resultados neonatais considera-se que, não existem dados que evidenciem consequências negativas da amniotomia nos resultados neonatais analisados nesta revisão integrativa (índice de Apgar inferior a sete ao quinto minuto de vida, valores de pH arterial do sangue do cordão umbilical menor que 7,2, SAM, taxa de ocorrência da prociência do cordão umbilical, SDR, taxa de admissão na unidade de cuidados intensivos, febre neonatal, infeção, taxa de ventilação assistida, icterícia, convulsões, cefalohematoma e morte perinatal), quando comparada com a intenção de manter as membranas integras em mulheres (nulíparas e múltíparas) durante o primeiro período de TP espontâneo. Até porque se considerarmos as evidências da revisão sistemática e da meta-análise, a amniotomia precoce é associada a uma redução na probabilidade de índice de Apgar inferior a sete ao quinto minuto (Fraser, et al., 2007) (Smyth, Markham e Dowswell, 2013).

Relativamente à proclividade do cordão umbilical e infeção, pode dizer-se que a amniotomia não aumentou a incidência destes riscos em comparação com a intenção de manter as membranas intactas (Smyth, Markham e Dowswell, 2013).

Conclui-se então que, a prática da amniotomia precoce, reduz a duração do primeiro período do TP espontâneo, mas aumenta o risco de parto por cesariana por alterações da FCF, embora não tenham sido estatisticamente significativas nem afetaram adversamente o estado neonatal.

Assim sendo, em acordo com a maioria dos autores, entende-se que a prática da amniotomia precoce no TP espontâneo, deve ser reservada somente para as mulheres que apresentem uma evolução anormal do TP, o que vem a corroborar as recomendações da OMS (1996) (NICE, 2007). No entanto, tendo em conta que a política de conservação das membranas nos grupos de controlo dos estudos incluídos nesta revisão integrativa foi no geral escassa, seria fundamental que viessem a ser efetuados estudos randomizados e controlados e multicêntricos que comparassem a política de amniotomia precoce com grupos de controlo onde a amniotomia fosse raramente executada. De qualquer forma, perante o conhecimento atual recomenda-se que estas evidências sejam disponibilizadas aos profissionais de saúde, para que possam ser discutidas e disponibilizadas às mulheres a quem poderá ser proposta a amniotomia durante o TP para apoiar a tomada de decisão.

4. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

A realização deste relatório operacionaliza a reflexão das práticas desenvolvidas durante o percurso de formação ocorrido ao longo do estágio profissionalizante.

O estágio profissionalizante, constituído por uma sequência de intervenções experienciadas e reflexão no processo de cuidados à mulher grávida com complicações, no TP e no período pós- parto, foi desenvolvido com o propósito de integrar capacidades, atitudes e competências profissionais específicas nesta área de cuidados. Assim sendo, na primeira parte deste relatório encontra-se a reflexão das diversas ações e situações reais vivenciadas durante todo este percurso formativo, que facilitaram a mobilização e integração do conhecimento teórico prévio e prático e sem dúvida potencializaram o desenvolvimento das competências específicas.

De acordo com Alarcão e Rua (2005) a formação desenvolvida em contexto profissional, como é o caso do estágio a que se reporta este relatório, é sem dúvida essencial para o desenvolvimento da competência profissional, uma vez que favorece a interação do saber formalizado com a prática, isto é, o saber, com o saber fazer e o saber ser, construindo o saber cognitivo, emergente de reflexão na ação. No entanto, segundo os mesmos autores é a determinação do próprio profissional que faz com que este se torne um sujeito ativo na sua própria formação e desenvolva as competências pretendidas. Assim, concordando com os autores e usufruindo-se deste contexto norteou-se e fortaleceu-se este percurso num processo sistemático de aprendizagem, dirigido à mobilização e estimulação dos conhecimentos previamente adquiridos em diferentes disciplinas com a interação das situações reais em contextos diferenciados e multidisciplinares, refletindo oportunamente sobre o processo de cuidados à luz das evidências científicas no sentido de desenvolver progressivamente posturas e processos de autorregulação.

Partindo da análise da primeira parte deste relatório, pode comprovar-se a partir das experiências documentadas, as competências específicas adquiridas e aplicadas ao

longo dos diferentes módulos de estágio. Até porque, este percurso de desenvolvimento de competências foi sustentado desde o seu início no cumprimento das exigências expostas pela Diretiva 2005/36/CE e Diretiva 2013/55/EU complementar do Parlamento Europeu e do Conselho, para a obtenção do título de EESMO. Logo, considera-se ter atingido as competências específicas necessárias para a prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez, no TP e no período pós-parto.

Tendo em conta que a competência é algo inacabado (Rios, 2003), reconhece-se não ser possível atingir neste período de estágio a excelência nos cuidados, passível de ser alcançada na futura prática. Todavia, foram obtidos os conhecimentos e competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e o número de experiências exigidas pela diretiva anteriormente referida, para a obtenção do título de EESMO. Cabe no entanto, referir que se encontram expostas duas competências no regulamento da Ordem dos Enfermeiros (2010 b) no âmbito da gravidez, relativas ao diagnóstico da gravidez, à decisão esclarecida da mulher em caso de interrupção voluntária da gravidez e à prescrição de exames auxiliares de diagnóstico necessários a deteção de gravidez de risco, que não foi possível desenvolver neste estágio por motivos de ordem orgânico – institucional e legal. Contudo, consideram-se adquiridas as competências inerentes ao diagnóstico da gravidez e esclarecimento da mulher em caso de interrupção voluntária da gravidez, uma vez que foram desenvolvidas e incorporadas durante o estágio de Vigilância da gravidez e preparação para a Parentalidade realizado no primeiro ano do MESMO.

Nas figuras que se seguem podem ser verificadas as experiências realizadas ao longo deste estágio profissionalizante. Assim, na Figura 4 apresenta-se o número de mulheres vigiadas e alvo de cuidados em processo de gravidez com ou sem risco associado, na Figura 5 indica-se o número de partos realizados, com ou sem episiotomia e os partos assistidos durante a assistência à parturiente em processo de TP e na Figura 6 evidencia-se o número de puérperas e RN's alvo de cuidados e de vigilância no período pós parto

FIGURA 4: Número de Grávidas alvo de vigilância e cuidados

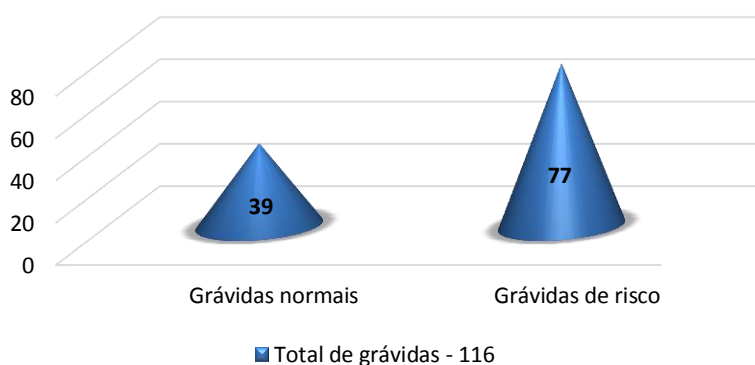


FIGURA 5: Número de puérperas e recém-nascidos alvo de cuidados e vigilância

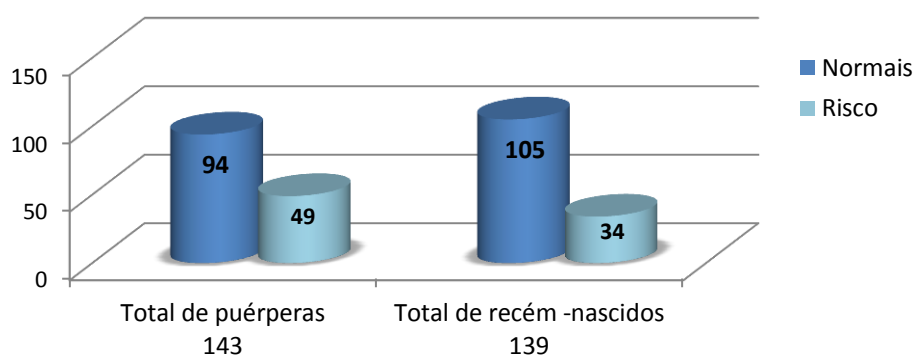
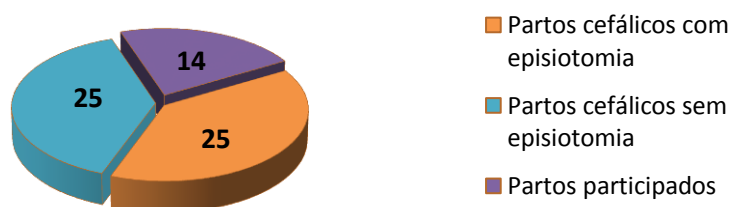


FIGURA 6: Número de partos realizados, com ou sem episiotomia e participados



Fazendo uma análise crítica e reflexiva deste processo de aquisição e desenvolvimento de competências estamos em condições de dizer que as competências no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher, em processo de gravidez com complicações, no TP, parto e puerpério, foram construídas a partir de um conjunto de conhecimentos apreendidos, aplicados, coparticipados e atualizados nas diversas experiências da prática clínica, que incluíram sem sombra de dúvida a formação inicial e continuada.

No que respeita diretamente às competências adquiridas, corroborando o já exposto e fundamentado ao longo deste relatório, além das atividades dirigidas à supervisão e vigilância da gravidez, TP e puerpério, realizadas no sentido de promover a saúde da mulher, família e RN e prevenir e ou tratar complicações, procurou-se informar e aconselhar sobre comportamentos de saúde e aspetos relativos à saúde materna, fetal e neonatal, concorrendo assim para a capacitação da mulher/família e sua participação nas decisões de saúde e capacidade de enfrentar situações de crise em determinados contextos. Mas também, para desenvolver a autonomia no autocuidado e autovigilância na mulher, com o intuito de assegurar uma continuidade de cuidados na gravidez, no TP, parto

e período pós-parto e promover a capacidade da mulher e família para decisões saudáveis em saúde.

Relativamente às competências técnicas, foi adquirida progressivamente destreza e agilidade no agir e no executar das diferentes intervenções e procedimentos, à medida que iam sendo experienciadas nos diferentes módulos de estágio. No entanto, esta aquisição de competências foi mais notória no módulo de estágio de TP, pois assumiu-se a responsabilidade, sob supervisão, pela orientação do TP, execução do parto e cuidados ao RN durante a transição para a vida extrauterina em situações de baixo risco.

Todavia, sabe-se que a competência profissional não se circunscreve à vertente técnico-científica, engloba a mobilização e inter-relação simultânea de uma diversidade de saberes, no campo relacional, interpessoal e organizacional, durante o processo de cuidar (Alarcão e Rua 2005). Portanto, como não poderia deixar de ser, foram também promovidas a interação e a humanização na prática de cuidados, refletidas essencialmente na adoção de posturas acolhedoras, de empatia, de suporte emocional e proximidade na relação enfermeiro-utente e família, na promoção da participação das mulheres e família no processo de cuidados e escolhas envolventes, no respeito pelos seus direitos e diferenças culturais, no reconhecimento da individualidade das mulheres e família e na conceção de cuidados dirigidos às necessidades individuais e às particularidades de cada situação.

O estabelecimento de relações interpessoais e interdisciplinares, sendo indissociável da prática clínica numa organização, foi naturalmente estabelecido desde o início e foi evoluindo e aperfeiçoando-se com o decorrer do estágio profissionalizante, possivelmente pelo esforço próprio e empenho dedicado ao seu estabelecimento e também pela disponibilidade apresentada por parte dos diversos profissionais nos diferentes contactos estabelecidos na prática clínica e conseqüentemente pela progressiva integração na dinâmica do serviço e crescente sensação de confiança na prestação de cuidados.

Considera-se então que, toda esta conduta no seu conjunto possibilitou a prestação de cuidados à mulher em processo de gravidez de risco, TP e pós parto como um ser único nas suas dimensões biopsicossociais e contribuiu para a qualidade dos cuidados prestados, para um nascimento seguro e para a promoção da saúde da mulher, família e criança. Considera-se também que, esta prática de humanização de cuidados foi facilitada pela instituição organizacional em que decorreu, não só pelas condições físicas apresentadas como pelos recursos humanos que dispõe na prática, particularmente pelos enfermeiros especialistas orientadores deste estágio profissional. Pois, sempre estimularam uma assistência voltada para as necessidades reais das mulheres e família e para a necessidade

de ajustar e flexibilizar as condições físicas e os procedimentos às reais necessidades, evitando deste modo intervenções padronizadas e dispensáveis à qualidade dos cuidados prestados.

Pode ainda acrescentar-se que a realização deste estágio profissionalizante também teve contributos para a organização em questão, pois tendo sido desenvolvida uma prática de cuidados apoiada nos conhecimentos adquiridos no curso e na evidência científica atual investigada durante todo este processo, conduziu à partilha de conhecimentos, à reflexão e problematização das práticas em prol da melhoria da qualidade dos cuidados prestados na assistência da mulher e família.

Sentiram-se algumas dificuldades inicialmente, pela redução das oportunidades para adquirir o número de experiências impostas pela diretiva já referida, na assistência da mulher com gravidez de risco e durante o TP, relacionadas com a baixa taxa de internamento de mulheres com gravidez de risco, neste período de estágio e com a diminuição da taxa de natalidade que se assiste em Portugal. Mas, como estas dificuldades se foram dissolvendo com o decorrer do estágio, foi possível atingir com sucesso as experiências e naturalmente as competências, como já foi observado anteriormente.

A segunda parte deste relatório refere-se à temática da prática da amniotomia precoce na gestão ativa do TP, com início espontâneo e evolução normal.

Esta componente do relatório emergiu da necessidade em incorporar conhecimentos que permitissem apoiar a prática em evidências atuais, numa área pertinente dos cuidados do EESMO e também de apoiar o desenvolvimento de competências no campo da investigação em enfermagem no decurso da concretização do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO).

A amniotomia sendo uma intervenção integrada no campo de ação do EESMO, fez parte das intervenções desenvolvidas no decorrer do módulo de estágio de TP durante a gestão ativa do TP. Constatou-se neste seguimento que a prática da amniotomia se encontra instituída na prática clínica precocemente a partir dos cinco centímetros de dilatação do colo do útero, desde que reunidos os requisitos para a sua realização e não estejam presentes contra-indicações maternas e fetais. Na pesquisa desenvolvida para amplificar os conhecimentos e aperfeiçoar a prática de cuidados, verificou-se a falta de consenso relativamente à pertinência desta prática no TP espontâneo com evolução normal, sobretudo quando esta é usada com a intenção de reduzir a duração do TP, devido aos seus efeitos no TP, no estado fetal e neonatal.

Tendo em conta o exposto e sabendo que a conduta do enfermeiro especialista na condução do TP deve promover o parto e o nascimento saudáveis, respeitar o processo natural e evitar condutas desnecessárias ou de risco para mãe e feto, investigou-se esta

problemática por meio de uma revisão integrativa da literatura, para reunir conhecimentos que permitissem apoiar a prática da amniotomia e intervir na prática clínica de forma a promover a evolução do TP sem desenvolver complicações decorrentes, ainda que se tenham presentes os requisitos necessários durante a realização do procedimento para prevenir e ou minimizar estas complicações.

Foram sentidas inicialmente algumas dificuldades no decurso desta investigação, relacionadas com a escassa quantidade de artigos encontrados acerca desta temática. De qualquer forma, o conhecimento reunido a partir dos artigos analisados permitiu descobrir que a prática da amniotomia precoce durante o TP espontâneo, reduz a duração do TP em média uma hora, sem aumentar os efeitos adversos no feto e neonato, mas aumenta o risco de parto por cesariana por alterações da FCF, conduzindo à conclusão de que não é uma prática recomendável na gestão do TP espontâneo que evolui normalmente. Constatou-se que estas recomendações vêm oferecer consistência às recomendações da OMS (1996) e (NICE, 2007) para a prática da amniotomia precoce durante o TP com início espontâneo.

Considera-se ainda que, os resultados desta investigação tiveram contributos importantes para a prática de cuidados, já que, estimulam os profissionais de saúde a refletir e a ponderar sobre a prática da amniotomia precoce para reduzir a duração do TP espontâneo, quando este se encontra a evoluir normalmente. Todavia, identifica-se a necessidade de futuras investigações para que se possa retirar conclusões mais consistentes e abrangentes acerca desta temática. Assim sendo, em acordo com os resultados e recomendações dos autores, recomenda-se a realização de estudos randomizados e controlados e multicêntricos para:

- Determinar as diferenças entre a prática da amniotomia precoce e a intenção de manter as membranas íntegras na duração do TP e tipo de parto e nas consequências materno-fetais e neonatais em grupos de controlo onde a amniotomia seja raramente executada durante o TP espontâneo.

- Determinar as diferenças na satisfação materna com a experiência do TP entre as mulheres que foram sujeitas à amniotomia precoce e nas quais foram mantidas intactas as membranas durante o primeiro período de TP espontâneo.

Para finalizar e de modo a operacionalizar a razão desta investigação, recomenda-se que estas evidências sejam disponibilizadas aos profissionais na prática, para que estes possam disponibilizá-las e discutí-las com as mulheres a quem poderá ser proposta a realização da amniotomia durante o TP para apoiar a tomada de decisão

5. CONCLUSÃO

A execução deste relatório considerou o recurso à reflexão na prática de cuidados. Assim sendo, a sua concretização surge da investigação e da análise crítica e reflexiva de todo o percurso e desempenho efetivado durante o estágio profissionalizante.

Estando no final deste processo formativo, em jeito de reflexão, pode dizer-se que constituiu um período de aprendizagem e de partilha de experiências, tendo sido aproveitados os recursos e as oportunidades existentes para promover o autoconhecimento e a promoção de boas práticas.

Encara-se a sua concretização como um contributo importante no *continuum* de aprendizagem, já que potencializou a aquisição de competências específicas e também como um impulso para o início da construção de identidade profissional de EESMO.

Foram vários os fatores que contribuíram para o sucesso deste processo e para o desenvolvimento de competências necessárias para uma prática de qualidade de cuidados à mulher e família durante a situação de gravidez, TP e no período pós parto. No entanto, apontam-se como essenciais a integração e aplicação do conhecimento teórico - científico nas diferentes experiências reais da prática em conjunto com a partilha de conhecimentos experienciais de outros profissionais. Mas também a dedicação e a determinação contínua em desenvolver os conhecimentos adquiridos dado o compromisso assumido desde o início como sujeito deste processo de formação e sem sombra de dúvida a sabedoria, a capacidade de orientação e adequação contínua dos estímulos pedagógicos dos enfermeiros orientadores, tanto no estágio profissional como no curso do MESMO e por último as condições físicas e organizacionais da entidade acolhedora.

Fazendo uma análise global das competências apoderadas e empregadas ao longo deste percurso nos diferentes módulos de estágio, considera-se ter promovido uma prática integral e humanizada de cuidados à mulher e família durante o ciclo gravídico puerperal, sustentada em evidências, dirigida à vigilância do bem-estar materno - fetal e identificação atempada e tratamento ajustado de complicações materno- fetais e ou emergências obstétricas, à intervenção oportuna e respeitosa na orientação do TP de baixo risco e à

assistência ao RN e neonato, promovendo um nascimento saudável e a saúde da mulher, família e criança.

Todo este processo, tendo ele sido orientado, como já referido, pela reflexão na ação, foi permanentemente suportado pelas evidências científicas atuais. No entanto, reconhece-se que a incorporação da componente de investigação operacionalizada numa revisão integrativa da literatura, inerente à concretização do MESMO, foi sem dúvida um contributo importante para a aquisição de competências, não só porque estimulou o desenvolvimento de habilidades no âmbito da investigação, como proporcionou um conhecimento mais aprofundado e atual da temática investigada, apoiando assim uma prática baseada em evidências numa área de cuidados pertinente do EESMO.

Estamos, neste momento em condições de afirmar que foram atingidos os objetivos propostos com a realização deste relatório, já que foram documentadas as atividades experienciadas e desenvolvidas com sucesso durante o estágio profissionalizante e a demonstração da contribuição da investigação na prática de cuidados, por meio de uma revisão integrativa da literatura numa área de interesse da prática do EESMO.

Reconhece-se no entanto que, esta investigação não deriva do número de artigos desejados, dada a dificuldade em recrutar pesquisa de qualidade nesta área, sugerindo-se a continuidade de pesquisa para encontrar conhecimentos mais sólidos e abrangentes. Mas, mesmo assim revelou-se pertinente, pois conduziu à mobilização de conhecimentos fundamentados para a prática de cuidados, estimulando os profissionais a refletir e a ponderar acerca da prática da amniotomia precoce durante o TP espontâneo, num contexto onde esta prática se encontra protocolada a partir dos cinco centímetros de dilatação do colo uterino desde que, estejam reunidas as condições de segurança e não existam contra-indicações maternas e fetais. Extrai-se a partir daqui o contributo de todo este percurso para o contexto da prática.

Como contributo pessoal, fica o enriquecimento e o estímulo para ingressar na prática de cuidados com vista ao desenvolvimento das competências adquiridas e poder desenvolver a excelência nos cuidados que este período de tempo não permitiu.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdullah, Aisha., Saboohi, Sadia. e Hashami, Uzma. 2010. Effects of Amniotomy versus Spontaneous Rupture of Membrane on progress of Labour and Foetal Outcome in Primigravidae. *JLUMHS*. JANUARY-APRIL de 2010, Vol. 09(1).

Ajadi, M. A., et al. 2006. The effect of amniotomy on the outcome of spontaneous labour in uncomplicated pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. October de 2006, Vol. 26(7), pp. 631 – 634.

Alarcão, Isabel. e Rua, Marília. 2005. Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*. nº3, Jul-Set de 2005, Vol. 14, pp. 373-82.

Alarcão, Madalena. 2006. *(Des) Equilíbrios familiares*. Coimbra : Quarteto, 2006.

Alfirevic, Z., Devane, D. e Gyte, G. M. L. 2008. *Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour*. s.l. : The Cochrane Library, 2008. Issue- 4.

Almeida, M. S. e Silva, I. A. 2008. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador Bahia. *Rev Esc Enferm USP*. 2008, Vol. 42(2), pp. 347-54.

Almeida, S. F. S. e Riesco, M. L. G. 2008. Ensaio Aleatorio Clínico Controlado Para dos Técnicas de Sutura Perineal. *Rev Latino-am Enfermagem*. Março-Abril de 2008, Vol. 16 (2).

Amiri, F. N, et al. 2009. Hygiene practices and sexual activity associated with urinary tract infection in pregnant women. 2009, Vol. 15.

Amorim, M. M. R., Souza, A. S. R. e Porto, A. M. F. 2010. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Feminina*. 8, Agosto de 2010, Vol. 38.

Andrees, Marjorie. e Rankin, Jean. 2007. Amniotomy in spontaneous uncomplicated labour at term. *British journal of midwifery*. 10, October de 2007, Vol. 15.

Anim-Somuah, M., Smyth, R. M. e Howell, c. 2005. *Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour.* s.l. : Cochrane Database Systmatic Reviews, 19 de outubro de 2005. issue 4.

Assembleia da República 2009. Lei n.º 9 de 4 de Março - que Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Diário da República, 1.ª série — N.º 44 — 4 de Março de 2009.

Baker, Karen. 2010. The importance of effective support during childbirth. *British Journal of Midwifery.* Nº 10, 7 de October de 2010, Vol. Vol 18, pp. 665 - 668.

Barros, Sónia. M. O. 2006. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal.* São Paulo (Tamboré) : Manole Ltda., 2006. ISBN- 9788520422069.

Bellad, M. B., Kamal, P. e Rajeshwari, P. 2010. Does Artificial Rupture of Membranes (ARM) Reduce Duration of Labor in Primigravidae: A Randomized Controlled Trial. *South Asian Federation of Obstetrics and Gynecology.* January-April de 2010, Vol. 2(1), pp. 37-39.

Berbel, L. A. S., Gural, N. R. G e Schirr, F. 2011. *Orientações de enfermagem durante o pré natal para a prevenção da infeção do trato urinário.* Curitiba : Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná, abr/Jun de 2011. Vols. v.1,nº1, p.13-22.

Berghella, Vincenzo., et al. 2008. Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* November de 2008, pp. 445-454.

Blake, D. 2008. Pinards: out of use and out of date. *British Journal of Midwifery.* 05 de Junho de 2008, Vol. Vol. 16, pp. 364 – 365.

Boccolini, C. S., et al. 2011. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica.* 2011, Vol. 45(1), pp. 69-78.

Bork, A. M. T. 2003. *Enfermagem de Excelência: da visão à ação.* Rio de Janeiro : Editora Guanabara Koogan, 2003.

Branden, Pennie. S. 2000. *Enfermagem Materno Infantil.* 2ª edição. Rio de Janeiro : Reichman & afonso, 2000. ISBN-8587148419.

Camano, Luís., et al. 2005. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar.* 1ª edição. Brasil : Manole, 2005.

Campos, D. A., Montenegro, N. e Rodrigues, T. 2008. *Protocolos de Medicina Materno-Fetal.* 2ª Edição. Lisboa : Lidel, 2008.

Canavarro, Maria. C. 2001. *Psicologia da gravidez e maternidade.* 2ª edição. Coimbra : Quarteto, 2001. Vol. 2. ISBN-9728535775.

Cantilino, A., et al. 2010. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiq Clín.* 2010, Vol. 37(6), pp. 278-84.

Caple, C. 2012 a. *Amniotomy: Assisting with.* s.l. : Nursing practice & Skill, 10 de February de 2012 a.

— **2012c.** *Apgar Scoring: Performing.* s.l. : NURSING PRACTICE & SKILL, 17 de February de 2012c.

— **2012 b.** *SKILL Competency checklist- Administration of Medication: Oxytocin.* s.l. : Cinahl Information Systems, 13 de January de 2012 b.

Castro, C. M., et al. 2012. O Estabelecimento do vínculo mãe/recém-nascido: percepções maternas e da equipe de enfermagem. *R. Enfermagem do Centro Oeste Mineiro.* jan/abr de 2012, Vol. 2(1), pp. 67-77.

Cepêda, T., Brito, I e Heitor, M. J. 2006. *Promoção da Saúde Mental Na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais.* Lisboa : Direção Geral de Saúde, 2006.

Cepeda, T., Brito, I. e Heitor, M. J. 2005. *Estou grávida! Que bom! Que preocupação.* Lisboa : s.n. Direção Geral de Saúde, 2005.

Chaparro, C. M. e LUTTER, C. K. 2009. Incorporating nutrition into delivery care: delivery care practices that affect child nutrition and maternal health. *Maternal & Child Nutrition.* October de 2009, Vol. 5, pp. 322-333.

Ciasulli, Kristin. 2012. *Nursing Practice & Skill -Bed Rest, Prolonged: Preventing Complications in Pregnancy.* s.l. : Cinahl Information Systems., 1 de junho de 2012.

Cohain, Judy. Slome. 2013. Amniotomy and cord prolapse. *Midwifery Today.* 108, 2013.

Colvero, M. O., et. al. 2006. Novas opções terapêuticas na síndrome de aspiração de mecônio. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Out-dez de 2006, Vol. 6 (4), pp. 367-374.

Committee., FIGO - SMNH - FIGO GUIDELINES. 2012. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2012, Vol. 117, pp. 108-118.

Conde, A. e Figueiredo, B. 2007. Preocupações de mães e pais, na gravidez, Parto e Pós-parto. *Análise psicológica.* 2007, Vol. 3 (XXV), pp. 381-398.

Cooke, Alison. 2010. When will we change practice and stop directing pushing in labour. *British Journal of Midwifery.* 1 de February de 2010, Vol. 18, pp. 76-81.

Costa, M. C., et al. 2010. Gestaçao de risco: Percepção e sentimentos das gestantes com amniorrexia prematura. *Enfermería Global.* Outubro de 2010, Vol. 20.

Coutinho, Maria da Penha de Lima e Saraiva, Evelyn, Rúbia de Albuquerque. 2008. Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estud. pesqui. psicol.* dez de 2008, Vol. 8 (3).

Couto, Germano. 2003. *Preparação para o parto.* Loures : Lusociência, 2003. ISBN: 9789728383633.

Craig, Jean. V e Smyth, Rosalind. L. 2004. *Prática baseada na evidência: Manual para enfermeiros.* s.l. : Lusociência, 2004. ISBN - 9728383-61-4.

Crescêncio, E. P., Zanelato, S. e Leventhal, L. C. 2009. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. *Rev. Eletr. Enf.* 2009, Vol. 11(1), pp. 64-9.

Cruz, A. P. e Barros, S. M. O. 2010. Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais: análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal. *Acta Paul Enferm.* 2010, Vol. 23(3), pp. 366-71.

Cruz, D. C. S., Sumam, N. S. e Spíndola, T. 2007. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP.* 2007, Vol. 41(4), pp. 690-7.

Cunningham, F. G., et al. 2000. *Williams Obstétrica.* 20ª. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2000.

Cunningham, F. G., et al. 2012. *Obstétrica de Williams.* 23ª. Porto Alegre : Mcgraw-ill, 2012. ISBN-9788563308696.

Devane, D., Lalor, J. e Bonnar, J. 2007. The use of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring. *A National Survey -Ir Med J.* Fev de 2007, Vol. 100(2), pp. 360-2.

Direção Geral de Saúde. 2011. *Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez.* 2011.

Doenges, M. E. e Moorhouse, M. F. 2010. *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnostico de Enfermagem-Um texto Interactivo para o Raciocínio Diagnostico.* 5ª Edição. Loures : Lusociência, 2010.

Dourado, Viviani. Guilherme. e Peloso, Sandra. Marisa. 2007. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação. *Acta Paul Enferm.* 2007, Vol. 20(1), pp. 69-74.

Duarte, G., et al. 2008. Infecção urinária na gravidez. *Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.* nº2, Fevereiro de 2008, Vol. 30, pp. 93-100.

Duhan, N., et al. 2010. Meconium Staining of Amniotic Fluid - A Poor Indicator of Fetal Compromise . *JK Science .* Oct- December de 2010, Vol. 12 (4).

Falcone, V. M., et al. 2005. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista de Saúde Pública.* 2005, Vol. 39(4), pp. 612-8.

Faria, A. C., Magalhães, L. e Zerbetto, S.R. 2010. Implementação do Alojamento Conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* 2010, Vol. 12(4), pp. 669-77.

Farias, L. M., et al. 2011. Cuidados de enfermagem no alívio da dor de recém-nascido: revisão integrativa. *Rev Rene.* out/dez de 2011, Vol. 12(4), pp. 866-74.

FIGO (SMNH) Committee. 2012. FIGO GUIDELINES: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2012, Vol. 117, pp. 108–118.

Francisco, A. A. Oliveira., Sonia, M. J. V., Santos, J. O. e Silva, F. M. B. 2011. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paul Enferm.* 2011, Vol. 24(1), pp. 94-100.

Fraser, W. D., et al. 2007. *Amniotomy for shortening spontaneous labour*. s.l. : The Cochrane Library, 2007. Issue 4.

Funai, Edmund. F. M. D. 2009. Critical look at common practices and procedures: Asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *contemporary.ob.gyn.* Janeiro de 2009.

Gillesby, E., et. al. 2010. Comparison of delayed versus immediate pushing during second stage of labor for nulliparous women with epidural anesthesia. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* Nov-Dec de 2010, Vol. 39 (6), pp. 635-44.

Gomes, Nádia. Catarina. Ferreira. 2012. Um olhar retrospectivo sobre o processo de aquisição de competências: contributo para a gestão eficaz do terceiro período do trabalho de parto. *Relatório de Estágio.* Porto : s.n., 2012.

Graça, L. C. C., Figueiredo, M. C. B. e Carreira, M. T. C. 2011a. Contributos da Intervenção de Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência.* 4, Julho de 2011a, Vol. III Serie, pp. 27-35.

Graça, L. C. C., Figueiredo, M. C. B. e Conceição, M. T. C. C. 2011b. Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* mar-abr de 2011b, Vol. 19 (2), p. 9 telas.

Graça, L. M. 2010. *Medicina Materno-Fetal.* 4ª Edição. Lisboa : Lidel, 2010.

Grivell, R. M., et al. 2010. *Antenatal cardiotocography for fetal assessment (Review)*. s.l. : Cochrane Database of Systematic reviews, 2010. Issue 1.

Gupta, J. K ., Hofmeyr, G. J. e Shehmar, M. 2012. *Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia*. s.l. : The Cochrane Library, 21 de March de 2012. issue 5.

Hockenberry, M. J., Wilson, D. 2011. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* 8. s.l. : Elsevier Ltda, 2011.

Hockenberry, M., Wilson, D. e Barrera, P. 2006. Implementating evidence-based nursing practice in a Pediatric Hospital. *Pediatric Nursing.* 2006, Vol. 32(4), pp. 371-7.

Hodnett, E. D., et al. 2012. *Continuous support for women during childbirth (Review)*. s.l. : The Cochrane Library, 1 de August de 2012. Issue - 10.

Hutton, E. K. e Hassan, E. S. 2007. systematic review and meta-analysis of controlled trials Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 11, 2007, Vol. 297.

IPN. 2009. *Iniciativa Parto Normal-Documento de consenso*. Loures : Lusociência, 2009. ISBN-978-972-8930-49-3.

Jose, Andrea. L. e Silva, Leila. R. 2011. Enfermagem no puerpério: detectando o conhecimento das puérperas adolescentes em relação aos cuidados com o recém-nascido. *R. pesq.: cuid. fundam.* jul./set. de 2011, Vol. 3(3), pp. 2277-2285.

Kattiwinkel, J., et al. 2010. Part.15: Neonatal Resuscitation : American Heart Association Guidelines for American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Journal American Heart Association*. November de 2010, Vol. 15.

Khooshideh, M. e Shahriari, A. 2009. A comparison of tramadol and pethidine analgesia on the duration of labour: a randomised clinical trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 3 de MAR de 2009, Vol. 49(1), pp. 59-63.

Lai, Man-Lung., et al. 2009. Effects of Delayed Pushing During the Second Stage of Labor on Postpartum Fatigue and Birth Outcomes in Nulliparous Women. *Journal of Nursing Research*. 2009, Vols. Vol. 17, No. 1, pp. 62-72.

Lavender, Tina., Hart, Anna. e Smyth, Rebecca M. D. 2012. *Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term*. s.l. : Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012. Issue 8.

Lawrence, A., et al. 2013. *Maternal positions and mobility during first stage labour*. s.l. : Cochrane Database Systematic Reviews., 20 de August de 2013. Issue - 10.

Lawrence, A., et al. 2009. *Maternal positions and mobility during first stage labour*. s.l. : Cochrane Database Systematic Reviews., 2009. Issue - 2.

Lee, K. A., et al. 2011. The frequency of meconium-stained amniotic fluid increases as a function of the duration of labor. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. July de 2011, Vol. 24(7), pp. 880–885.

Levin, R. F. e Jacobs, S. K. 2008. Developing and evaluating clinical practice guidelines: a systematic approach. [autor do livro] M. Boltz, et al. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. 4ª. New York : Springer Publishing Company, 2008.

Levy, L. e Bertolo, H. 2008. *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa : s.n., 2008. Comité Português para a UNICEF.

Liu, Yu-Hsiang., Chang, Mei-Yueh. e Chen, Chung-Hey. 2010. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *Journal of Clinical Nursing*. Apr de 2010, Vols. 19(7-8), pp. 1065–1072.

- Lowdermilk, Deitra. e Perry, S. 2008.** *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures : Lusodidacta, 2008.
- Lowe, Nancy. K. 2006.** The Pain and Discomfort of Labor and Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 28 de July de 2006, Vol. 25, pp. 82–92.
- Magalhães, José. António. 2005.** *Manejo das complicações na gestação e no parto*. Porto Alegre : Artemed editora, 2005.
- Majeed, Noreen. e Tariq, Shamsa. 2013.** Comparison of Artificial Rupture of Membranes with Intact Membrane in Labouring Multigravidae. *Journal of Rawalpindi Medical College (JRMCC)*. 2013, Vol. 17(2), pp. 234-237.
- Mamede, F. V., Mamede, M. V. e Dotto, L. M. G. 2007.** Reflexões sobre Deambulação e Posição Materna no Trabalho de Parto e Parto. *Escola Anna Nery R. Enfermagem*. 2, Junho de 2007, Vol. 11, pp. 331-6.
- Mannel, R., Martens, P.J. e Walker. 2011.** *Manual prático para consultores de lactação*. 2ª. Loures : Lusociência, 2011.
- Martin, C. J. H. 2009.** Effects of valsalva manoeuvre on maternal and fetal wellbeing. *British Journal of Midwifery*. 5, 7 de MAY de 2009, Vol. 17, pp. 279-285.
- Mcdonald, Ginny. 2010.** Diagnosing the latent phase of labour: use of the partogram. *British Journal of Midwifery*. 7 de october de 2010, Vol. 18, pp. 630-637.
- Mcdonald, S. J. e Middleton, P. 2009.** *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review)*. s.l. : The Cochrane Library, 2009. Issue 1.
- Mckay, Susan. R. 2006.** Maternal Position during Labor and Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 28 de july de 2006, Vol. 9, pp. 288-291.
- Mendes, F. R. P. e Mantovani, Maria de Fátima. 2010.** Dinâmicas atuais da enfermagem em Portugal: a representação dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*. nº 2, mar-abr de 2010, Vol. v.63, pp. 209-15.
- Mercer, J. S., et al. 2007.** Orientações para a prática nos serviços-Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2007, Vol. 52(3), pp. 262–272.
- Mikki, N., Wick, L. e Abu-Asab, N & Abu-Rmeileh, N. M. E. 2007.** A trial of amniotomy in a Palestinian hospital. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. May de 2007, Vol. 27(4), pp. 368 – 373.
- Montenegro, C. A. B. e Filho, J. R. 2011.** *Obstetrícia fundamental*. 12ª edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011. ISBN-978-85-277-1714-4.

Moore, E. R., Anderson, G.C. e Bergman, N. 2007. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review)*. s.l. : The Cochrane Library, 2007. issue 3.

Moore, E. R., et al. 2012. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants(Review)*. s.l. : The Cochrane Library, 15 de March de 2012. . Issue 5.

Moraes, I. G. S., et al. 2006. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associado. *Rev saúde pública*. 2006, Vol. 40(1), pp. 65-70.

Moraes, Roque. e Galiuzzi, Maria do Carmo. 2006. Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. *Ciência & educação*. 2006, Vol. 12(1), pp. 117-128.

Mouta, R. J. O., et al. 2008. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev. Enfermagem*. Out/Dez de 2008, Vol. 16(4), pp. 472-6.

Nascimento, S., et al. 2009. Fatores de risco para o desenvolvimento de depressão na gestação. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2009, Vol. 11: 2, pp. 18-23.

Nazaré, B., Fonseca, A. e Pedrosa, A. A. & Canavarro, M. C. 2010. Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional. *Perita*. Edição Especial: Psicologia e Perda Gestacional, 2010, Vol. 3, pp. 37-46.

NICE. 2008. *Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman*. s.l. : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, March de 2008.

— **2006.** *Clinical guideline 37: Routine postnatal care of women and their babies*. s.l. : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, July de 2006.

— **2007.** *Intrapartum care- care of healthy women and their babies during childbirth*. s.l. : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, September de 2007.

Nomura, R. M. Y., Miyadahira, S. e Zugaib, M. 2009. Avaliação da vitalidade fetal anteparto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009, Vol. 31(10), pp. 513-26.

Ochoa-Brust, G. J, et al. 2007. Daily intake of 100 mg ascorbic acid as urinary tract infection prophylactic agent during pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 2007, Vol. 87, pp. 783-787.

Oliveira, Denize. Cristina. 2008. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*. Out/Dez de 2008, Vol. 16(4), pp. 569-76.

Oliveira, E. M. F. e Brito, R. S. 2009. Ações de cuidado do pai no puerpério . *Esc Anna Nery Rev Enferm*. jul-set de 2009, Vol. 13 (3), pp. 595-601.

Oliveira, S. M., et al. 2012. Comparison of application times for ice packs used to relieve perineal pain after normal birth: a randomized clinical trial. *J Clin Nurs*. Dec de 21 de 2012, Vols. 21(23-24), pp. 3382-91.

Oliveira, Sonia. Maria. J.V. e Miquilini, Elaine. Cristina. 2005. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP*. 2005, Vol. 39(3), pp. 288-95.

Oliveira, V. J., Madeira, A. M. F. e Penna, C. M. M. 2011. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. *Rev Rene*. 12(1), jan/mar de 2011, pp. 49-56.

Ordem dos Enfermeiros. 2010a. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. [Online] O.E, 29 de Maio de 2010a. [Citação: 10 de Outubro de 2013.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>.

Ordem dos Enfermeiros. 2010b. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] O. E, 20 de Novembro de 2010b. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

Organização Mundial de Saúde. 1996. *Assistência ao Parto Normal:Um guia prático*. s.l. : OMS, 1996.

PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO DA UNIAO EUROPEIA. 2005- Diretiva 2005/36/CE - Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Jornal oficial da União Europeia. L 255/p. 22, 2005.

PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO DA UNIAO EUROPEIA. 2013 - Diretiva 2013/55/EU- que altera a Diretiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais e o Regulamento (UE) n.º 1024/2012 relativo à cooperação administrativa através do Sistema de Informação do Mercado Interno («Regulamento IMI»). Jornal Oficial da União Europeia. L 354/132, 2013.

Pasqual, K. K., Braccialli, L. A. D. e Volponi, M. 2010. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. *Cogitare Enferm*. Abr/Jun de 2010, Vol. 15(2), pp. 334-9.

Pereira, M. A., et al. 2008. Influência da correção da pega no sucesso do Aleitamento Materno: resultados de um estudo experimental. *Revista Referência*. 2, 2008, Vol. 6, pp. 27-38.

Pinheiro, J. M. e Zanatta, E. A. 2010. Implementando Ações de Enfermagem no Atendimento á Gestante. *Revista de Enfermagem*. 2010, Vols. 6 Nº 6-7, pp. 65 – 80.

Porto, A. M. F., Amorim, M. M. R. e Souza, A. S. R. 2010. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências: (revisão). *FEMINA*. 10, Outubro de 2010, Vol. 38.

Raies, C. L., Doren, F. M. e Torres, C. U. 2012. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index Enferm* . 4, October de 2012, Vol. 21, pp. 209-13.

Reynolds, F. 2010. The effects of maternal labour analgesia on the fetus. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 3, 24 de jun de 2010, pp. 289-302.

Rezende, Jorge. 2005. *Obstetricia*. 10ª edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2005.

Rezende, Jorge. 2002. *Obstetricia*. 9ª edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2002.

Rios, T. A. 2003. Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade. 4ª, 2003.

Roberts, J. e Hanson, L. 2007. Best Practices in Second Stage Labor Care: Maternal Bearing Down and Positioning. *J Midwifery Womens Health*. May-June de 2007, Vol. 52(3), pp. 238–245.

Robinson, Barrett, M. D. M. P. H. 2008. Review of NICHD Standardized Nomenclature for Cardiotocography: The Importance of Speaking a Common Language When Describing Electronic Fetal Monitoring. *Rev Obstet Gynecol*. Spring, 2008, Vol. 1(2), pp. 56–60.

Rudra, P., et al. 2011. Recent advances in management of pre-eclampsia. *British Journal of Medical Practitioners*. 3, September de 2011, Vol. v.4, p. a 433.

Santos, C. M. C., Pimenta, C. A. M. e Nobre, M. R. C. 2007. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-Am Enfermagem*. Maio/Junho de 2007, Vol. 15(3).

Sarmiento, R e Setubal, M. S. V. 2003. Abordagem psicológica em obstetrícia. Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Rev. cienc. Medi. Campinas*. julho/setembro de 2003, Vol. 12 (3), pp. 261-268.

Schnabel, A., et al. 2012. Remifentanil for labour analgesia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Anaesthesiology*. 2012, Vol. 29 nº00.

Silva, A. F., Nóbrega, M. M. L. e Macedo, W. C. M. 2012. Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* abr/jun de 2012, Vol. 14(2), pp. 267-76.

Silva, L. E. e Arantes, S. L. 2006. *Infeção urinária em gestantes que frequentam o pré-natal de baixo risco: intervenções de enfermagem para prevenção e tratamento*. 3. Campo grande : Ensaios e Ciência, 2006. p. 113. Vol. 10.

Simpson, K. R. e James, D. C. 2005. Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. *Nurs Res.* May-Jun de 2005, Vol. 54(3), pp. 149-57.

Smith, R. M. D., Alldred, S. K. e Markham, C. 2008. *Amniotomy for shortening spontaneous labour.* s.l. : Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008. issue 4.

Smyth, R. M. D., Alldred, S. K. e Markham, C. 2013. *Amniotomy for shortening spontaneous labour.* s.l. : The Cochrane Library, 2013. Issue 6.

Soares, E. C. S., et al. 2010. Remifentanil em analgesia para o trabalho de parto. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 3, May/June de 2010, Vol. 60.

Soltani, H., Hutchon, D. R. e Poulouse, T. A. 2010. *Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth (Review).* s.l. : The Cochrane Library, 2010. Issue 8.

Souza, Marcela.Tavares., Silva, Michelly. Dias. e Carvalho, Rachel. 2010. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein.* 2010, Vol. 8(1 Pt 1), pp. 102-6.

Strapasson, M. R. e Nedel, M. N. B. 2010. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Rev Gaúcha Enferm.* Set. de 2010, Vol. 31(3), pp. 521-8.

Strayer, D. A., et al. 2012. *Quick LESSON about...Pyelonephritis in Pregnancy.* California : s.n., Agosto de 2012. Nursing Practice Council: Cinahl Information Systems.

Suljevic, I., et al. 2009. The Effect of Epidural Analgesia on the Reduction of the First and Second Stages of Labour in Primipara Patients of Sarajevo Canton. *Journal of Society for development of teaching and business processes in new net environment in B&H.* 2009, Vol. 3.

Thompson, H. 2011. Promoting normal birth:Appropriate use of intrapartum cardiotocography. *British Journal of Midwifery.* October de 2011, Vol. 19 nº10.

Thukral, A., et al. 2012. Early Skin-to-Skin Contact and Breast-Feeding Behavior in Term Neonates: A Randomized Controlled Trial. *journal Neonatology.* 2, August de 2012, Vol. 102, pp. 114–119.

Toma, T.S. e Rea, M. F. 2008. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cadernos de Saúde Pública.* 2008, Vol. 24 sup(2), pp. 5235-5246.

Ullman, R., et al. 2010. *Parenteral opioids for maternal pain management in labour.* s.l. : Cochrane Database Syst Reviews, 8 de Setember de 2010. Issue - 9.

Vain, Nestor. E., et al. 2009. What (not) to do at and after delivery? Prevention and management of meconium aspiration syndrome. *Early Human Development.* 10 de October de 2009, Vol. 85, pp. 621–626 .

Velaphi, S. e Vidyasagar, D. 2008. The pros and cons of suctioning at the perineum (intrapartum) and post-delivery with and without meconium. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. December de 2008, Vol. 13(6), pp. 375-382.

Widmer, M., et al. 2011. *Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy*. s.l. : Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011.

Wolff, Leila. Regina e Moura, Maria. Aparecida. Vasconcelos. 2004. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*. agosto de 2004, Vol. 8(2), pp. 279-285.

Worden, J. William. 1991. *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitione*. 2ª edição, EUA / Montanha : Springer Pub., 1991.

Zagonel, Ivete, Palmira, Sanson. 1999. O cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *revista Latino americana enfermagem*. nº3, julho de 1999, Vol. 7, pp. 25-32.

Zanatta, E. A. e Nedel, M. N. B. 2005. Dor no recém-nascido. *Revista de Enfermagem*. 1, 2005, Vol. 1.

ANEXOS

**ANEXO I: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro
Especialista em saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos
Enfermeiros**



**REGULAMENTO DAS
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

**APROVADO POR UNANIMIDADE EM
ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 20 DE NOVEMBRO DE 2010**

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em 11/09/2010

Lisboa, 20 de Outubro de 2010

ORDEM DOS ENFERMEIROS



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

REGULAMENTO

**COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E
GINECOLÓGICA**

Preâmbulo

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-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; e numa perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade de intervenção: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional – assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional; 2. Gravidez - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; 3. Parto - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; 4. Puerpério - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; 5. Climatério - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusic; 6. Ginecologia - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7. Comunidade – assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

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

Nos termos da alínea c) do nº 4 do artigo 31º-A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, aprova a presente proposta de regulamento, a propor ao Conselho Directivo para dar seguimento ao processo regulamentar.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

**Artigo 1º
Objecto**

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

**Artigo 2º
Âmbito e Finalidade**

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica íntegra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

**Artigo 3º
Conceitos**

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

**Artigo 4º
Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna,
obstétrica e ginecológica**

1. As competências do enfermeiro especialista e enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica são as seguintes:
 - a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
 - b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
 - c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
 - d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
 - e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
 - f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
 - g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I)

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica realizada no dia 11 de Setembro de 2010

A Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Enf.ª Irene Cerejeira



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

ANEXO I

1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Descritivo:

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliaÇão
H1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	H1.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concepcional. H1.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade. H1.1.3. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional H1.1.4. Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional. H1.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional. H1.1.6. Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização
H1.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	H1.2.1. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher. H1.2.2. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis. H1.2.3. Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.4. Identifica e monitoriza o potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
H1.3. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis	H1.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos. H1.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro. H1.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e/ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos. H1.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos. H1.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Descritivo:

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal. H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto. H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez. H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade. H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez. H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade. H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável. H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção do aleitamento materno. H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão
H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento	H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco. H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à detecção de gravidez de risco. H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto. H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento. H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto. H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação
H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.	H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez. H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez. H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez. H2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante. H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica. H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte. H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto. H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento. H2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina	H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. H3.1.1. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos. H3.1.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H3.1.1. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido	H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto. H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto. H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto. H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica. H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina. H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência. H3.2.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais. H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto	H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos. H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto. H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extracção manual e revisão uterina. H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H3.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto. H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o o período pós-natal

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade:

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida. H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido. H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto. H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno. H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto. H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.
H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal	H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho. H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.
H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal	H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos. H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto. H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno. H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto. H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante. H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido. H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal. H4.3.8. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto. H4.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e/ou concomitante. H4.3.10. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal. H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.



REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.:

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa	H5.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério. H5.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa. H5.1.3. Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério. H5.1.4. Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida
H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério	H5.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério. H5.2.2. Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.3. Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.4. Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H5.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério
H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa	H5.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos. H5.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante ao climatério. H5.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério., incluindo conviventes significativos. H5.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.

6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher	H6.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica. H6.1.2. Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica. H6.1.3. Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.
H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama	H6.2.1. Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.2.2. Diagnostica e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H6.2.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.2.4. Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama
H6.3. Providencia cuidados à mulher com afecções do	H6.3.1. Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.



**REGULAMENTO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação	H6.3.2. Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama. H6.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.
---	---

7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população:

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
H7.1. Promove a saúde do grupo alvo	H7.1.1. Identifica infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. H7.1.2. Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. H7.1.3. Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. H7.1.4. Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. H7.1.5. Identifica as causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico. H7.1.6. Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. H7.1.7. Advoga e promove estratégias de "empowerment" para as mulheres em idade fértil. H7.1.8. Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
H7.2. Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva	H7.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. H7.2.2. Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. H7.2.3. Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. H7.2.4. Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. H7.2.5. Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
H7.3. Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal	H7.3.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de minimizar as causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal. H7.3.2. Cooperar com outros profissionais em programas, projectos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

ANEXO II: Partos Realizados e Participados no Estágio

Data	Partos realizados		Partos Participados		Parturientes	
	Com episiotomia	Sem episiotomia	Cefálicos	Pélvicos	Normais	Risco
17/12/2012			X			
17/12/2012			X			
19/12/2012		X				
05/01/2013		X				
06/01/2013		X				
10/01/2013	X	X				
11/01/2013	X					
12/01/2013		X				
15/01/2013	X					
18/01/2013	X					
20/01/2013	X					
21/01/2013			X			
23/01/2013	X		X			
23/01/2013	X					
25/01/2013			X			
26/01/2013	X					
27/01/2013		X				
30/01/2013	X					
01/02/2013	X					
04/02/2013		X				
05/02/2013		X				
14/04/2013	X					
15/05/2013					X	X
15/05/2013					X	
15/05/2013					X	
15/05/2013					X	
15/05/2013					X	X
16/05/2013						X
17/05/2013		X				
17/05/2013		X				
18/05/2013			X			
20/05/2013			X			
21/05/2013	X					
22/05/2013					X	X
23/05/2013		X				
25/05/2013					X	
25/05/2013					X	
25/05/2013					X	X

26/05/2013	X					
26/05/2013	X		X			X
27/05/2013	X					
27/05/2013	X					
28/05/2013		X	X			
30/05/2013	X					X
30/05/2013						X
01/06/2013						X
01/06/2013						X
02/06/2013		X				
03/06/2013					X	
04/06/2013			X		X	
05/06/2013						X
05/06/2013					X	
05/06/2013					X	
06/06/2013	X	X			X	X
07/06/2013	X	X				X
08/06/2013		X				
10/06/2013					X	X
11/06/2013			X			X
13/06/2013	X		X			
16/06/2013	X					
16/06/2013	X				X	
17/06/2013		X				
17/06/2013		X				
19/06/2013	X					
21/06/2013		X				
22/06/2013	X					
26/06/2013			X			
28/06/2013		X				
28/06/2013		X				
01/07/2013			X			
02/07/2013	X					
06/07/2013		X				
07/07/2013		X				
14/07/2013		X			X	
14/07/2013					X	
15/07/2013		X				
17/07/2013						X
Total	25	25	14	0	19	16