



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Métodos não farmacológicos de alívio da dor no  
recém-nascido

Relatório de estágio

Diana Isabel Costa Ribeiro

Porto, 2020



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstétrica

Métodos não farmacológicos de alívio da dor no  
recém-nascido

Relatório de estágio de natureza profissional orientado pela

Professora Doutora Marinha Carneiro

Diana Isabel Costa Ribeiro

Porto, 2020



## AGRADECIMENTOS

Uma vez terminado este relatório, torna-se indispensável agradecer a todos os que me acompanharam neste percurso e que não me deixaram desistir da etapa mais gratificante da minha vida.

À Professora Doutora Marinha Carneiro, pela sua compreensão, incentivo, disponibilidade e pela partilha de conhecimento ao longo de todo o meu percurso.

À minha família, por terem acreditado nas minhas capacidades desde o início e me terem dado força.

Ao Gustavo, pela paciência, pela força que me deu, pela confiança e por me ter apoiado em todos os momentos, sobretudo nos mais difíceis.

À equipa de Gastroenterologia do Hospital Privado de Gaia, pois foram uns colegas extraordinários, amigos e compreensivos. Por terem sempre disponibilidade para me escutarem e me facilitarem as trocas!

Aos meus amigos, que apesar da pouca disponibilidade nunca me deixaram sozinha e estavam sempre prontos para me receber.

E por fim, às minhas tutoras extraordinárias do Centro Hospitalar Universitário de São João, pela sua disponibilidade, sapiência e calma, que me ajudaram não só a nível profissional como pessoal, como a todas as famílias que fizeram parte do meu percurso e que sem dúvida deixaram a sua marca.

Este ano foi marcado por uma das piores razões, contudo, para mim, irá acabar da melhor forma possível.



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APPT – Ameaça de Parto Pré-termo

CHUJS – Centro Hospitalar Universitário De São João

CTG – Cardiotocografia

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção-Geral de Saúde

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

HPP – Hemorragia Pós-Parto

mg/dl – miligrama/ decilitro

ml/h – mililitro/ hora

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPT – Parto Pré-Termo

RN – Recém-Nascido

TP – Trabalho de Parto



## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do estágio profissionalizante, inserido no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que decorreu no Centro Hospitalar Universitário de São João. Este relatório reflete o processo de aquisição e de desenvolvimento de competências relativas ao exercício profissional no processo de conceção de cuidados à mulher/recém-nascido/casal e família ao longo das áreas de intervenção: gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e autocuidado pós-parto e parentalidade, de acordo com as diretrizes do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos enfermeiros, 2019), bem como da Diretiva Comunitária.

Uma das principais finalidades do estágio de natureza profissional centra-se no desenvolvimento das práticas, através da evidência científica, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados especializados. Neste documento encontram-se relatadas as experiências vividas ao longo do estágio, bem como uma análise crítico-reflexiva acerca da pertinência dos focos, diagnósticos e intervenções executadas.

No módulo “Autocuidado no pós-parto e parentalidade” o foco dor no recém-nascido tornou-se indissociável à realização de intervenções no mesmo. Desta forma, investigou-se acerca dos métodos não farmacológicos no controlo da dor no recém-nascido, relativo a técnicas invasivas, que foi concretizada através da realização de uma revisão integrativa da literatura. Os resultados deste estudo são escassos, não levando a conclusões consistentes, considerando-se pertinente a realização de mais estudos. No entanto, a administração de sacarose surge como uma intervenção recomendada. Assim, pretende-se estabelecer um contributo para a prática de enfermagem na área da saúde materna e obstétrica, no âmbito do controlo da dor no recém-nascido.

Palavras-Chave: métodos não farmacológicos; alívio da dor; recém-nascido



## ABSTRAT

This report appears within the scope of the professional internship, inserted in the Master's degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, which took place at the University Hospital Center of São João. This report reflects the process of acquiring and developing skills related to professional practice in the process of designing care for women/newborn/couple and family throughout the areas of intervention: pregnancy with complications, labor and delivery and postpartum self-care and parenthood, according to the guidelines of the Regulation of the Specific Competencies of nurse specialists in Maternal and Obstetric Health Nursing (Order of nurses, 2019) and the Community Directive presented by the Order of Nurses.

One of the main purposes of the professional internship focuses on developing practices, through scientific evidence to improve the quality of specialized care. In this document we report the experiences lived throughout the internship, as well as a critical-reflexive analysis about the relevance of the focuses, diagnoses and interventions performed.

In "Postpartum and Parenthood self-care" module, the focus on pain in the newborn has become inseparable from interventions in the newborn. Thus, we investigated non-pharmacological methods in the control of pain in the newborn, relative to invasive techniques, which was achieved through an integrative review of the literature. The results of this study are scarce and do not lead to strong conclusions, and further studies are considered pertinent. However, the administration of sucrose appears as a recommended intervention. Thus, the aim is to establish a contribution to nursing practice in maternal health and obstetrics nursing area, within the scope of pain control in newborns.

Keywords: non-pharmacological methods; pain relief; newborn-born.



## Índice

INTRODUÇÃO .....	19
1. CUIDAR DA MULHER/CASAL NA GRAVIDEZ .....	21
2. CUIDAR DA MULHER NO TRABALHO DE PARTO E PARTO .....	31
3. CUIDAR DA MULHER/FAMÍLIA NO PÓS-PARTO .....	53
3.1. Revisão Integrativa Da Literatura .....	76
3.1.1. Metodologia.....	79
3.1.2. Discussão de Resultados .....	80
3.1.3. Discussão dos resultados .....	83
3.1.4. Conclusão .....	87
ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA.....	89
APRECIÇÃO FINAL .....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	93



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadros 1- Síntese do artigo 1 .....	80
Quadros 2- Síntese do artigo 2 .....	81
Quadros 3- Síntese do artigo 3 .....	81
Quadros 4- Esquematização da discussão dos resultados dos estudo.....	83
Quadros 5Esquematização dos três artigos.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Experiências realizadas ao longo do estágio .....	90
---	----



## INTRODUÇÃO

A opção pela unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório final”, que contempla os módulos de “Gravidez com complicações, Trabalho de parto e parto e Autocuidado pós-parto e parentalidade”, implica a realização de um relatório individual que exponha a aquisição e o desenvolvimento de competências relativas às diferentes áreas anteriormente mencionadas. Este relatório tem como objetivos: apresentar, descrever e justificar as competências adquiridas que permitiram a assistência especializada à mulher, recém-nascido (RN) e família, bem como desenvolver investigação. O estágio profissionalizante decorreu no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), no ano letivo de 2018/2019.

O relatório contempla duas componentes. A primeira descreve o processo de aquisição e desenvolvimento de competências analisando criticamente as práticas desenvolvidas em contexto clínico, com base no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros. A segunda componente traduz a apresentação e a descrição de um processo de investigação. Para tal, foi necessária a seleção de uma temática para estudo, que estivesse relacionada com a prática clínica e que, desta forma, poderia dar um contributo para uma prática baseada em evidência e, conseqüentemente, para a prestação de cuidados de enfermagem especializados de excelência.

No decorrer do módulo “Autocuidado pós-parto e parentalidade” praticaram-se inúmeras intervenções invasivas nos RNs. O conceito de dor nos RNs é um foco novo, mas importante nos cuidados de saúde. Existem estudos que comprovam a eficácia dos métodos não farmacológicos no alívio da dor do RN. Os métodos não farmacológicos não controlam a dor, mas distraem o RN dos efeitos negativos da experiência da dor. Entre as técnicas mais comuns para o alívio da dor estão as que reduzem os estímulos do meio ambiente e que fornecem um cuidado individual, como: a administração de glicose, a sucção não nutritiva e o embrulhar (*swaddling*) o RN. Contudo, constatou-se a inexistência de uniformização nos cuidados prestados, pela equipa de enfermagem, assim como um nível baixo de utilização destes métodos. Assim, surgiu a necessidade de identificar e analisar a evidência sobre os métodos mais eficazes no alívio da dor no RN, aquando da utilização de técnicas invasivas.

Para dar resposta a esta questão, realizou-se uma revisão integrativa da literatura que permite a incorporação da evidência na prática clínica. Dada a importância do conhecimento científico na implementação de práticas de enfermagem, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica com recurso predominantemente à base de dados Pubmed e, ainda, às bases de dados existentes no motor de busca EBSCOhost WEB da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Este relatório divide-se em três tópicos, sendo que o primeiro descreve o processo de desenvolvimento de competências ao longo do módulo “Gravidez com complicações”, no qual são descritos os cuidados prestados à grávida e/ou casal durante a gestação, relacionando intervenções referentes à gravidez com complicações. O segundo descreve o desenvolvimento de competências no módulo “Trabalho de parto e parto”, no qual se abordam as intervenções relacionadas com os cuidados prestados à mulher/casal, assim como ao RN. O terceiro traduz a conceção de cuidados no módulo “Autocuidado pós-parto e parentalidade”, abordando as intervenções realizadas à mulher no período puerperal imediato, cuidados ao RN e o desenvolvimento de competências parentais. Ainda dentro deste tópico, é possível encontrar uma descrição do processo de investigação desenvolvido no âmbito das intervenções de enfermagem que promovem o controlo da dor no RN com base em métodos não farmacológicos, tendo por base a metodologia da Revisão Integrativa da Literatura. Por último, é apresentada uma análise crítica/reflexiva acerca do estágio profissionalizante.

## 1. CUIDAR DA MULHER/CASAL NA GRAVIDEZ

O módulo “Gravidez com complicações” concretizou-se no CHUSJ, no serviço de medicina materno-fetal. Este teve como objetivos desenvolver e demonstrar competências de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família na gravidez com complicações.

O serviço de medicina materno-fetal tem como missão a assistência à mulher enquanto grávida, nomeadamente em casos de doença materna específica e em casos de doença fetal. Esta instituição de saúde possui o estatuto de Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, Centro de Diagnóstico Pré-Natal homologado pela Direção Geral da Saúde (DGS) e está integrado num Hospital Central com todas as valências diferenciadas. Para cumprir estes estatutos, o serviço tem investido na diferenciação técnica, científica e na creditação dos profissionais, sem descurar a atualização contínua com base em reuniões diárias e semanais.

Este serviço está dividido em cinco quartos (três quartos com três camas cada, um com duas camas e, um quarto com apenas uma cama, sendo este último mais utilizado em situações de isolamento ou internamento de mulheres que sofram um abortamento ou submetidas a interrupção médica da gravidez, que por motivos éticos e emocionais ficam isoladas das restantes grávidas). Possui ainda uma sala com quatro camas para receber as grávidas em indução de trabalho de parto e uma sala, na qual se realizam os exames médicos e intervenções de enfermagem. Nesta unidade apenas trabalham enfermeiros com o título de Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.

Considera-se uma gravidez de alto risco aquela em que a saúde ou a vida da mulher ou do feto estão em perigo por patologia concomitante ou exclusiva da gravidez. Esta constitui um problema crítico da atualidade. A avaliação precoce e contínua do risco é uma componente crucial dos cuidados perinatais. As situações associadas à morbidade e mortalidade perinatais podem ser evitadas, tratadas ou encaminhadas para os profissionais da saúde mais especializados. Determinar a situação de risco de uma grávida implica verificar se, localmente, existem os recursos disponíveis para tratar a sua situação e se há disponibilidade da instituição ou, caso seja necessário, transferi-la e determinar o que se adapta melhor às suas necessidades (Lowdermilk & Perry, 2008).

No decorrer deste módulo cuidaram-se de quarenta e cinco grávidas com patologias diversas como: Ameaça de Parto Pré-termo (APPT), estados hipertensivos da gravidez, alterações na fluxometria umbilical fetal, descompensação metabólica da diabetes mellitus tipo 1, diabetes gestacional (DG), pielonefrite, colestase gravídica, insuficiência cervical, diminuição dos movimentos fetais, abortamentos e interrupção médica da gravidez.

Aquando do acolhimento da grávida, foi apresentada a dinâmica e o espaço físico do serviço e explicadas as regras de funcionamento. Posteriormente, foi realizada a anamnese. Assim, foram colhidos os dados sociodemográficos, a história clínica (medicação habitual, grupo sanguíneo, alergias, hábitos de vida, antecedentes pessoais e familiares, padrão intestinal, padrão de sono/repouso), a história ginecológica e obstétrica, a história ocupacional (profissão, escolaridade, padrão de exercício físico), assim como o nome e o contacto telefónico da pessoa significativa. Para além da anamnese, foi realizado o exame físico à grávida, no qual se monitorizaram os sinais vitais e se avaliaram o estado da pele e das mucosas, bem como se avaliou o bem-estar do feto com recurso à cardiocotografia (CTG). Com estes recursos pôde-se conhecer a grávida, estabelecer vínculos de confiança e, identificar as eventuais alterações biopsicossociais e espirituais, tornando-se possível aumentar o elo de confiança para colher os dados indispensáveis para identificar precocemente sinais e sintomas (Santos et al., 2011). Para além desta informação, a utente foi questionada se a gravidez foi planeada e desejada e se tinha apoio quer a nível emocional e a nível financeiro. Estes dados tornaram-se importantes para caracterizar de que forma esta se encontrava a vivenciar o processo de transição de saúde/doença, bem como se precisava de apoio de outros profissionais da saúde, nomeadamente da assistente social que o CHUSJ disponibiliza, caso fosse necessário. Entretanto, foi também consultado o processo clínico da grávida, com o objetivo de obter dados sobre a gravidez atual, como: a idade gestacional e a data provável do parto, intercorrências e vigilância da gravidez. Assim, para finalizar, preencheu-se a avaliação inicial no processo informático.

O caso clínico que se considerou mais relevante para o desenvolvimento de novas competências foi referente a uma grávida com gravidez gemelar monocoriónica/monoamniótica, com DG controlada com dieta. Esta grávida deu entrada no serviço com o diagnóstico médico de APPT.

A gestação múltipla representa atualmente cerca de 3% das gestações, correspondendo a gravidez gemelar a 97-98%. A gravidez monocoriónica apresenta uma incidência

relativamente constante (1:250 gestações), ao contrário da gestação bicoriônica, que é influenciada pela raça, hereditariedade, idade materna, paridade e procriação medicamente assistida (Manso, Taborda & Silva, 2011 e Sadler, 2012). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2017), entre 2012 e 2017, a proporção de nados-vivos resultantes de partos gemelares aumentou de 3,1% para 3,4% do total de nados-vivos, em Portugal.

As mulheres com gravidez gemelar possuem uma maior incidência de mortalidade e morbidade perinatal e um risco aumentado de partos pré-termo (PPT). Aproximadamente 60% dos gémeos são prematuros e têm uma incidência alta de baixo peso à nascença. Estes fatores colocam a gravidez gemelar como de alto risco, tendo esta uma mortalidade infantil três vezes superior à gravidez única. A incidência de gravidez gemelar pode ser maior do que o número de RNs gémeos, uma vez que são procriados mais gémeos em relação aos que nascem. Muitos gémeos morrem antes do nascimento, sendo que, alguns estudos indicam que apenas 29% das mulheres com gravidez gemelar pariram dois RNs (Sadler, 2012).

Na maioria dos países desenvolvidos tem-se observado um ligeiro aumento da taxa de PPT nos últimos anos. Apesar dos avanços no conhecimento dos fatores de risco (história de PPT anterior, raça negra, idade materna inferior a 18 anos ou superior a 35 anos, baixo estatuto socioeconómico e baixo peso, assim como os níveis elevados de *stress* como presente nos casos de violência doméstica, luto ou problemas no trabalho/vida pessoal) e dos mecanismos que levam ao PPT, a ausência de um teste de rastreio e de uma intervenção preventiva efetiva, dificultam a melhoria deste indicador (Cubal & Pereira, 2014). Em Portugal, a taxa de PPT tem, inclusivamente, vindo a aumentar de 7,8% em 2012 para 8,1% em 2017 (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Esta tendência pode ser explicada por vários motivos como: o aumento da taxa de gravidez múltipla, o aumento da idade materna e o uso de técnicas de reprodução medicamente assistida. Apesar da definição «pré-termo» englobar todos os nascimentos antes das 37 semanas de gestação, os resultados adversos associados são tanto maiores quanto mais precocemente ocorrer o parto. Cerca de um terço dos PPT são iatrogénicos, os dois terços restantes devem-se ao início espontâneo de TP ou à rotura de membranas. A identificação precoce das mulheres de maior risco permite a utilização de estratégias de prevenção, no sentido de adiar o mais possível a ocorrência do parto (Cubal & Pereira, 2014).

A gravidez deve ser entendida como um tipo de transição, pois consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte das pessoas a incorporação de conhecimentos, a alteração do seu comportamento e a mudança na definição do *self*. Este processo caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram variados significados, determinados pela percepção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (Guimarães & Silva, 2016).

Esta grávida estava a vivenciar uma transição múltipla, pois para além de experienciar uma transição do tipo desenvolvimental, que se relaciona com a alteração no ciclo vital, estava a experienciar também uma transição do tipo saúde/doença, que é quando ocorre alteração do estado de bem-estar para o estado de doença. A gestação desta grávida acarretou dois diagnósticos médicos a DG e a APPT (Guimarães & Silva, 2016).

O planeamento de cuidados passou pela identificação dos seguintes focos de atenção: “Desenvolvimento fetal” (International Council of Nurses, 2019), “Conhecimento sobre a saúde” (ICN, 2019), “Consciencialização” (ICN, 2019), “Culpa” (ICN, 2019), “Preocupação” (ICN, 2019), *Stress* (ICN, 2019), “Desespero” (ICN, 2019), “Sentimentos de impotência” (ICN, 2019), “Medo” (ICN, 2019), “Ansiedade” (ICN, 2019) e “Dor” (ICN, 2019).

Relativamente ao foco “Desenvolvimento fetal” (ICN, 2019), este refere-se ao crescimento de um feto no útero da mulher até ao momento do parto. A CTG foi realizada três vezes ao dia e sempre que a grávida referiu sentir dor ou alguma alteração na sua condição. Teve-se em conta a informação clínica, nomeadamente a ausência de restrição de crescimento fetal e a ausência de hipertermia materna, na sua interpretação (Campos, Bernardes & Costa in Montenegro et al., 2014). Realizaram-se as manobras de Leopold para determinar o fundo uterino, a posição e a apresentação dos fetos. É no fundo uterino que se coloca a sonda de toco para a avaliação da presença de contrações uterinas e, no dorso fetal que se coloca a sonda de ultrassom para a auscultação dos batimentos cardíacos fetais, local onde são audíveis com maior intensidade. Na gravidez gemelar tornou-se mais difícil a realização da CTG pois, por vezes, a auscultação dos batimentos cardíacos fetais de um dos gêmeos era captado pela outra sonda de ultrassom, tornando a duração mínima de 20 minutos mais prolongada (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A grávida foi aconselhada a permanecer, de preferência, na posição de decúbito lateral esquerdo, evitando assim a compressão uterina da veia cava inferior e a consequente diminuição da perfusão uteroplacentária e da

oxigenação fetal. A interpretação da CTG foi importante para classificar o traçado e posteriormente definir a atuação clínica (Campos, Bernardes & Costa in Montenegro et al., 2014).

O foco “Conhecimento sobre a saúde” (ICN, 2019) refere-se a estar ciente dos problemas de saúde, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, assim como ter capacidade de reconhecer os sinais e sintomas de doença e, de partilhar a informação com pessoas que são importantes para o cliente.

Inicialmente, avaliou-se o conhecimento da grávida sobre esta condição, para assim se fornecerem apenas informações necessárias e de acordo com o conhecimento desta. Ensinou-se sobre o diagnóstico médico de APPT, bem como que complicações maternas e fetais poderiam ocorrer. Ensinou-se sobre os sinais e sintomas de TP, de forma a que a grávida alertasse a equipa do início de TP. Foram também explicados quais os efeitos terapêuticos da medicação administrada, de acordo com a prescrição médica, e quais os seus efeitos secundários.

De acordo com a prescrição médica realizou-se o protocolo de tocólise. Esta reduz a proporção de nascimentos até sete dias após o início do tratamento, contudo não traz claros benefícios na redução da morbimortalidade perinatal. O protocolo de tocólise utiliza-se em grávidas em APPT com idades gestacionais entre as 24 e as 34 semanas e seis dias, com necessidade de transferência para outra unidade hospitalar ou que ainda não tenham completado o ciclo de corticoterapia para a maturação pulmonar fetal. O seu uso não deverá ser prolongado para além de 48 horas e está contraindicado na presença de corioamnionite, casos de patologia materna grave (eclampsia, pré-eclampsia grave, instabilidade hemodinâmica) ou patologia fetal (anomalias fetais graves, morte fetal, estado fetal não tranquilizador) (Montenegro et al., 2014). O fármaco mais utilizado no CHUSJ é o Atosiban, sendo também o mais indicado em gestações gemelares. A administração deste fármaco tem como efeitos secundários: náuseas, cefaleias e tonturas, tendo-se vigiado a sua eventual ocorrência, de modo a alertar a equipa médica. Assim, foi também considerado o protocolo de maturação pulmonar fetal, de acordo com a prescrição médica. Este reduz a incidência de morte neonatal, síndrome de membrana hialina, enterocolite necrotizante e hemorragia intraventricular. A corticoterapia deve ser iniciada o mais precocemente nas gestações complicadas por APPT/PPT, hemorragia de origem uterina, rotura prematura de membranas, ou qualquer outra situação que poderá

resultar em PPT entre as 24 e as 34 semanas de gestação e seis dias (Montenegro et al., 2014). O maior benefício da corticoterapia antenatal é atingido quando o intervalo de tempo entre o início da terapêutica e o nascimento é maior que 24 horas, mas inferior a sete dias. Caso seja necessário, repete-se um ciclo completo (ciclo de resgate) se passarem pelo menos 15 dias após o ciclo inicial, nas gestações que mantêm o risco de PPT, para uma melhoria na morbidade respiratória e morbidade composta neonatais (Montenegro et al., 2014). A terapêutica administrada foram quatro doses de dexametasona 6 mg por via intramuscular, com um intervalo de 12 horas. Teve-se em conta que no caso de suspeita de corioamnionite ou suspeita de infecção materna grave, nomeadamente tuberculose, não se poderia administrar esta terapêutica (Montenegro et al., 2014; WHO, 2015).

O protocolo de neuroprotecção, caso fosse necessário, seria realizado na sala de partos.

Ainda relativamente ao foco “Conhecimento sobre saúde” (2019), também se tornou importante esclarecer a grávida sobre o diagnóstico médico de DG. A DG define-se como uma intolerância aos hidratos de carbono, de grau variável, que é diagnosticada ou reconhecida pela primeira vez durante a gravidez. Os critérios de diagnóstico são baseados nos resultados do estudo Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome, que demonstra a existência de uma relação linear entre os valores da glicemia materna e a morbidade materna, fetal e neonatal. Apesar de não estar provado que o tratamento da hiperglicemia materna reduza o aparecimento de alterações da tolerância à glicose nos descendentes, trata-se de uma área de grande empenhamento científico, sendo os conhecimentos atuais suficientes para o desenvolvimento de programas de vigilância e prevenção nesta população (DGS, 2011). Segundo a norma 007/2011 da DGS, o diagnóstico da diabetes durante a gravidez tem um impacto significativo em vários aspetos da saúde materno-infantil e na saúde futura da mulher. O controlo da glicemia durante a gravidez diminui as complicações maternas, a mortalidade e morbidade perinatais, sendo esse benefício tanto maior quanto mais precocemente for realizado o diagnóstico e iniciado o controlo metabólico.

Otimizar o desfecho clínico em grávidas com DG requer um adequado controlo metabólico, assim como uma vigilância fetal que permita detetar atempadamente situações de maior risco perinatal como a hipoxia fetal, anomalias do crescimento fetal e alterações do volume de líquido amniótico. Na programação da vigilância pré-natal foram considerados os seguintes fatores: idade gestacional do diagnóstico; controlo metabólico; tipo de

terapêutica instituída; alterações do crescimento fetal; alterações da quantidade de líquido amniótico e a existência de comorbilidades (DGS, 2017). Assim, ensinou-se sobre o diagnóstico médico de DG, sobre as complicações maternas e fetais que podiam ocorrer, sobre os sinais e sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia e o seu tipo de tratamento.

Aquando da vigilância dos níveis de glicemia, ensinou-se e instruiu-se a grávida sobre a autovigilância glicêmica. Esta foi fundamental para avaliar o perfil glicêmico da grávida e a necessidade de iniciar a terapêutica farmacológica. Foram realizadas quatro determinações da glicemia capilar diárias, em jejum e uma hora após o início das três principais refeições, podendo estas serem ajustadas, caso fosse necessário (DGS, 2011).

O plano alimentar no decorrer do internamento foi personalizado por uma nutricionista e de acordo com o estado nutricional da grávida, os antecedentes clínicos, os hábitos alimentares e socioculturais. Este plano deve ser equilibrado e os hidratos de carbono/valor calórico total devem ser distribuídos ao longo do dia por três refeições principais, duas a três intermédias (uma a meio da manhã e uma dois lanches) e, uma antes de deitar. A ceia deve conter hidratos de carbono complexos, de forma a evitar a hipoglicemia noturna e a cetose matinal. O valor calórico total deverá conter macronutrientes de 50-55% de hidratos de carbono (aporte mínimo 175 gramas por dia), 30% de gorduras e 15 a 20% de proteínas. Deve também ter-se em consideração, na dieta da grávida, os micronutrientes fundamentais como os minerais (ferro, iodo e cálcio), vitaminas (ácido fólico, vitamina C e vitaminas lipossolúveis) e as fibras solúveis e insolúveis (DGS, 2017).

Relativamente ao foco “Consciencialização” (ICN, 2019), traduz-se num processo psicológico sendo um processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção, pensamento, raciocínio e memória. A consciencialização é uma propriedade fundamental de uma transição e está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. É uma característica definidora de transição, cuja ausência significa que a grávida pode não ter iniciado a experiência de transição. O seu nível influencia o nível de empenhamento, que é definido como o grau de envolvimento no seu processo de transição. A grávida só se pode envolver depois de se consciencializar das mudanças físicas, emocionais, sociais e/ou ambientais. A procura de informações e a proatividade são exemplos de empenhamento. Todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os efeitos e os seus significados. Estas devem ser exploradas segundo a sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas

pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada com eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nas ideias, percepções, identidades, relações e rotinas (Guimarães & Silva, 2016). Assim, promoveu-se a consciencialização da grávida face ao tempo de internamento, tipo de parto e prematuridade dos gêmeos. Visto tratar-se de uma gravidez múltipla monocoriónica monoamniótica, informou-se a grávida que o parto iria ser por via abdominal (cesariana), que o internamento poderia ser longo e deu-se espaço para que esta colocasse dúvidas e expusesse as suas preocupações. O papel fundamental neste caso foi, sem dúvida, o apoio a esta mulher grávida. Para além desta intervenção, questionou-se sobre a percepção das alterações que iriam ocorrer nesta gravidez, o que seria diferente em relação às anteriores, assim como a diferença da prematuridade dos seus futuros filhos. Promoveu-se também a consciencialização face à patologia, ensinando-se sobre o diagnóstico médico de DG (complicações maternas e fetais que poderiam ocorrer, sobre sinais e sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia e vigilância da glicemia) e sobre o diagnóstico médico de APPT (complicações maternas e fetais que poderiam ocorrer, sinais e sintomas de início do TP e o seu tipo de tratamento).

A gravidez é um dos acontecimentos mais sensíveis e vulneráveis na vida da mulher e do homem, que gera profundas alterações físicas e psíquicas, preparando-os para a parentalidade. É um período em que o casal grávido está mais sensível à mudança, podendo o RN ser o catalisador de modificações importantes nos seus progenitores (DGS, 2005).

A promoção da saúde mental implica que sejam desenvolvidos cuidados abrangentes, físicos, psíquicos e sociais, nos períodos pré e pós-natal. Foi nesta linha de pensamento que surgiu o Manual de orientação para profissionais de saúde da DGS (2005) que nos fornece um tipo de entrevista que deve ser aplicada cerca de um mês antes do parto denominada por “Entrevista Pré-natal para Promoção de Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância”. Esta entrevista deveria ser incluída em todos os serviços de grávidas de risco, pois ajuda os profissionais da saúde a detetarem precocemente alterações na saúde mental e a uniformizarem a recolha de dados a nível da saúde mental das grávidas, por conseguinte, atuarem mais eficazmente nas lacunas/alterações emocionais que as grávidas refiram (DGS, 2005).

A ameaça do nascimento antecipado, o risco de comprometimento da saúde fetal, o longo período de internamento não planeado e a restrição de atividade física propiciam *stress* na

grávida. O estudo realizado por Gaiva e Ferriani demonstrou que a gravidez e o nascimento prematuro foram difíceis e problemáticos para as mães, surgindo também a sensação de frustração pela inoportunidade de vivenciar a gravidez de forma natural, os sentimentos de angústia e de culpa pela incapacidade de parir normalmente e, também pelas condições de saúde do RN (Barros, 2006). Lipshitz et al., num dos seus estudos, alertam para o facto de os pais não estarem preparados emocionalmente para o nascimento de um filho prematuro, pois a ansiedade acerca da sobrevivência do RN é acompanhada de sentimentos de culpa, ódio e depressão (Barros, 2006).

Assim surgiram como focos a “Culpa” (ICN, 2019), a “Preocupação” (ICN, 2019), o “Stress” (ICN, 2019), o “Desespero” (ICN, 2019), “Sentimentos de impotência” (ICN, 2019), o “Medo” (ICN, 2019) e a “Ansiedade” (ICN, 2019). Segundo Carpenito-Moyet (2006), desesperança refere-se a um estado emocional duradouro, subjetivo, no qual o indivíduo não vê alternativas ou escolhas disponíveis para a solução de problemas ou para a obtenção do que é desejado, não sendo capaz de mobilizar energias para o estabelecimento de metas em seu benefício. Este foco parece englobar os outros anteriormente nomeados, pois as intervenções propostas por este autor trabalham e tentam resolver os outros focos. Assim, transmitiu-se empatia para promover a verbalização de dúvidas, medos e preocupações, estimulou-se a grávida a verbalizar o porquê da esperança ser significativa na sua vida e incentivou-se a mobilização de recursos internos da grávida (autonomia, independência, raciocínio, pensamento cognitivo, flexibilidade e espiritualidade). Exploraram-se os medos e as respostas emocionais à gravidez (incerteza sobre o futuro papel de mãe, incerteza quanto ao tempo de gravidez e medo em relação ao bem-estar dos fetos). Foram exploradas também as suas preocupações, ajudando a grávida a identificar expectativas irreais e discutindo essas preocupações.

Tornou-se importante colher dados que nos indicasse a evolução do processo de transição como: o sentir-se ligado (a redes sociais de apoio: família/amigos/profissionais da saúde); o interagir (com pessoas na mesma situação, profissionais da saúde, cuidadores familiares) a fim de clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições; o estar situado (no tempo, espaço e relações) que possibilita que a grávida se desprenda do seu passado e enfrente os novos desafios; o desenvolver confiança e *coping*, que se manifesta pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança e, a

utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação (Guimarães & Silva, 2016).

Relativamente ao foco “Dor” (ICN, 2019) na grávida, que se refere a uma percepção comprometida, como: o aumento de sensação corporal desconfortável, a referência subjetiva de sofrimento, a expressão facial característica, a alteração do tônus muscular, o comportamento de autoproteção, a limitação do foco de atenção, a fuga do contacto social, o processo de pensamento comprometido, o comportamento de distração, a inquietação e a perda de apetite. Realizou-se CTG para avaliar as contrações uterinas segundo a sua frequência, duração e intensidade. Avaliou-se a dor segundo a escala numérica e, questionou-se a presença de outros desconfortos não-relacionados com o TP. Informou-se sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor (técnicas de relaxamento, padrões respiratórios, massagem, aplicação de calor/frio e posicionamento), incentivou-se o uso de técnicas de distração e, quando requisitado, administrou-se medicação analgésica, segundo prescrição médica.

O repouso no leito na gravidez gemelar tem sido uma intervenção padrão desde o início dos anos 50 de modo a prolongar a gravidez, melhorar o crescimento fetal e gerir o TP. Apesar de nenhuma investigação proporcionar evidência dos benefícios do internamento, atualmente ainda é amplamente aceite. Existem vários estudos que documentaram efeitos nocivos para a grávida, para o feto e para a família de grávidas tratadas com restrição de atividade. Num estudo realizado por Levin et al. (2017), relativo a um grupo de mulheres que apresentavam vários fatores de risco para o PPT, a restrição de atividade física não diminuiu o risco deste, mas pelo contrário aumentou.

Num outro estudo realizado por Crowther (2001), concluiu-se que não existe evidência que apoie a recomendação da prática de internamento de rotina para repouso no leito em mulheres com gravidez múltipla e, que algumas mulheres consideraram mesmo essa hospitalização muito stressante (Lowdermilk & Perry, 2008). Assim, informou-se sobre a necessidade de repouso, orientou-se sobre a alternância de decúbitos e as vantagens do decúbito lateral esquerdo e ensinou-se sobre a prática de exercícios passivos e de relaxamento no leito, ajudando a lidar com a inatividade e com o tédio.

## 2. CUIDAR DA MULHER NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

O módulo “Trabalho de parto e parto” teve como objetivos desenvolver e demonstrar competências de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem à mulher e família em situação de TP e parto e assistência ao RN.

O cuidado prestado à mulher no processo de parir sofreu modificações ao longo do tempo. No final do século XIX, as mulheres pariam os seus filhos no seu próprio domicílio, contudo, no século XX, com os avanços técnico-científicos e o desenvolvimento das ciências médicas, a gestação e o nascimento tornaram-se eventos hospitalares e cirúrgicos. A partir destas modificações, o aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal e a excessiva medicalização contribuíram para um novo processo de parir, no qual a mulher passou a ser submetida a procedimentos desnecessários e a sua autonomia deixou de ser respeitada (Possati et al., 2017; Medeiros, Figueiredo, Correa & Barbieri, 2019).

Atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) e órgãos não-governamentais têm proposto alterações que enfatizam o cuidado prestado às mulheres, incluindo o resgate do parto natural (Possati et al., 2017). A atuação humanizada no parto refere-se à necessidade de um novo olhar, compreendendo-o como uma experiência verdadeiramente humana. Acolher, ouvir, orientar e criar vínculos são aspetos fundamentais no cuidado às mulheres, neste contexto (Possati et al., 2017).

A gestação e o parto são eventos naturais e fisiológicos que são determinados por processos individuais e sociais. Além disso, consistem numa experiência humana acrescida de valores, crenças, expectativas e preocupações que são dependentes da qualidade e quantidade das informações disponibilizadas a essas mulheres.

Por TP entende-se o conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Machado e Graça, 2017). Para estes autores, o TP divide-se em três estadios diferentes, designados por dilatação, período expulsivo e dequitação. Friedman dividiu o primeiro estadio em duas fases principais, que se designam por fase latente e fase ativa. A fase latente é a que decorre desde o início das contrações uterinas regulares até ao momento em que o colo uterino está completamente apagado e com cerca de três centímetros de dilatação, iniciando-se, então a fase ativa, durante a qual o colo uterino se dilata a um maior ritmo até ser atingida a dilatação completa. A duração da

fase latente é muito variável e pode ser influenciada por fatores externos, tais como, a analgesia pela via epidural, ou a estimulação da contratilidade uterina por ocitócicos. Pelo contrário, a fase ativa tem um ritmo e duração mais previsíveis, sendo que as suas características permitem prever o desfecho de um dado TP (Machado e Graça, 2017).

De acordo com o padrão de dilatação do colo uterino, a fase ativa pode ser dividida em três períodos: o período de aceleração, o período de declive máximo e o período de desaceleração. Friedman considerou que o período de declive máximo reflete com algum rigor a eficácia da contratilidade uterina, por outro lado o período de desaceleração fornece uma melhor informação acerca da relação feto pélvica (Machado e Graça, 2017).

Tal como já foi referido, este módulo foi também realizado no CHUSJ. O serviço de urgência de obstetrícia está dividido em subunidades. Na entrada apresenta dois gabinetes médicos, uma sala de enfermagem onde é realizada a triagem e uma sala onde é possível realizar a CTG a três grávidas simultaneamente. A triagem é o processo pelo qual se determina a prioridade do tratamento das grávidas/parturientes. O documento “Triagem- Prioridades de Obstetrícia e Ginecologia por Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica” foi elaborado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no sentido de garantir o atendimento com a identificação adequada do nível do risco das utentes, a respetiva intervenção assistencial/terapêutica em tempo útil pelo EESMO e os encaminhamentos para uma das valências de obstetrícia/ginecologia (alta, internamento ou transferência), tendo em conta o regulamento 127/2011 das competências específicas do EESMO (Torgal et al., 2017). Após decisão clínica para internamento, e caso as parturientes estivessem na fase latente do primeiro estadio de TP, passavam para a sala de cuidados intermédios que possui três camas. Caso as parturientes estivessem na fase ativa do primeiro estadio de TP passavam logo para a sala de partos, que são seis, sendo que uma das salas é destinada ao parto natural, possuindo uma banheira, mas sendo esta pouco utilizada. No serviço de urgência também está localizado o bloco operatório que contempla duas salas, onde são realizados os partos distócicos por cesariana quer programados, urgentes ou emergentes.

As grávidas que recorreram ao serviço de urgência de obstetrícia do CHUSJ foram avaliadas na sala de enfermagem destinada para esse efeito, sendo questionado o motivo da deslocação ao hospital e avaliado o bem-estar fetal através de CTG, quando a gestação era

superior a 35 semanas. Após a interpretação do traçado e avaliação médica, uma decisão clínica era tomada em relação às intervenções necessárias.

Na presença de um traçado normal de CTG e na ausência de TP, foi considerado relevante ensinar sobre a frequência dos movimentos fetais e como atuar perante a sua diminuição; ensinar sobre as contrações de Braxton-Hicks e ensinar sobre sinais de TP.

Na presença de um traçado normal de CTG, na ausência de TP, mas na presença de rotura de membranas, a grávida era admitida no internamento nos cuidados intermédios. Esta decisão assenta no protocolo do serviço, baseado nos riscos inerentes à rotura de membranas antes da insinuação da apresentação fetal, em particular o prolapso do cordão umbilical (Graça, 2017). No decorrer do estágio não se verificou nenhuma situação de prolapso do cordão umbilical. Quando a rotura de membranas se verificava antes do início do TP, ou seja, perante uma rotura prematura de membranas, a grávida ficava internada para maturação cervical, com o objetivo de prevenir possíveis complicações como, a corioamniotite, o descolamento prematuro da placenta, a hipoxia fetal e a sepsis (Graça, 2017).

Na presença de diagnóstico de TP, a mulher era admitida no internamento. Para além das grávidas vindas da urgência, também se internavam no núcleo de partos as grávidas que provinham da unidade de grávidas de risco, devido ao desencadear do TP espontâneo ou para indução do TP. Na sua generalidade, as parturientes eram internadas ainda no primeiro estadio do TP.

Dependendo do motivo de admissão das utentes, identificaram-se os diagnósticos de “Oportunidade de trabalho de parto (ICN, 2019) ou “Trabalho de parto presente” (ICN, 2019).

O TP caracteriza-se pela presença de contrações uterinas que provocam um aumento da pressão hidrostática intra-amniótica, exercendo pressão no segmento inferior, enquanto as membranas se mantêm intactas. Após a rotura das mesmas, é a apresentação fetal que exerce pressão direta sobre as estruturas, contribuindo para a dilatação e extinção do colo uterino. A dilatação do colo uterino é descrita numericamente entre um e dez centímetros, sendo considerada completa quando não é possível, durante o toque vaginal, sentir tecido do colo uterino diante da apresentação, o que corresponde ao diâmetro do canal quando atinge os dez centímetros. De igual modo, devido à contratilidade uterina do miométrio ocorre o encurtamento apreciável do colo uterino, designado por extinção. Na nulípara, a

extinção ocorre primeiro do que a dilatação, sendo que nas multíparas estes fenómenos ocorrem, regra geral, em simultâneo (Graça, 2017).

A maturação cervical refere-se a uma intervenção obstétrica que tem como objetivo preparar o colo do útero para uma posterior indução de TP, quando as características cervicais não são favoráveis ao sucesso da indução. Para a maturação cervical podem ser utilizados métodos farmacológicos ou métodos mecânicos. Os métodos farmacológicos mais utilizados no serviço foram dinoprostona em dispositivo vaginal de libertação lenta e misoprostol em comprimidos intravaginais. O método mecânico consiste na colocação de uma sonda de *foley* dilatada com soro fisiológico, que é uma alternativa eficaz, mas com efeito mais lento (DGS, 2015). Este método também foi utilizado no serviço.

A indução do TP refere-se como a intervenção obstétrica que tem como objetivo a iniciação artificial de contrações uterinas rítmicas de forma a desencadear o TP antes do seu início espontâneo a partir das 22 semanas de gestação. O método farmacológico utilizado é a ocitocina que deve ser realizada com monitorização CTG contínua (DGS, 2015). Ao longo deste módulo de estágio, verificou-se a prescrição de indução de TP sobretudo em mulheres com gestação não complicada após as 41 semanas.

A maturação cervical e a indução do TP estão contraindicadas nas mulheres com dois ou mais partos distócicos por cesariana anteriores ou um parto distócico por cesariana com incisão não segmentar, assim como nas mulheres com cirurgia uterina prévia envolvendo o miométrio (devido ao risco de rotura uterina) e todas as situações que contraindicam o parto vaginal (DGS, 2015).

No decorrer do internamento da parturiente/casal no núcleo de partos, na sala de cuidados intermédios, foi fundamental proceder ao acolhimento. Tal como explicado no capítulo anterior, este foi essencial para diminuir a ansiedade presente, facilitando a integração no serviço e a relação terapêutica da mulher/casal com os profissionais da saúde. No caso particular deste módulo de estágio, considerou-se que o acolhimento permitiu que a mulher se sentisse mais à vontade, segura e confiante, sendo que este aspeto foi importante na redução do *stress*. Neste sentido, promoveu-se uma escuta ativa e incentivou-se para que esta participasse com autonomia em todas as decisões que envolvessem o seu processo TP e parto.

A colheita de dados inicial foi similar à do internamento de medicina materno-fetal, adicionando-se a avaliação das características do colo uterino (dilatação e extinção). Nos

casos em que esta avaliação já tinha duas horas, procedeu-se à realização de um novo exame vaginal, de forma a se detetarem alterações a nível da dilatação e extinção uterina e a nível da integridade da bolsa amniótica, registando-se a data, a hora e as características do líquido amniótico, em caso de rotura de membranas. Com estas informações preencheu-se o partograma. Verificou-se a eventual presença de infeção por *streptococcus* do grupo b e quando presente procedeu-se à administração de antibiótico, segundo protocolo do serviço, na presença de TP.

A informação colhida na admissão da parturiente, bem como ao longo do internamento, foi registada no sistema informático e no partograma, de acordo com as recomendações da WHO (2018). A importância destes registos é inquestionável, na medida em que melhora o acompanhamento da mulher, proporciona uma melhor vigilância da evolução do TP, permite a deteção precoce de complicações e facilita a tomada de decisão autónoma, evitando intervenções desnecessárias e rotineiras.

O partograma, designação da representação gráfica da evolução do TP, fornece uma ajuda visual para se compreenderem as relações temporais entre a dilatação do colo uterino e a descida do feto. Esta análise gráfica permite detetar precocemente as anomalias do TP e agir de acordo com as mesmas, orientando a equipa obstétrica para a necessidade de se tomar determinadas atitudes, tais como: a amniotomia, a estimulação da contratilidade uterina com ocitocina ou a decisão da prática de um eventual parto distócico por cesariana. O preenchimento do partograma, à medida que o TP vai evoluindo, é um passo fundamental da assistência ao parto, porque nem sempre é o mesmo elemento da equipa obstétrica a proceder às observações seriadas de uma mesma parturiente (Machado e Graça, 2017).

Após o acolhimento, a parturiente no primeiro estadio de TP era submetida a algumas atividades de vigilância do bem-estar materno-fetal. Neste sentido, encontrava-se protocolado no serviço a avaliação dos sinais vitais uma vez por turno. A vigilância da temperatura corporal materna é crucial durante o TP, na medida em que, se presente pode-se estar perante uma infeção materna. Para a vigilância do bem-estar materno-fetal encontrava-se também protocolado no CHUSJ a monitorização CTG. Apesar de ser o método *standard* para a avaliação da vitalidade fetal, coloca-se em questão a necessidade de uma monitorização contínua ou a possibilidade de ser realizada de forma intermitente.

Nas parturientes com o diagnóstico médico de DG ou prévia tratadas com dieta, durante o TP, realizou-se a monitorização da glicemia capilar a cada quatro horas, sendo administrada uma perfusão de soro glicosado polieletrólítico a 125 ml/hora até retomar a alimentação oral, assim, dependendo dos valores de glicemia, foi seguido o esquema de insulina segundo o protocolo do serviço.

Nas mulheres tratadas com insulina ou antidiabéticos orais, foi administrado um soro glicosado polieletrólítico a 125 ml/hora, e uma perfusão em seringa infusora com 50 unidades de insulina de ação curta em 50 ml de soro fisiológico, a um débito variável segundo a glicemia capilar horária (DGS, 2017; Ferraz et al. in Montenegro et al., 2014).

Relativamente à “Ingestão nutricional” (ICN, 2019), a OMS (2018) recomenda o consumo oral de líquidos e alimentos por mulheres de baixo risco. Permitir o consumo oral durante o TP respeita as escolhas e os desejos das mulheres. Além disso, a restrição do consumo oral de líquidos e alimentos durante este período não tem qualquer efeito benéfico sobre os resultados clínicos. Contudo, é protocolo do serviço as mulheres ficarem em jejum ou apenas consumirem líquidos, ficando estas mulheres com uma perfusão de soro a 125 ml/h (Campos, Amaral, Mateus e Faria in Montenegro et al., 2014).

Para determinar a progressão do TP procedia-se ao exame vaginal. Esta intervenção permitiu a aquisição de dados importantes para o prognóstico do parto, como as características da bacia materna, a integridade da bolsa amniótica, as características das perdas vaginais (presença de sangue ou líquido amniótico, coloração e cheiro) e a estática fetal, incluindo nesta última a atitude (postura fetal que se caracteriza pela flexão generalizada do corpo com forma ovóide, adaptando-se à configuração uterina), a situação (relação entre os maiores eixos maternos e fetal), a apresentação (parte fetal palpável ao toque vaginal através do colo uterino, podendo ser cefálica, pélvica ou de espádua), a posição (relação entre o ponto de referência da apresentação com os lados esquerdo ou direito do canal de parto) e a variedade (relação do ponto de referência da apresentação com as regiões anterior, posterior ou transversa do canal do parto). Apesar da extraordinária mobilidade da bacia, que permite a acomodação do feto, existem casos em que os fetos mal posicionados contribuem para TP prolongados/estacionários, partos distócicos por cesariana e instrumentados (Graça, 2017).

O exame vaginal permite também determinar a dilatação e extinção do colo uterino. Para determinar a evolução do TP, recorre-se ao índice de *Bishop* na medida em que este

permite considerar as características do colo uterino no que diz respeito à progressão normal do TP, assim como a descida da apresentação fetal segundo os Planos Paralelos de *Hodge*. O primeiro plano corresponde à passagem pelo promontório e bordo superior da sínfise púbica, o segundo plano corresponde à passagem entre a segunda e terceira vértebra sagrada e o bordo inferior da sínfise púbica, o terceiro plano implica a passagem pelas espinhas isquiáticas, e no quarto plano passa pela ponta do cóccix (Graça, 2017).

Relativamente ao exame vaginal, este deve ser realizado em intervalos de quatro horas para mulheres de baixo risco na primeira fase ativa do TP (OMS, 2014). Contudo, nesta instituição está preconizado a realização do exame vaginal em intervalos de duas horas, no caso de ocorrerem contrações uterinas rítmicas; de imediato, após suspeita de rotura de membranas e, de hora em hora na fase ativa de TP (Campos, Amaral, Mateus e Faria in Montenegro, 2014).

No estudo realizado por Costa, Pacheco, Figueiredo (2012) durante o período gestacional, a mulher constrói expectativas positivas relativas ao parto quando se reportam ao apoio por parte das pessoas significativas e dos profissionais da saúde, e menos positivas no que concerne às próprias capacidades para lidar com a situação. A preocupação, a ansiedade e o medo são comuns durante a gravidez, contudo, podem ter repercussões adversas ao nível das complicações obstétricas, do desenvolvimento fetal e neonatal, interferindo também na própria experiência emocional do parto.

Segundo os mesmos autores a antecipação de parto tem sido observada sobretudo em mulheres com gestações de elevado risco obstétrico, menos informadas e com níveis de ansiedade mais elevados, assim como em casais com características psicológicas menos favoráveis. O parto é, normalmente, aguardado com ansiedade pela generalidade dos casais e constitui um marco extremamente significativo nas suas vidas.

De uma forma geral, a experiência de parto é percebida pela maioria das mulheres como sendo difícil, essencialmente por envolver elevados níveis de dor, ansiedade, perda de controlo, perda de noção de tempo e lugar e emoção negativa. Apesar disso, a avaliação que as mulheres fazem acerca da sua experiência de parto depende, em parte, de fatores demográficos, obstétricos e psicossociais como: a idade, paridade, antecipação de parto, tipo de parto, analgesia, participação ativa da mulher nas decisões médicas, expectativas prévias, fatores psicológicos, suporte de figuras significativas e atitudes dos profissionais da saúde (Costa; Pacheco; Figueiredo; 2012). Neste estudo também se concluiu que a maioria

das mulheres não planeou ainda o seu parto ao segundo trimestre de gravidez, uma vez que, na sua generalidade, ainda não escolheu como quer que o seu parto ocorra, desconhece os procedimentos médicos relativos ao TP e parto e, embora considere importante, ainda não treinou os métodos de respiração e relaxamento. Apesar do sentimento de confiança ser elevado, as expectativas são de vir a sentir muita dor e medo e, conseqüentemente, são diminutas as expectativas de controlo. De uma forma geral, estão presentes preocupações com o estado de saúde da própria mulher e do RN. No entanto, as expectativas quanto à capacidade de proporcionar cuidados ao RN e relativas à relação com o RN e com o seu companheiro são positivas, tal como as de suporte por parte do companheiro, familiares ou amigos (Costa; Pacheco; Figueiredo; 2012).

Desta forma, foram trabalhados os focos: "Ansiedade" (ICN, 2019), "Stress" (ICN, 2019), "Medo" (ICN, 2019), "Preocupação" (ICN, 2019). De forma a gerir o bem-estar emocional de cada casal, incentivou-se a mulher/casal a falarem sobre os seus medos e inseguranças, sentimentos e perceção sobre a gravidez e parto. Demonstrou-se disponibilidade, esclarecimento de dúvidas, explicou-se todos os procedimentos realizados, envolvendo-se o casal nas decisões.

Relativamente à influência do companheiro no acompanhamento da parturiente, este pode ser considerado como o acompanhante ideal no processo de parir, devido a fatores como a formação de vínculo e a representação de laços de família. Ao acompanhar o nascimento do filho, este afirma a sua paternidade e valoriza o seu papel (Holanda et. al., 2018).

Holanda et. al. (2018) realizaram um estudo em que todas as parturientes tiveram o direito a um acompanhante, mas, mais importante do que isso, todos esses acompanhantes foram os pais dos RNs e atuais companheiros dessas mulheres. Estas autoras concluíram que a maioria das mulheres relatou que a presença do acompanhante foi relacionada a menores índices de violência verbal, psicológica ou física, menor tempo de espera no atendimento, maior respeito por parte dos profissionais da saúde, maior privacidade no processo de parir, maior clareza nas explicações, maior tempo para fazerem perguntas, maior participação nas decisões, culminando em maior satisfação com o atendimento ao parto. A amostra deste estudo foi composta por primíparas que apresentavam medos e inseguranças com maior facilidade, necessitando, portanto, de maior apoio. As mesmas autoras concluíram que o facto de a parturiente receber atenção e conforto no momento do parto pode influenciar positivamente as suas atitudes. A mulher que é preparada desde

o período pré-natal acerca de orientações relativas à gestação, parto e puerpério, vivenciará esses momentos com maior segurança e satisfação, facto que se pode estender ao seu acompanhante. Neste contexto, planejar o parto contribui positivamente para a preparação da mulher durante o TP e parto, aprimorando as dimensões acerca da segurança, efetividade, satisfação e empoderamento da mulher. A preparação do acompanhante, com o intuito de acompanhar o parto, traz maior segurança para a parturiente. Isto porque saberá como proceder e poderá colaborar nas técnicas não farmacológicas para o alívio da dor de TP, assim como a equipa da saúde encontrará no acompanhante um aliado, culminando numa vivência de parto mais satisfatória para todos os envolvidos (Holanda et. al., 2018).

Perante isto, surge o conceito de Plano de Parto e Nascimento, que foi descrito por Sheila Kitzinger, em 1980, nos Estados Unidos. Trata-se de um documento de carácter legal, contendo as escolhas da mulher para o seu pré-parto, parto e pós-parto. Tem como objetivo orientar e preparar não apenas a mulher e o seu respetivo acompanhante, mas também a equipa da saúde presente ao longo do parto. Evidencia os procedimentos que geram conforto à parturiente e aqueles que são indesejáveis, assim como é comunicada ao casal qualquer alteração que ocorra que necessite de intervenção. É uma carta elaborada durante o acompanhamento pré-natal e pode conter orientações sobre a alimentação, os exercícios físicos e respiratórios. Centraliza o direito à informação e à decisão na mulher, tornando-a protagonista do seu próprio parto, assim como os seus familiares. Está subjacente o Princípio Bioético da Autonomia, que se refere à autodeterminação, direito de liberdade, privacidade, escolha individual e livre vontade. O respeito deste princípio subsidia o controlo da mulher sobre o seu processo de parto, proporcionando a esta a satisfação de poder decidir, assim como minimizar os possíveis medos decorrentes do processo de parir. Com base numa revisão integrativa realizada por Silva, Neves, Sgarbi e Souza (2017) concluiu-se que esta ferramenta pode garantir uma melhor qualidade da assistência do binómio mãe e filho, contribuindo para a redução e a eliminação de atos de negligência, imperícia e imprudência, assim como pode promover a emancipação da mulher, podendo fortalecer o laço afetivo quando esta delega ou a compartilha das decisões relacionadas ao processo de parir com o companheiro e familiares (Silva; Neves; Sgarbi & Souza, 2017).

Medeiros, Figueiredo, Correa e Barbieri (2019) concluíram na sua revisão integrativa três pontos fundamentais, relativamente ao Plano de Parto, tais como: a sua construção

durante o período pré-natal influencia positivamente o processo de parto e os desfechos materno-fetais; as expectativas irrealistas podem causar insatisfação com a experiência de parto; e, que os prestadores de cuidados desempenham um papel central no apoio à realização dos Planos de Parto e no cumprimento destes. No decorrer do estágio apenas uma mulher entregou o seu Plano de Parto e Nascimento.

Relativamente ao foco “Dor de trabalho de parto” (ICN, 2019), este possui características distintas mediante o estadio em que a parturiente se encontra. Durante o TP a dor surge da contração do miométrio contra a resistência do colo uterino e do períneo, da dilatação progressiva do colo uterino e do segmento inferior do útero e do alongamento e compressão das estruturas perineais e pélvicas. Durante o primeiro estadio do TP, a dor é primariamente visceral, resultando das contrações uterinas e da dilatação do colo do útero. A dor é, inicialmente, sentida na região abdominal inferior, estendendo-se à medida que o TP avança à região lombossagrada, glúteos e coxas. A intensidade da dor também vai aumentando com a progressão da dilatação uterina e com o aumento da frequência e da intensidade das contrações (Lança in Graça, 2017).

Existem fatores que parecem estar relacionados a uma maior percepção de dor, tais como: fatores fisiológicos, psicossociais e ambientais. Dentro dos fatores fisiológicos, estão incluídos o aumento da intensidade, duração e frequência das contrações uterinas, existindo uma relação com a história clínica de dismenorreia e a intensidade da dor no TP. As parturientes nulíparas parecem referir maior dor até aos cinco centímetros de dilatação do colo uterino do que as múltiparas. Os fatores psicossociais referem-se à cultura e à etnia das parturientes. Também a imaturidade das parturientes, associada a uma maior ansiedade e medo da dor, por falta de esclarecimentos adequados em relação ao TP, pode levar a um aumento da intensidade da dor, como já referido anteriormente. Em relação aos fatores ambientais estão incluídos os fatores logísticos (equipamento das instalações, mobiliário, som ambiente, luminosidade e temperatura ambiente), assim como o comportamento assumido pela equipa da saúde envolvida. Uma boa comunicação, o respeito pela privacidade e a liberdade de movimentos tornam-se fatores decisivos na eficácia do controlo da dor e na satisfação das parturientes pelos cuidados prestados (Lança in Graça, 2017).

Entre as práticas que são úteis e que devem ser encorajadas, encontram-se os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, que são estratégias postas em prática no TP para uma

maior tolerância e controlo da dor. Em 1996, a OMS destacou como métodos eficazes o banho, a massagem, as técnicas de relaxamento, a hidroterapia, a electroestimulação cutânea, a deambulação e a cinesioterapia. Com o decorrer do tempo, outros métodos também foram adotados como: os exercícios respiratórios, o relaxamento muscular (através de técnicas de eletroterapia e alongamentos), o uso da bola suíça e a deambulação, podendo estas serem utilizadas de forma isolada ou combinadas. Cada método possui uma característica principal que procura proporcionar à parturiente controlo emocional e diminuição da sensação dolorosa, assim como favorecer a assistência contínua, proporcionar conforto físico, apoio emocional e comunicação efetiva entre a equipa da saúde, a parturiente e o acompanhante (Mielke; Gouveia; Gonçalves, 2019).

Num estudo quantitativo transversal desenvolvido no Brasil, por Mielke, Gouveia e Gonçalves (2019), concluiu-se que o método de maior destaque foi o banho. Este método favorece o relaxamento da musculatura, promovendo o conforto e, não causa malefícios ao feto. Está descrito como um auxiliar natural do processo do TP que melhora de forma significativa a circulação sanguínea da mulher. Contudo, não foi um método utilizado no decorrer do estágio. Isto porque, ainda é protocolo do serviço a realização de CTG contínua e a perfusão de soro glicosado, desde o início do internamento. Para além destes aspetos, muitas parturientes recorreram desde o início do TP a analgesia por via epidural.

A deambulação é um método terapêutico capaz de acelerar o TP, facilitado pela posição verticalizada e pelo efeito favorável da gravidade que, associada à mobilidade pélvica, aumenta a velocidade da dilatação cervical e da descida fetal (Mielke; Gouveia; Gonçalves, 2019). Este método foi pouco utilizado, devido à CTG contínua. Contudo, quando a CTG com a função de telemetria estava disponível, utilizava-se de forma a permitir a deambulação da parturiente. A OMS (2018) recomenda a auscultação com aparelho de ultrassom Doppler ou estetoscópio fetal Pinard, no primeiro estágio do TP a cada 15 a 30 minutos, enquanto no segundo estadio recomenda a cada cinco minutos. O serviço também não possui muito espaço, na sala de intermédios, para a deambulação.

Relativamente aos exercícios respiratórios, ensinou-se sobre a diferença entre a respiração torácica e a abdominal. A primeira proporciona maior expansibilidade torácica no sentido lateral, alivia o fundo uterino e promove maior oxigenação. A adoção deste tipo de respiração é recomendada durante as contrações uterinas. A respiração abdominal é levemente mais profunda e a sua adoção é aconselhada para os intervalos das contrações,

pois promove o relaxamento da parturiente. A respiração, quando realizada de maneira firme e cuidadosa, proporciona calma e tranquilidade à parturiente. Do mesmo modo que as emoções afetam a respiração, a reação inversa também pode ocorrer. A concentração no ritmo respiratório ajuda a parturiente a centrar a sua atenção em algo e essa medida pode ser adotada de forma ativa. São medidas que proporcionam auto-ajuda e fazem com que a parturiente tenha um papel ativo durante todo o processo (Bobak, Perry & Lowdermilk, 2002).

Yuksel, Cayir, Kosan e Tastan (2017) concluíram no seu estudo que os exercícios respiratórios proporcionavam um controlo significativo da dor na segunda etapa do TP. Os exercícios de respiração podem facilitar o controlo da dor reduzindo a pressão exercida no períneo, bem como reduzindo a vontade da mulher em realizar os esforços expulsivos. O aumento da pressão resultante das contrações uterinas, durante o impulso, é neutralizado pela respiração profunda. Este pode ser o mecanismo pelo qual as técnicas de respiração reduzem a dor durante a segunda etapa do TP (Yuksel; Cayir; Kosan; Tastan, 2017).

A bola suíça ou bola de nascimento é um instrumento terapêutico comumente utilizado pela fisioterapia, que foi inserida em centros de partos normais como um auxiliar na adoção das posturas verticais e no suporte para outras técnicas como, a massagem, o banho de chuveiro, a realização de alongamentos e a mobilidade pélvica. Por se tratar de um método lúdico, distrai a parturiente, tornando o TP mais tranquilo, diminuindo a tensão física e emocional e possibilitando maior conforto. A liberdade de movimentos permite que a mulher instintivamente assuma posições que facilitam a acomodação do feto, diminuem a compressão de vasos e nervos e, reduzem os níveis de *stress* e dor, ajudando na evolução da dilatação e descida fetal. No presente estudo observou-se que a bola foi um instrumento auxiliar efetivo na adoção de posturas verticais e no alívio da dor de TP (Gallo, Santana, Marcolin & Quintana, 2014).

A bola suíça foi o método mais utilizado pelas parturientes, desde a fase latente à fase ativa do TP. Este aspeto pode dever-se ao facto de ser um método demonstrado e ensinado nas sessões de preparação para o parto. Desta forma, reforçou-se os ensinamentos sobre os seus benefícios, instruiu-se a sua utilização e supervisionou-se a parturiente no uso do mesmo. O uso da analgesia por via epidural não foi um impedimento para a utilização da bola de pilates. Aquando da sua utilização, apenas se confirmou a sensibilidade dos membros inferiores, antes de incentivar a parturiente no uso deste método.

Com a progressão do TP e subsequente aumento da dor de parto, as parturientes solicitavam analgesia por via epidural. Antes da realização da técnica, o anestesiológista colhia informação concreta sobre a história obstétrica da parturiente e os dados do TP em curso (dilatação e grau de apagamento do colo, tipo e nível de progressão da apresentação, a regularidade das contrações uterinas e as características do canal de parto), avaliação clínica e analítica. Após a colheita de dados, o anestesiológista ia conversar com a parturiente, ensinar sobre a analgesia por via epidural (benefícios, contraindicações e efeitos secundários) e obter o seu consentimento informado (Lança in Graça, 2017).

O bloqueio epidural é uma técnica que pode proporcionar analgesia durante o parto vaginal ou no parto distócico por cesariana, consoante o tipo, a dose e a concentração dos fármacos que são introduzidos no espaço epidural. Assim, colaborou-se com o anestesiológista, reunindo-se todo o material e fármacos necessários, como um anestésico local (ropivacaína) associado ou não a um opiáceo (sufentanil) (Martins, Marques & Tomé, 2002). Posicionou-se a parturiente: sentada com curvatura anterior do tronco ou em decúbito lateral com os membros inferiores juntos ao abdómen, assim como se monitorizou de forma contínua a pressão arterial, a frequência cardíaca materna e a frequência cardíaca fetal por CTG, de forma a diagnosticar atempadamente alguma complicação ou efeito secundário que pudesse surgir (Martins, Marques & Tomé, 2002). Quando a parturiente tinha perfusão ocitócica suspendia-se, de forma a diminuir a intensidade e a frequência das contrações uterinas, aquando da colocação do cateter epidural. Esta técnica tem como efeitos secundários: hipotensão arterial materna, náuseas e vômitos, tremores, prurido e retenção urinária. Desta forma, devido ao “Risco de hipotensão” administrou-se fluidoterapia em perfusão rápida e colocou-se um cateter urinário pelo “Risco de retenção urinária”.

Não existe nada que comprove que a dor de TP seja benéfica para a parturiente ou para o feto. Pelo contrário, esta associada ao *stress* e à ansiedade produzem, através de reflexos medulares, alterações na homeostasia materna, especificamente hiperatividade adrenérgica e hiperventilação, que determinam uma diminuição da oxigenação e da estabilidade cardiovascular materna com significativas repercussões fetais (Martins, Marques & Tomé, 2002).

A analgesia pela via epidural é uma técnica que produz menos efeitos secundários sobre a fisiologia materna e fetal, sendo que constitui um método mais eficaz de alívio da dor em

todas as fases de TP e parto, se utilizada criteriosamente. Tem como objetivo proporcionar o alívio da dor sem produzir um bloqueio motor significativo, já que interessa manter a parturiente colaborante durante o parto (Martins, Marques & Tomé, 2002).

Após a colocação do cateter epidural, as mulheres passaram a estar mais confinadas ao leito, devido ao bloqueio motor dos membros inferiores, às perfusões de fluidoterapia ou de analgesia, caso fosse prescrita a *Patient-Controlled Epidural Analgesia: PCEA*, à introdução de cateter vesical, assim como pela necessidade de monitorização CTG contínua. Estas intervenções contribuíram para a limitação de movimentos da parturiente, sendo esta uma das maiores desvantagens deste método farmacológico.

Na fase ativa do primeiro estadio de TP, a parturiente passava para a sala de partos. Nesta sala tinha ao seu dispor música. Esta também é considerada um método não farmacológico, na medida em que é um recurso para o relaxamento, atuando na redução da ansiedade, *stress* e na percepção de dor (Lowdermilk in Lowdermilk & Perry, 2008).

Relativamente às anomalias do TP, estas são consideradas distocias devido à presença de fenómenos patológicos que interferem com a dilatação do colo uterino e com a progressão do feto, através do canal de parto até à sua expulsão. Os mecanismos responsáveis pela distocia são divididos em dois grupos: os de natureza dinâmica e os de natureza mecânica. Os de natureza mecânica passam por: anomalias da apresentação, posição e dimensões do feto, anomalias da bacia materna/contração pélvica e anomalias dos tecidos moles do canal de parto. Os de natureza dinâmica passam por: disfunção contrátil uterina, anomalias do TP e forças expulsivas voluntárias inadequadas (Machado e Graça, 2017). Ao longo deste módulo constatou-se muitas situações de distocia por mecanismos mecânicos: disfunção contrátil uterina, quer a nível hipotónico, bem como a nível hipertónico.

Na disfunção contrátil hipotónica praticaram-se duas intervenções: a administração de ocitocina e a amniotomia. A administração de ocitocina foi realizada por via endovenosa, diluindo 10 unidades de ocitocina em 1000 ml de dextrose a 5%, com recurso a uma máquina perfusora, de forma a aumentar a precisão de dose administrada. Iniciou-se a perfusão a um ritmo de 15ml/h e se aumentou a cada 30 minutos 15 ml/h, até se ter verificado contratilidade regular ou terem surgido sinais de CTG não tranquilizadores, isto até a um máximo de 125ml/h. A frequência cardíaca fetal e a contratilidade uterina foram monitorizadas de forma contínua durante a administração de ocitocina, limitando a liberdade de movimento da parturiente. Se as contrações uterinas excedessem 60

segundos de duração ou se, se verificasse desaceleração da frequência cardíaca fetal, a perfusão ocitócica seria interrompida ou o seu ritmo diminuído. Após a interrupção da perfusão de ocitocina, as contrações desta no plasma materno diminuem rapidamente, uma vez que a semivida da hormona é menor que cinco minutos (Machado e Graça, 2017). Se a estimulação ocitócica condicionasse três a quatro contrações uterinas em cada dez minutos e não houvesse progressão da dilatação durante quatro horas, considerava-se o parto distócico por cesariana por TP estacionário (DGS, 2015).

Por outro lado, se estivesse estabelecido o diagnóstico de fase ativa do TP com disfunção contrátil de tipo hipotónico e estando o polo cefálico fixado na escavação pélvica, se as membranas estivessem intactas, procedia-se à sua rotura artificial. Geralmente, nos 30 a 60 minutos subsequentes à rotura de membranas, a contratilidade uterina melhora tanto quantitativamente como qualitativamente (Machado e Graça, 2017). O mesmo é recomendado pela DGS (2015), não havendo progressão da dilatação do colo uterino durante quatro horas antes dos seis centímetros, ou durante duas horas após os seis centímetros, e desde que haja evidência de bem-estar materno-fetal, deve-se considerar a realização de amniotomia, após o consentimento da parturiente. Contudo, a OMS (2018) apenas recomenda esta prática se a parturiente já estiver sob perfusão de ocitocina. Avaliou-se com o recurso ao toque vaginal se a apresentação fetal se encontrava com o diâmetro biparietal ao nível do III plano de Hodge e através de uma pinça de Herff rompeu-se artificialmente as membranas amnióticas, de forma assética, para prevenir o risco de infeção. Foi exercida, simultaneamente, pressão no fundo uterino para promover a saída gradual de líquido amniótico de forma a minimizar o risco de laterocidência ou a procidência do cordão umbilical (OMS, 2014). Após a sua realização foram avaliadas as características do líquido amniótico como, o cheiro, a quantidade e a coloração, registando-se no partograma estas características e a hora. Ao longo deste módulo realizou-se este procedimento duas vezes.

Na disfunção contrátil hipertónica, o objetivo da terapêutica foi aliviar a dor materna e diminuir a atividade uterina anárquica, de modo a que o TP prosseguisse normalmente. No TP hipertónico, surgiram, por vezes, padrões contráteis bem definidos: hipertonia uterina e taquissistolia uterina (Machado e Graça in Graça, 2017). A hipertonia uterina é definida pelo aumento patológico da atividade do miométrio, incluindo um ou mais parâmetros da contratilidade (aumento da amplitude, duração, frequência das contrações e aumento do tónus basal). A taquissistolia uterina caracteriza-se pelo aparecimento de cinco ou mais

contrações em cada 10 minutos durante um período superior a 20 minutos (Campos in Montenegro et al., 2014).

A atitude terapêutica da hipertonia uterina e da taquissistolia uterina assentam na abolição imediata dos fármacos ocitócicos em curso, na administração de fluídos e no posicionamento da parturiente em decúbito lateral esquerdo, com o fim de melhorar a perfusão uteroplacentária. Apesar de a literatura descrever a oxigenoterapia intermitente com máscara como uma medida terapêutica, esta não foi utilizada. Muitas vezes foi necessária a administração de fármacos com ação tocolítica em perfusão, quer nas situações de ausência de estimulação ocitócica ou na não melhoria após a sua suspensão. O fármaco mais utilizado foi o salbutamol que é um beta-mimético que atua promovendo a saída do cálcio das células do miométrio (Machado e Graça in Graça, 2017).

O salbutamol é atualmente o tocolítico mais utilizado em Portugal durante o TP para controlar as situações de hipercontratilidade uterina. Este foi administrado por via endovenosa com recurso a máquina perfusora. O protocolo utilizado foi uma ampola de 1 ml (0.5 mg/ml) de salbutamol em 100 ml de soro fisiológico em máquina perfusora a um ritmo de 300 ml/h durante cinco minutos, no máximo. Monitorizou-se a frequência cardíaca materna pois este fármaco tem como efeito secundário a taquicardia (Campos in Montenegro et al., 2014).

Nos casos em que foi decidida a maturação ou a indução de TP teve-se como focos: “Consciencialização” (ICN, 2019) sobre a situação atual; “Conhecimento sobre saúde” (ICN, 2019) referente aos benefícios e efeitos secundários da maturação e indução de TP e, “Oportunidade de TP” (ICN, 2019). Informou-se o casal sobre os objetivos do plano terapêutico estabelecido, informou-se sobre a necessidade de monitorização CTG a contínua e repouso no leito durante pelo menos duas horas após a aplicação do fármaco por via vaginal, ensinou-se sobre os riscos e benefícios associados à terapêutica administrada e a evolução esperada ao longo do internamento.

A distocia de ombros esteve presente em três situações e é considerada uma emergência obstétrica. Após a saída da cabeça fetal, não foi possível libertar os ombros com as manobras habituais de tração inferior da cabeça. Nestas situações, colocou-se as coxas da parturiente em hiperflexão sobre o abdómen, ou seja, a manobra de *McRoberts*, de seguida realizou-se uma pressão suprapúbica contínua, manobra de *Rubin I*, conseguindo-se a

deslocação do ombro anterior em direção ao tórax fetal. A realização destas manobras, foram suficientes para resolver a distocia nestas três situações (Montenegro et al., 2014).

O segundo período do TP ou período expulsivo corresponde ao período que decorre entre a dilatação completa do colo do útero até à expulsão do feto. Nesta fase, a maioria das parturientes referiram a necessidade de realizar esforços expulsivos durante as contrações uterinas. A força combinada criada pelas contrações e pela musculatura abdominal promove a descida do feto no canal de parto até a sua expulsão pelo introito vaginal. A intervenção passou por ser expectante, aguardando pela descida do móvel fetal. Preparou-se o material necessário para o parto e colocou-se o equipamento de proteção individual esterilizado. Nesta altura também se posicionou a parturiente em semi-fowler, apesar da OMS (2018) defender a liberdade da escolha da posição de parto, como as posições verticalizadas e laterais, mesmo quando as parturientes estivessem sob analgesia por via epidural. Incentivou-se a parturiente a fazer esforços expulsivos quando sentisse necessidade. No entanto, por vezes, a colaboração neste esforço foi insuficiente ou inadequada, devido a analgesia pela via epidural, no qual a parturiente deixava de sentir a necessidade de fazer esforços expulsivos, ou seja, o reflexo de Ferguson não estava presente. Nesta situação ensinou-se a parturiente a perceber o momento em que devia proceder ao esforço máximo e ensinou-se a compreender o início das contrações uterinas pelo toque no abdómen. A parturiente foi orientada e encorajada sempre quanto aos esforços coordenados a realizar no período expulsivo, de modo a retirar o máximo benéfico do seu esforço (Machado e Graça in Graça, 2017). O mecanismo do parto implica a acomodação do feto à estrutura óssea através da qual tem de passar. Os movimentos cardinais do parto em apresentação de vértice são: encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão. Quando ocorreu a coroação, após a rotação interna, realizou-se a proteção do períneo e a massagem perineal com lubrificante, de modo a preservar a integridade do períneo, reduzindo o risco de trauma perineal (OMS, 2017). Contudo, por vezes, foi necessária a realização de episiotomia, quando na coroação era possível verificar uma palidez dos tecidos. Até à saída do feto, avaliou-se sempre o bem-estar fetal, através da monitorização de CTG.

A episiotomia é uma laceração perineal de segundo grau, iatrogénica, realizada com o intuito de facilitar/abreviar o segundo estadio do TP ou quando se verificava uma elevada probabilidade de ocorrer uma laceração espontânea do períneo. A episiotomia é realizada no triângulo posterior do períneo entre o introito vaginal e o ânus, sob anestesia adequada

(analgésia por via epidural, anestesia dos nervos pudendos ou infiltração local por planos). A técnica praticada foi a episiotomia médio-lateral esquerda, realizada a partir da fúrcula com uma incisão afastada da linha média do períneo em direção à tuberosidade isquiática esquerda, no momento de uma contração uterina. A sua realização rotineira não está recomendada por estar associada a maior risco de hemorragia, risco de infecção, deiscência, e maior dor perineal no pós-parto (Henriques in Graça, 2017).

Após a saída da cabeça fetal, foi solicitado à parturiente que cessasse os esforços expulsivos e realizou-se a pesquisa de circulares cervicais do cordão umbilical. No decorrer do estágio apenas se verificou uma situação de circular apertada do cordão. Nesta situação, foi necessário realizar a clampagem e laqueação prévia do cordão umbilical à vulva. Nas restantes situações de circulares largas do cordão umbilical, estas foram desenroladas e passadas por cima da cabeça fetal.

Para além dos partos eutócicos assistidos, também foram assistidos partos distócicos por ventosa. Estas situações ocorreram por sinais de hipoxia fetal durante o período expulsivo, principalmente por bradicardia sustentada ou de desacelerações variáveis graves, por paragem da progressão durante o segundo estadio de TP, rotação da apresentação deficiente e exaustão materna (Graça e Clode, 2017).

Após a expulsão do feto, foi registada a hora de nascimento e felicitou-se os pais. Decorrido um minuto após o nascimento do RN realizou-se a clampagem do cordão umbilical. Na maioria das vezes, o corte do cordão umbilical foi realizado pelo pai, apenas quando este referiu não se sentir à vontade, deu-se oportunidade à mãe.

A clampagem tardia do cordão umbilical tem vindo a ser associada à melhoria de vários parâmetros relevantes no RN, nomeadamente nas reservas de ferro e a uma maior estabilidade hemodinâmica no período neonatal imediato (menor incidência de hemorragia peri/intraventricular). Contudo, alguns autores referem que aumenta a necessidade de fototerapia (Graça e Moniz in Graça, 2017).

Logo após a clampagem do cordão, por vezes, colheu-se sangue do cordão umbilical para células estaminais de banco privado ou público, ou devido à presença de mulheres com o grupo de sangue O ou de rhesus negativo.

O terceiro estadio do TP, denominado por dequitação, refere-se a todo o processo que leva à expulsão da placenta após o nascimento. Deve incluir-se também o período de

intervalo de uma hora após a expulsão da placenta, porque é nesta fase que a puérpera tem um maior risco de hemorragia pós-parto (Machado e Graça in Graça, 2017).

Enquanto era aguardada a dequitação, foram implementadas medidas que favoreciam a adaptação neonatal à vida extrauterina, nos RNs com boa vitalidade. Quando foi da vontade da mulher, o RN foi colocado em contacto pele a pele, de forma a promover a Ligação Mãe/Filho (INC, 2019). Esta medida contribui também para prevenir o risco de hipotermia nos primeiros minutos de vida, tendo-se colocado também um lençol aquecido por cima do RN.

Relativamente ao foco “Desenvolvimento infantil” (ICN, 2019), foi realizada uma avaliação cefalocaudal. Inicialmente, avaliou-se o RN pelo índice de Apgar ao primeiro, quinto e décimo minuto de vida. Este é um índice que avalia parâmetros como: a frequência cardíaca, a respiração, o tónus muscular, a cor e a irritabilidade reflexa. Não se cuidou de nenhum RN que necessitasse de reanimação. Após esta avaliação observou-se a presença de eventual cefalohematoma, caput succedaneum ou escoriações do couro cabeludo, bem como as suturas cranianas e fontanelas, o coto umbilical (presença de duas artérias e uma veia) e a confirmação da clampagem do mesmo, observou-se também a presença das características da genitália masculina ou feminina, a presença de perfuração do ânus e a presença de urina ou fezes, sinal de que o intestino e as vias urinárias estão a funcionar corretamente. Foi realizada a avaliação antropométrica através da monitorização do peso, comprimento e perímetro cefálico (Alden in Lowdermilk & Perry, 2008). Foi administrada a vitamina K, 1mg por via intramuscular, para prevenção do risco de hemorragia associado ao défice desta vitamina (OMS, 2018). Aplicou-se a pomada oftálmica, de modo a prevenir a conjuntivite neonatal. Nos casos que o RN era filho de mãe diabética ou apresentava peso inferior a 2500g ou superiores a 4000g, realizou-se a monitorização dos valores de glicemia capilar ao nascimento (OMS, 2018; Campos e Calado in Montenegro et al., 2014).

Durante o terceiro período pós-parto aguardou-se pela expulsão espontânea da placenta. Realizou-se a manobra de Kustner, colocando o bordo externo da mão a exercer pressão no bordo superior da sínfise púbica verificando se o cordão retraía ou não. Foram implementadas intervenções como desclampar o cordão umbilical após a secção do mesmo, pois esta medida permite o descolamento mais rápido da placenta. Posteriormente, fez-se tração controlada do cordão de forma a controlar o descolamento e realizou-se a manobra de Dublin durante a expulsão da placenta. De modo a prevenir o

“Risco de Hemorragia” (ICN, 2019), realizou-se a massagem uterina após a dequitação e colocou-se perfusão de ocitocina, de acordo com o protocolo instituído. Na saída da placenta observou-se o mecanismo de dequitação. O mecanismo de Schutze, que se caracteriza pela separação da placenta pela sua zona mais central formando um hematoma que só é expulso após exteriorização da placenta. O mecanismo de Duncan que se caracteriza pelo deslocamento da placenta pela periferia, pelo que a hemorragia resultante se exterioriza antes da placenta ser visível na vulva (Machado e Graça in Graça, 2017). Avaliou-se a contração uterina de forma a detetar precocemente uma atonia uterina. Foi realizada uma inspeção cuidada da placenta e das membranas. Observou-se a integridade das mesmas, a presença de dois folhetos (córion e âmnio), local de inserção do cordão umbilical (central, lateral, marginal, velamentosa), presença de nós verdadeiros ou falsos no cordão, número de vasos do cordão (duas artérias e uma veia) e a presença de cotilédones aberrantes.

Foi avaliado o canal de parto para se decidir da necessidade de se realizar episiorrafia ou perineorrafia, explicando-se à puérpera sobre o procedimento e pedindo a sua colaboração. Foi trocado o equipamento de proteção individual, realizada a lavagem do períneo com soro fisiológico, colocado um campo estéril na região perineal posterior e disposto o material de sutura necessário. Nas puérperas, sem analgesia por via epidural, administrou-se analgesia por planos com recurso a lidocaína. Após a correção perineal, foram prestados os cuidados de higiene à puérpera, facultada a sua camisa e trocada a roupa da cama. Ainda na primeira hora após o nascimento, sempre que possível, e tendo em conta a vontade da mulher, foi iniciada a amamentação.

No período de hemóstase, as primeiras duas horas após a expulsão da placenta, foram avaliados à puérpera: o pulso, a pressão arterial, a contração uterina e a perda sanguínea de 15 em 15 minutos, devido a um elevado risco de HPP (OMS, 2018). Também pelo risco de hipotensão, foi baixada a cabeceira da cama. Relativamente ao RN foi avaliada a presença de gemido ou outros sinais de dificuldade respiratória (Campos e Calado in Montenegro et al., 2014).

Teve-se como focos maternos: “Recuperação” (ICN, 2019); “Ferida Cirúrgica” (ICN, 2019) na presença de episiorrafia; “Amamentação” (ICN, 2019); “Papel Parental” (ICN, 2019). Relativamente ao RN teve-se como focos a “Eliminação Urinária” (ICN, 2019), “Eliminação

Intestinal” (ICN, 2019), “Ingestão Nutricional Suficiente” (ICN, 2019) e, “Ferida” (ICN, 2019) referente ao coto umbilical.

Perfazendo as duas horas pós-parto, avaliou-se a contração uterina, retirou-se o cateter epidural, bem como a perfusão de ocitocina e ofereceu-se uma refeição ligeira à puérpera. Quando o puerpério imediato decorreu dentro da normalidade, a puérpera e RN foram transferidos para o serviço de Puerpério.



### 3. CUIDAR DA MULHER/FAMÍLIA NO PÓS-PARTO

O módulo “Autocuidado pós-parto e parentalidade” foi realizado no serviço de internamento de Obstetrícia do CHUSJ. Este é composto por quartos com três camas dispondo de berços, armário individualizado para acondicionar os respetivos pertences da puérpera e bancada com banheira para prestar os cuidados de higiene e conforto ao RN, sendo proporcionado o alojamento conjunto desde o seu nascimento.

De acordo com o Regulamento n.º 391/2019 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, neste módulo pretendeu-se atingir os seguintes objetivos: avaliar o bem-estar físico, emocional e social da mulher/criança/família; corrigir/tratar situações de dificuldade ou desvio da normalidade durante o puerpério; intervir em situações de luto perinatal (morte da criança) ou de internamento do RN; bem como desenvolver/demonstrar competências de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família no puerpério e ao RN saudável e de risco.

O puerpério é o período de recuperação física e psicológica da mulher que começa imediatamente a seguir ao nascimento do(s) RN(s) e que se prolonga por seis semanas pós-parto (42 dias). Este pode ser dividido em três períodos: o puerpério imediato, referente às primeiras vinte e quatro horas; o puerpério precoce, entre as vinte e quatro horas e o final da primeira semana; e o puerpério tardio que vai do início da segunda semana até ao final da sexta semana pós-parto (Centeno in Graça, 2017).

Nesta fase é importante avaliar o estado de saúde da mulher e do RN, bem como a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel (DGS, 2015).

No CHUSJ, duas horas após o parto, acolheram-se a puérpera/casal e respetivo RN na unidade de internamento de obstetrícia. Nesse momento, foram explicadas as normas de funcionamento do serviço, dado a conhecer o espaço físico e apresentado o horário das visitas, sendo permitida e incentivada a presença do companheiro ou da pessoa significativa.

O RN foi recebido na mesma unidade da mãe, de forma a evitar a separação da díade e ao mesmo tempo promover a vinculação. Informou-se a puérpera/casal do período da alta clínica (48 horas pós-parto, após um parto vaginal, antes das 15 horas do dia do parto; ou

72 horas pós-parto, após parto vaginal depois das 15 horas do dia do parto e após um parto distócico por cesariana).

Aquando do acolhimento da puérpera e do RN, foram colhidas e confirmadas as informações relevantes para o processo de cuidados. Os dados mais significativos foram: o tipo de parto, a duração do mesmo, a presença de lacerações ou ferida cirúrgica/ perineal, o desejo de amamentar, a experiência anterior, se a gravidez foi planejada e desejada, o número de filhos e o apoio familiar. Confirmaram-se o nome completo e a data de nascimento da puérpera e o nome do seu RN, assim como a presença das pulseiras de identificação dos mesmos, sendo colocada a pulseira eletrónica no RN e confirmados o sexo e a clampagem do cordão umbilical; por último, realizou-se o exame físico à puérpera (avaliação da coloração da pele e mucosas, avaliação da contração do útero pela identificação do globo de segurança de *Pinard* e a avaliação do bem-estar geral da puérpera).

As intervenções realizadas no pós-parto imediato foram implementadas com base nos diagnósticos: “Risco de hemorragia” (ICN, 2019); “Risco de infeção” (ICN, 2019); “Ferida cirúrgica” (se presente) e “Dor” (ICN, 2019).

No período puerperal consideraram-se também diversos focos de atenção, tanto a nível da puérpera como do RN, sendo que a nível da puérpera foram: a “Eliminação urinária” (ICN, 2019), a “Eliminação intestinal” (ICN, 2019), a “Hipotensão” (ICN, 2019), a “Recuperação [materna] física e emocional” (ICN, 2019), a “Amamentação” (ICN, 2019), o “Papel parental” (ICN, 2019), a “Adaptação à parentalidade” (ICN, 2019); o “Autocuidado” (ICN, 2019) e focos a nível do RN: a “Ingestão nutricional” (ICN, 2019), a “Eliminação urinária” (ICN, 2019), a “Integridade da pele” (ICN, 2019) e a “Eliminação intestinal” (ICN, 2019).

No pós-parto foi identificado o diagnóstico “Risco de hemorragia” (ICN, 2019). Segundo a OMS (2014) a HPP é definida como uma perda de 500 ml de sangue ou mais, no período de 24 horas após o parto, tornando-se grave após uma perda de 1000 ml. A atonia uterina é a causa mais comum de HPP, contudo existem outros fatores que podem levar a HPP, tais como: o traumatismo do trato genital (lacerações vaginais e cervicais), a rutura uterina, a retenção do tecido placentário ou distúrbios de coagulação materna (OMS, 2014). Realizou-se a palpação do útero vigiando-se a contração uterina, e avaliaram-se as características da perda hemática (quantidade, cheiro, duração), pelo menos uma vez por turno. Para prevenir a atonia uterina, ensinou-se a puérpera a massajar o fundo uterino, de forma a

promover um bom tónus uterino e a saída de coágulos e, incentivou-se a eliminação urinária, para prevenir a distensão vesical e promover a contração uterina. Por último, ensinou-se a puérpera sobre a perda hemática, de forma a alertar os profissionais da saúde no caso de a perda ser maior (OMS, 2014; Santos e Baptista in Néné, Marques & Batista, 2016). Ao longo do módulo não se cuidou de nenhuma puérpera que tivesse sofrido de HPP.

A ocitocina é uma hormona muito importante no processo de involução uterina, na medida em que, é a hormona principal na coordenação das contrações uterinas. A presença desta no pós-parto, ajuda a que o útero se mantenha contraído. A amamentação ajuda na medida em que a sucção do RN estimula a produção de ocitocina, facilitando assim, a involução uterina, a saída de coágulos e a diminuição da hemorragia após o parto (Lowdermilk & Perry, 2008; Ferreira in Néné, Marques & Batista, 2016, pág. 438).

Os lóquios constituem a secreção uterina durante as primeiras três semanas após o parto, alterando as suas características e quantidade ao longo deste tempo. Normalmente apresentam um cheiro semelhante ao fluxo menstrual. Nos primeiros dias após o parto, surgem os lóquios hemáticos, entre o quinto e o décimo dia após o parto, surgem os lóquios serosos e, por fim, surgem os lóquios albo, mantendo-se entre o décimo dia e a terceira semana pós-parto (Centeno in Graça, 2017, pág. 280). Assim, ensinou-se a puérpera sobre os lóquios: o cheiro, a coloração consoante os dias pós-parto e a quantidade. Informou-se que a quantidade de lóquios varia consoante as atividades da puérpera, sendo que aumenta com a deambulação e a amamentação e tende a reter-se na vagina quando a mulher está deitada, o que pode levar a falsos juízos quando se levantar, tais como, considerar uma hemorragia. Alertou-se a puérpera que, caso verificasse alguma alteração diferente da expectável, após a alta, deveria dirigir-se ao Hospital (Lowdermilk & Perry, 2008), nomeadamente o cheiro fétido dos lóquios, pois pode estar perante uma infeção puerperal (Lowdermilk & Perry, 2008; Ferreira in Néné, Marques & Batista, 2016)

A ferida perineal (episiorragia), as lacerações e a ferida abdominal foram também focos de atenção pelo risco de infeção. Neste seguimento, ensinou-se sobre os sinais e sintomas associados a complicações decorrentes do processo de cicatrização da ferida perineal e informou-se que os pontos de sutura são absorvíveis. Geralmente, a dor na região perineal causa desconforto, dificultando tanto a deambulação como alguns posicionamentos, tal como a posição de sentada. Nestas situações, incentivou-se a aplicação de gelo de oito em

oito horas durante 10/15 minutos, no decorrer dos primeiros dois dias pós-parto, pois favorece a vasoconstrição, diminuindo o edema e a hemorragia; e incentivou-se a amamentar o RN em decúbito lateral. Ensinou-se a puérpera sobre os cuidados de higiene da região perineal, tais como: lavar a região perineal, após urinar ou defecar no sentido ântero-posterior com água tépida; tomar um duche diário com água e mudar frequentemente os absorventes higiénicos, aproximadamente a cada quatro a seis horas, ou quando o penso estiver repassado e, lavar sempre as mãos antes e depois de o fazer, devendo utilizar pensos higiénicos de alta absorção (Santos & Baptista in Néné, Marques & Batista, 2016). Ensinou-se sobre o produto de higiene perineal, que deve garantir a eliminação de resíduos, de secreções e cumprir as seguintes propriedades: dermocompatibilidade com as mucosas; não irritar nem secar; não alterar o manto lipídico (função de barreira); ter ação refrescante e desodorizante; viscosidade adequada e capacidade espumante. Para além disto, deve manter o pH ligeiramente ácido, pois o pH da vagina é menor em relação a outras partes do corpo, o que tem repercussões na flora microbiana. A manutenção do pH ácido nesta região é fundamental na prevenção e controlo de doenças, pelo que a sua alteração pela oclusão e uso de produtos alcalinos, facilita o aparecimento de algumas dermatoses (SPG, 2012).

Relativamente aos cuidados a ter com a ferida abdominal, ensinou-se sobre como manter o penso limpo e seco, assim como a forma correta para se levantar da cama (colocando-se em decúbito lateral e utilizando o braço para impulso). Informou-se sobre o uso de cinta que serve para ajustar e aconchegar o abdómen, devendo ser colocada abaixo do umbigo e ensinou-se sobre os sinais e sintomas de infeção e o momento para a remoção dos pontos/agrafos. A dor na região abdominal pode ser intermitente e de intensidade variável, resultando das contrações uterinas, durante as primeiras 72 horas após o parto e especialmente durante a amamentação (Santos & Baptista in Néné, Marques & Batista, 2016). Administrou-se a medicação para alívio da dor, quando necessário, intervenção que resultou de uma prescrição médica.

A avaliação dos sinais vitais apresentou-se como um protocolo no CHUSJ. A temperatura foi avaliada duas vezes por dia (no início do turno da tarde e no final do turno da noite), a pressão arterial e a frequência cardíaca foram avaliadas uma vez por dia (no início do turno da manhã) e, sempre que necessário.

A dor, considerada como o quinto sinal vital, foi avaliada pelo menos três vezes durante cada turno. Diariamente, nos turnos da manhã e da tarde, avaliaram-se a coloração da pele e das mucosas da puérpera, o estado de contração e involução uterina, os lóquios (cor, quantidade e cheiro), a existência de queixas urinárias, o trânsito intestinal, a capacidade de prestar cuidados ao RN, as dificuldades na amamentação, os cuidados às mamas, o estado do períneo, ânus e membros inferiores, bem como o estado emocional do casal (Santos et al. in Montenegro, 2014).

A introdução da dieta oral no pós-parto distócico por cesariana, deve ser precoce (quatro a oito horas pós-parto), preconizando-se a introdução de líquidos sem polpa após duas horas. O controlo da anestesia foi muito importante, e deu-se através de uma abordagem multimodal, com analgesia por via epidural com ropivacaína, associada a analgesia endovenosa com paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides por via oral, bem como a administração de fármacos no caso de existência de náuseas e vômitos. No pós-parto distócico por cesariana, a profilaxia de fenómenos tromboembólicos foi recorrente, administrando-se heparina de baixo peso molecular, segundo prescrição médica. Nestas situações, a retirada do cateter epidural obedeceu ao protocolo existente e, após isto, retirou-se o cateter vesical (Lança in Graça, 2017).

As puérperas, submetidas a analgesia por via epidural, foram aconselhadas a referirem eventuais cefaleias, para se detetar precocemente sinais de perfuração da dura-máter. De acordo com o International Headache Society, esta cefaleia apresenta-se como uma postura severa, bilateral, incapacitante, constritiva, occipital ou difusa, que irradia para o pescoço e se desenvolve dentro de sete dias após a punção da dura-máter (Depaulis et al., 2020). Segundo o mesmo autor em 66% dos casos, a cefaleia ocorre durante as primeiras 48 horas, e em 90% dos casos, esta aparece durante os primeiros 3 dias. A cefaleia é agravada pela posição de sentada ou em pé e é aliviada na posição de deitada. Esta situação ocorreu numa puérpera e as intervenções passaram por implementar medidas conservadoras tais como: repouso no leito (até ao desaparecimento da cefaleia com um máximo de 48 horas), hidratação forçada (glucose 5% em soro fisiológico a 125 ml/h endovenoso e a hidratação por via oral), bebidas à base de cafeína (equivalente a 300-500 mg de cafeína por via oral, 1 a 2 vezes por dia), analgésicos e/ou anti-inflamatórios não esteróides (paracetamol 1 g de 8/8 horas por via oral e/ou ibuprofeno 400 mg de 8/8 horas por via oral) como indica a literatura atual. Após 48 horas, por ter persistido a cefaleia, foi realizada a técnica *blood patch*, que consiste numa injeção lenta de sangue no espaço

epidural até um volume de 20 ml. A cefaleia pós-punção é uma causa de morbidade importante nas puérperas, que resulta num aumento do tempo de internamento hospitalar e no gasto adicional em investigações complementares e no tratamento necessário (Chee and Lau, 2017; Antunes et al., 2016).

A introdução da dieta oral no pós-parto vaginal ocorreu duas horas após o parto. O controlo da analgesia passou a ser por via oral pois, nos casos de o parto ter ocorrido sob analgesia pela via epidural, o cateter epidural era retirado antes da puérpera ser transferida para o internamento de obstetrícia (Santos et al. in Montenegro, 2014).

O primeiro levante da puérpera após um parto vaginal ocorreu quatro horas após o parto, ou assim que esta o desejasse, sendo esta acompanhada, de modo a prevenir quedas resultantes de hipotensão ortostática. Foi verificada sempre a recuperação completa da sensibilidade dos membros inferiores, no caso de a puérpera ter sido submetida a analgesia pela via epidural. Até à realização do primeiro levante, foi estimulada a mobilização dos membros inferiores (Santos et al. in Montenegro 2014). Em relação ao primeiro levante, após parto distócico por cesariana, este ocorreu após 12 horas depois de se suspender a fluidoterapia, a analgesia e de se remover o cateter vesical. Até ocorrer o primeiro levante assistiu-se no autocuidado relativo ao uso do sanitário, tendo sido fornecida a aparadeira e no autocuidado relativo à higiene, dando-se banho no leito. Para além disto, incentivou-se a puérpera a mobilizar precocemente os membros inferiores (nas primeiras seis a oito horas pós-parto), de forma a prevenir a incidência de fenómenos tromboembólicos (Lowdermilk & Perry, 2008).

Ao longo do módulo também se acompanharam puérperas com o diagnóstico médico de DG ou diabetes prévia. Nestes casos, para além dos restantes cuidados, foram vigiados os sinais de hiperglicemia e hipoglicemia. Em relação às puérperas com diabetes tratadas sem insulina, foram realizadas pesquisas de glicemia antes do pequeno-almoço, almoço e jantar. Se a glicemia se encontrasse inferior a 120 mg/dl (miligrama/ decilitro) em três determinações sucessivas suspendiam-se as pesquisas. Se a glicemia se encontrasse superior a 200 mg/dl em duas determinações contactava-se a equipa médica (Ferraz et al. in Montenegro et. al., 2014; DGS, 2017). Nos casos de puérperas com diabetes tratada com insulina, foram realizadas pesquisas de glicemia antes do pequeno-almoço e uma hora após este, almoço e jantar, corrigindo-se os valores com insulina de ação rápida pré-prandial, de acordo com o esquema (<140 mg/dl 0UI, 141-200 mg/dl 3UI, 201-250 mg/dl 5UI, 251-300

mg/dl 8UI, 301-350 mg/dl 10UI, 351-400 mg/dl 12UI). Caso a glicemia fosse superior a 140 mg/dl em duas determinações sucessivas era contactada a equipa médica (Ferraz et al. in Montenegro et. al., 2014; DGS, 2017).

No acompanhamento de puérperas com o diagnóstico médico de pré-eclampsia na gravidez, teve-se especial atenção com a monitorização da pressão arterial e a presença de cefaleias, alterações visuais e dor epigástrica, assim como no acompanhamento de puérperas com hipertensão arterial crónica e hipertensão arterial gestacional, monitorizou-se a pressão arterial, sendo que se a pressão arterial se encontrasse com valores sistólicos superiores a 150mmHg ou valores diastólicos superiores a 100mmHg era contactada a equipa médica (Silva e Machado in Montenegro, 2014; OMG, 2014). Não se verificou nenhum desvio da normalidade da pressão arterial nestas puérperas.

Relativamente ao foco “Eliminação Urinária” (ICN, 2019), segundo Lowdermilk e Perry (2008), doze horas após o parto é expectável que a mulher comece a eliminar os líquidos que foram acumulados nos tecidos durante a gravidez. Desta forma, para além da diaforese abundante que ocorre nos primeiros dois a três dias, também existe um aumento da diurese. A diurese é causada pela diminuição dos níveis de estrogénios, pela diminuição da pressão dos membros inferiores e pela perda de sangue induzida pela gravidez (Caldeira & Viana, 2010; Ferreira in Néné, Marques & Batista, 2016). Assim, vigiou-se a primeira micção, devendo ocorrer, após um parto vaginal, até seis horas. Quando esta não ocorreu, utilizaram-se técnicas para ajudar a puérpera neste sentido: colocar água a correr para que ouvisse, colocar água no períneo ou molhar as mãos. Estas técnicas foram suficientes para que a puérpera tivesse a primeira micção. Caso não ocorresse teria de se introduzir um cateter vesical, de modo intermitente, até que esta conseguisse urinar espontaneamente. Após o parto há um relaxamento da musculatura do pavimento pélvico, podendo por esta razão existir perdas de urina involuntárias aquando da realização de esforço abdominal, como por exemplo: tossir, espirrar, erguer-se. Nestes casos, um dos recursos terapêuticos disponíveis são os exercícios de Kegel (Caldeira & Viana, 2010; DGS, 2015). Ao longo do estágio, não se observou nenhum caso de incontinência urinária.

Relativamente à “Eliminação Intestinal” (ICN, 2019), o jejum durante o TP e parto e nas primeiras horas de puerpério, a desidratação, o repouso relativo no pós-parto imediato, a existência de dor causada pela presença de hemorroidas ou ferida perineal, o efeito das hormonas da gravidez (progesterona), a suplementação com ferro durante a gravidez e o

relaxamento da musculatura abdominal e perineal das puérperas são fatores dificultadores para o restabelecimento da eliminação intestinal e potenciam o risco de obstipação. Com isto, ensinou-se as puérperas sobre as alterações esperadas no padrão de eliminação intestinal, assim como a aumentar a ingestão hídrica, o consumo de alimentos ricos em fibras, e a mobilidade. Quando estas medidas não foram eficazes, foi administrado um laxante de contacto, de acordo com a prescrição médica (Santos & Baptista in Néné, Marques & Batista, 2016; Montenegro et al., 2014; Lowdermilk & Perry, 2008).

Relativamente ao foco “Exercício Físico” (ICN, 2019) no período pós alta clínica, as puérperas foram incentivadas a iniciar alguns exercícios, de modo a corrigir a flacidez abdominal e moldar o contorno corporal. Contudo, o início e a realização dos mesmos devem ter uma intensidade e duração inicialmente reduzida e ir aumentando estes dois fatores de modo gradual. Deve-se iniciar pela deambulação, durante cerca de 20 a 30 minutos por dia. Este exercício diminui o risco de tromboembolismo e agiliza o processo de recuperação (Lowdermilk & Perry, 2008). Quando o parto foi distócico por cesariana, ensinou-se que nas primeiras duas semanas a puérpera não podia realizar esforços que aumentassem a pressão intra-abdominal. A utilização de cinta aumenta o conforto e facilita a mobilidade nos primeiros dias de puerpério. A atividade física pode ser iniciada seis semanas após o parto quando ocorre a cicatrização da incisão uterina (Centeno in Graça, 2017, pág.285).

Teve-se também como foco a “Ingestão Nutricional” (ICN, 2019) pois as necessidades energéticas no pós-parto aumentam consideravelmente face ao período da gravidez (principalmente nos primeiros seis meses). As necessidades nutricionais maternas também se alteram, sendo superiores as necessidades em: proteína, vitamina A, vitamina E, vitamina B1, vitamina B6, vitamina D, ácido fólico, cálcio e zinco. No que respeita às necessidades hídricas, estas aumentam 700 ml por dia face às necessidades de uma mulher não lactante da mesma idade (Associação Portuguesa de Nutrição, 2019). Durante a lactação, a vitamina A é essencial para a saúde materna e para a visão. A ingestão nutricional recomendada de vitamina A para mulheres no pós-parto é de 850 µg equivalentes de retinol (RE)/dia, o que pode ser difícil de atingir somente com a dieta em algumas áreas. As fontes alimentares de pró-vitamina A incluem vegetais como cenoura, abóbora, mamão e óleo de palma vermelha; os alimentos de origem animal ricos em vitamina A pré-formada incluem laticínios (leite integral, iogurte, queijo), fígado, óleos de peixe e leite humano (OMS, 2004). Para além disto, as grávidas e as lactantes são um grupo

de risco para a carência de iodo. Estudos demonstram os valores recomendados de 250 µg/dia podem ser atingidos através da suplementação com iodeto de potássio e ingestão de alimentos fornecedores de iodo (DGS, 2015).

Relativamente ao foco “Recuperação Emocional [materna]” (ICN, 2019), no puerpério existem transformações psicológicas consideradas adaptativas. No que diz respeito à saúde mental, neste período podem ser identificadas três situações com graus de ocorrência e severidade diferentes.

O *blues* pós-parto, caracteriza-se por um humor depressivo, crises repetidas de choro e ansiedade. As puérperas sentem, essencialmente, uma instabilidade emocional, sendo que a inquietação, cefaleias, irritabilidade, ansiedade, tristeza, insónia e choro fácil, são os sinais mais comuns (Lowdermilk & Perry, 2008). Com prevalência entre 40% a 60%, constitui uma perturbação emocional que deve estar ultrapassada ao fim de 10 a 14 dias pós-parto e tende a desaparecer espontaneamente. Com isto, ensinou-se e incentivou-se, tanto a mãe como o pai, que podem sentir o *blues* pós-parto, a utilizar estratégias para lidar com esta situação, tais como: descansar bastante, e se possível, dormir aquando do RN; estabelecer horários em que familiares e amigos podem visitar, de forma a não perturbar o RN e a mãe; utilizar técnicas de relaxamento aprendidas na preparação para o parto; aproveitar o tempo em que o companheiro ou os familiares cuidam do RN; tentar encontrar algum tempo para passar com os amigos e falar com o companheiro sobre a forma como se sente (Lowdermilk & Perry, 2008; DGS, 2015).

A mulher pode incluir no seu sistema de apoio o parceiro, a família nuclear, os amigos, a comunidade e quaisquer outras pessoas que ela considere necessárias para o seu bem-estar físico, emocional e social. As mulheres foram incentivadas a desenvolver e a manter redes de apoio social pois, estas são promotoras de uma interação positiva entre a mãe e o RN, promovendo um sentimento de pertença e segurança. Avaliou-se a existência de suporte social, de modo a detetar situações de risco para a relação mãe/criança, como por exemplo isolamento social ou ausência de suporte familiar (DGS, 2015). Nos casos em que se detetou alguma alteração nestes aspetos, solicitou-se a colaboração da assistente social.

Relativamente ao foco “Adaptação à Parentalidade” (ICN, 2019) este refere-se a comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe, interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados. A

parentalidade constitui uma transição importante que requer cada vez mais atenção por parte dos enfermeiros especialistas.

A parentalidade (ICN, 2019) é definida como assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; e, interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.

A transição para a parentalidade é, portanto, uma transformação individual, conjugal e social, na medida em que ambos os elementos do casal se redefinem enquanto pessoas, com um papel diferente, desenvolvendo competências para lidar com estas mudanças (Ramos, 2005 apud Magalhães, 2011). A parentalidade é, portanto, uma transição que ocorre no ciclo vital da família, sendo necessário que os pais entendam que o modo de vida anterior terminou, na medida em que existe um novo elemento que requer diversos cuidados. Assim, é importante que o casal entenda o seu novo papel, ganhe novas responsabilidades, objetivos e sentimentos em relação a si mesmo (Cardoso, 2011).

A transição para a parentalidade envolve todo o casal, contudo cada elemento passa por uma situação diferente, dentro das suas semelhanças, isto porque, cada um adequa a sua personalidade e ganha novas competências para lidar com a parentalidade. Sendo que, como cada elemento do casal tem a sua forma de lidar com as mudanças e a sua própria personalidade, a transição individual acontece de forma distinta dum para o outro (Magalhães, 2011).

Em relação à transição para a maternidade, a identidade materna é alcançada quando a mãe se sente em harmonia com o seu desempenho e em consonância com as suas próprias expectativas como mãe. Esta identidade desenvolve-se em três componentes essenciais: a ligação com o filho; o sentir-se competente nos cuidados ao filho; e, a expressão da satisfação e de prazer no exercício do papel maternal (Mercer, 2006; 1995 apud Cardoso 2011). No que se refere à transição para a paternidade, o pai, em particular, que o é pela primeira vez, experiencia três processos desenvolvimentais ao longo do processo de incorporação do papel: lidar com a realidade da gravidez e da criança; procurar o reconhecimento como pai nas pessoas com quem estabelece interações; e, ser perseverante na integração do papel paternal (Ferketich & Mercer, 1995 apud Cardoso 2011).

O foco “Papel Parental” (ICN, 2019), desenvolve-se com o empenho de ambos os elementos na integração do RN, permitindo que juntos construam o modelo de uma nova família. O envolvimento do pai nos cuidados ao RN, na higiene deste e nas tarefas domésticas, por exemplo, permite proporcionar à mãe momentos de repouso. Com o nascimento do RN, o pai pode, por vezes, sentir-se excluído pois, o tempo para estabelecer uma ligação com a companheira é diminuto. Desta forma, foi importante envolver o pai nos cuidados ao RN. Quando a mulher permite uma maior participação do seu companheiro nas tarefas com o RN, torna-se possível que esta se sinta mais apoiada e que o pai se sinta parte do processo (Gama, 2014). Assim, tornou-se importante acompanhar o processo de adaptação à parentalidade, através da conceção, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados, de forma a desenvolver o processo de parentalidade e da preparação para o exercício do papel parental, através da instrução e treino das práticas, para que cada casal ganhasse destreza e confiança no seu novo papel.

Nos casos em que o casal já tinha filhos, foi importante ensinar o casal sobre a apresentação do RN ao irmão mais velho e sobre o desenvolvimento de uma ligação entre eles. Com o nascimento de um RN, o irmão mais velho assume um novo papel na dinâmica familiar. Desta forma, e também, dependendo da idade da criança, podem ser verificadas mudanças positivas, nomeadamente interesse e preocupação com o novo elemento da família. No entanto, podem ocorrer mudanças negativas como a alteração dos hábitos de sono e de eliminação vesical e intestinal, hostilidade para com o RN, de forma a chamar a atenção dos pais. O RN é alvo durante muito tempo da atenção e disponibilidade dos pais, fazendo com que o irmão mais velho tenha reações de ciúme. Assim sendo, é importante que os pais assegurem que o seu filho mais velho esteja consciente e seguro da sua posição no seio familiar. Também é importante que seja dada à criança mais velha algum tempo para que possa estabelecer uma relação com o RN (Lowdermilk & Perry, 2008). Ensinar-se algumas estratégias para facilitar o desenvolvimento de uma ligação entre o irmão mais velho e o RN, tais como: levar o filho mais velho ao hospital para que ele seja dos primeiros a conhecer o novo elemento da família; ter algum presente para o filho mais velho, dizendo-lhe que foi o RN que lhe ofereceu; promover a participação do filho mais velho nos cuidados ao RN e gerir o tempo de forma a poder passar tempo apenas com a criança mais velha, dedicando-lhe esse tempo só a ela (Papalia, 2009).

No caso dos casais que tiveram o seu primeiro filho, foi importante ensiná-los e capacitá-los sobre os cuidados ao RN e sobre o seu desenvolvimento. Apesar de muitos casais terem

frequentado as aulas de preparação para a parentalidade, existiram muitos casais/famílias com dúvidas e/ou receio de prestarem os cuidados necessários ao RN. Atualmente existem mais casais/famílias em que o primeiro contacto com um RN é quando têm o seu primeiro filho. Com isto, prestou-se primeiro os cuidados e posteriormente ensinou-se e treinou-se estes casais de acordo com cada tipo de família, de forma a capacitá-los para se sentirem bem na realização dos cuidados ao RN em casa.

O ensino do banho era realizado no turno da tarde, sendo o primeiro banho demonstrado e o seguinte realizado pelos pais. A duração do banho varia entre três e cinco minutos, nos primeiros dias de vida, não sendo necessário dar o banho diário. A hora estabelecida deverá depender da reação do RN ao mesmo. Se após o banho o RN ficar mais relaxado, deve-se optar por dar o banho ao final do dia ou ao início da noite; se por outro lado o banho for estimulante, deve-se optar por dar o banho de manhã ou ao início da tarde. O ambiente deve estar aquecido a cerca de 27.ºC e sem correntes de ar. Antes de se iniciar o banho deve-se reunir todo o material necessário. Ensinou-se a colocar a roupa já desabotoada e pela ordem de vestir. Informou-se o casal de que devem retirar todas as jóias que possam magoar o RN e a lavar as mãos antes de iniciar o banho. Ensinou-se a colocar uma pequena quantidade de água na banheira, primeiro a água fria e depois a água quente, para prevenir casos de queimadura no RN. A temperatura da água deve ser confortável ao toque com o cotovelo (36-37ºC). Caso a fralda se encontre suja, deve-se primeiro limpar a região genital antes de iniciar o banho. No primeiro mês é aconselhado dar o banho sem gel, após isso deve-se preferir o gel de banho da mesma gama dos cremes corporais que deverão preferencialmente ser livres de detergente, perfume ou conservantes (Martins & Silva, 2016).

Relativamente à técnica do banho, deve-se pegar o RN com segurança, apoiando-lhe a cabeça no antebraço e segurando-o fazendo uma pinça por baixo da axila. Lava-se primeiro o rosto, utilizando a água ainda limpa. Depois lava-se toda a área corporal, da cabeça aos pés, deixando para último os órgãos genitais, que devem ser lavados da sínfise púbica para o ânus. Deve-se secar o RN com uma toalha grande e macia, com movimentos suaves, sem esfregar a pele. Primeiro seca-se a cabeça e tem-se especial atenção às pregas cutâneas (pescoço, axilas e virilhas), para evitar lesões de irritação da pele. Se necessário, pode-se aplicar creme emoliente. Coloca-se a fralda abaixo do local de inserção do coto umbilical e veste-se a roupa. Retira-se o excesso de água do pavilhão auricular utilizando a ponta da

toalha e, por fim, penteia-se o RN com uma escova macia ou pente. Alertou-se os pais para nunca deixarem o RN sozinho (Martins & Silva, 2016; Lowdermilk & Perry, 2008).

Relativamente à limpeza dos olhos, ensinou-se que a limpeza é realizada com uma compressa esterilizada embebida em soro fisiológico, no sentido do nariz para a orelha, utilizando uma compressa diferente para cada olho. Alertou-se o casal que caso, apesar dos cuidados de higiene, persistir a presença de secreções oculares ou surgirem outros sintomas deverão procurar ajuda médica. Informou-se também que o frasco de soro fisiológico que utilizam na higiene ocular não deverá ser usado na lavagem nasal (Martins & Silva, 2016).

No caso da limpeza do nariz, ensinou-se que esta deve ser realizada de modo cuidadoso e superficialmente, utilizando uma toalha humedecida apenas na entrada das fossas nasais, mas sem a introduzir. Informou-se que até aos 6 meses de vida o RN tem uma respiração predominantemente nasal e que uma pequena obstrução pode resultar numa dificuldade respiratória importante. No caso do RN apresentar muitas secreções, ensinou-se que poderiam fazer a lavagem nasal sempre que necessário, utilizando o soro fisiológico e aspirando posteriormente com o aspirador nasal apropriado. Caso estas secreções persistissem ou dificultassem a normal respiração, alertou-se o casal que deveria procurar ajuda médica (Martins & Silva, 2016; Lowdermilk & Perry, 2008).

Em relação à higiene dos ouvidos, ensinou-se que, caso houvesse necessidade, poderiam limpar a orelha e o pavilhão auricular com uma toalha macia, sem a introduzir no canal auditivo. Desaconselhou-se o uso de cotonetes, pois constituem um risco, ao empurrarem a cera e compactarem-na, podendo causar a oclusão do canal auditivo, para além do risco de perfuração timpânica (Martins & Silva, 2016; Lowdermilk & Perry, 2008).

Após os cuidados de higiene, os pais foram instruídos sobre a forma de cortar as unhas ao RN, de forma a diminuírem o aparecimento de lesões na sua face, podendo utilizar tesouras de pontas arredondas ou limas de papel. Os pais foram instruídos a segurar firmemente a ponta do dedo do RN, de modo a tornar a unha mais saliente, cortando a unha num movimento retilíneo, reduzindo assim o risco de cortar a pele. Alertou-se os pais que a lima e a tesoura de bicos arredondos deverão ser para uso exclusivo do RN (Lowdermilk & Perry, 2008).

Os cuidados com o coto umbilical foram evoluindo ao longo do tempo. Tornou-se importante explicar aos pais o que mudou e demonstrar como se faz atualmente. Foi

também importante desmistificar que a limpeza do coto umbilical não causa dor no RN. Apesar disto, verificou-se que um grande número de pais/mães tinham receio de o fazer. Deste modo, ensinou-se o procedimento ao casal e instruiu-se a pessoa que iria realizar este procedimento em casa. Ensinou-se sobre o intervalo esperado para a queda do coto umbilical, sobre o processo de mumificação, os sinais de alarme e a frequência de limpeza., assim como se instruiu a técnica (Martins & Silva, 2016).

Na troca da fralda, ensinou-se o modo de lavar o períneo, de acordo com o género sexual da criança. Informou-se que nos primeiros dias de vida, era comum surgir pequenas quantidades de sangue ou corrimento esbranquiçado nas raparigas, devido às hormonas da mãe. Em relação ao eritema da fralda, o mais importante é a sua prevenção, como tal ensinou-se que é essencial mudar frequentemente a fralda, evitar o uso de toalhetas, mas caso fosse necessário, ensinou-se a escolherem as que não contêm álcool e que fossem à base de água. Desaconselhou-se o uso de cremes de barreira por rotina (Martins & Silva, 2016). Dentro deste foco abordou-se também sobre a eliminação intestinal e urinária.

Relativamente à eliminação intestinal do RN, ensinou-se que durante os primeiros meses de vida as fezes vão mudando a sua consistência e cor. Primeiro são fezes de cor verde muito escuro e muito pegajosas denominadas de mecónio. Depois tornam-se mais claras, mantendo-se numa cor amarelo claro, denominadas de fezes de transição. Se o RN for amamentado exclusivamente, as fezes são mais pegajosas e moles e pode ter entre quatro ou seis dejeções por dia. Se o RN for alimentado com leite artificial, as fezes são mais consistentes e têm maior tendência para obstipação (Lowdermilk & Perry, 2008).

Relativamente à eliminação urinária ensinou-se que o RN urina entre seis ou oito vezes por dia, de cor amarelo claro, quase transparente. Alguns pais mostraram-se preocupados quando na fralda surgia uma tonalidade rosa/alaranjada, desta forma ensinou-se-lhes sobre a expulsão de cristais de urato através da urina (Lowdermilk & Perry, 2008).

Ao longo do módulo, verificou-se que os pais se mostravam preocupados quando o RN nascido bolçava, espirrava e soluçava, sendo que se informou o casal que a ocorrência dos mesmos era normal e que aconteciam devido à imaturidade dos sistemas respiratório e digestivo (Martins & Silva, 2016). A mancha mongólica, mancha plana na pele de tom azul acinzentada, mais frequente na região lombo sagrada e nádegas, foi observada em alguns RNs. Tornou-se necessário explicar aos pais que é uma mancha benigna e que desaparece, habitualmente, até aos 5 anos de idade (Martins & Silva, 2016).

Nos países desenvolvidos, o Síndrome da Morte Súbita do Lactente é a primeira causa de morte entre o primeiro mês e o primeiro ano de vida do RN. A sua causa específica continua por esclarecer, sendo o decúbito ventral (deitar de barriga para baixo) o principal fator de risco modificável. De forma a prevenir esta situação, ensinou-se o casal a colocar o RN a dormir da forma mais segura (não cobrir a sua cabeça, utilizar um colchão que encaixe bem na cama, deitar o RN de barriga para cima e com os pés bem apoiados ao fundo da cama, não utilizar almofada e a roupa da cama deve estar ajustada bem à cama). O RN deve dormir numa cama própria, no quarto dos pais, durante os primeiros 6 meses. Não se deve utilizar edredões, protetor ou brinquedos na cama. O ambiente deve estar livre de fumo de tabaco (Martins & Silva, 2016; Santos & Baptista in Néné, Marques & Batista, 2016).

Outra situação que deixava os pais muito preocupados e sem saber como atuarem, era quando o RN chorava. As cólicas do lactente caracterizam-se por períodos de irritabilidade e choro súbito, persistente e inconsolável, que surgem sem aparente causa identificável, que caracteristicamente afetam RNs saudáveis e surgem mais frequentemente ao final do dia. É uma situação transitória de resolução espontânea em torno do terceiro mês de vida. A sua causa específica não é conhecida, podendo ser explicada por deglutição excessiva de ar, imaturidade gastrointestinal e tensão emocional. Sendo o choro a ferramenta de comunicação usada pelo RN nos primeiros meses de vida, pode ser sugestivo da presença de cólicas, se este chorar de forma inconsolável, muitas vezes num tom mais agudo do que o normal e sem uma causa identificável. Ao chorar o RN contorce-se, encolhe as pernas, agita os braços, cerra os punhos, apresenta a face vermelha, podendo ser audível a libertação de gases com posterior acalmia transitória e novo reinício do quadro descrito. Sabendo que este choro intenso é normal, os pais foram aconselhados a manterem uma postura calma, tentado proporcionar algumas medidas de conforto. Neste caso ensinou-se que podiam colocar o RN ao colo com o abdómen para baixo, ou até mesmo na cama, nunca o deixando sozinho. Para além disto, ensinou-se sobre a massagem para as cólicas. Esta massagem era realizada no abdómen com movimentos lentos, com as mãos de cima para baixo e da direita para a esquerda, no sentido do trânsito intestinal. Pode-se também efetuar alguns movimentos delicados com as pernas, tanto pressionando suavemente os joelhos contra o abdómen durante cinco segundos, como fazendo movimentos de flexão-extensão, de modo lento e ritmado, idênticos ao movimento de pedalar (Martins & Silva, 2016).

A “Integridade da Pele” (ICN, 2019) foi também um foco avaliado no RN. Muitos RNs apresentaram sinais de coloração amarelada da pele e das membranas escleróticas. A hiperbilirrubinemia indireta é uma situação clínica comum e geralmente benigna no RN, que resulta normalmente do desequilíbrio entre a formação e a excreção de bilirrubina. Os RNs com menos de 38 semanas de gestação estão em maior risco de desenvolver hiperbilirrubinemia e requerem uma monitorização e um controlo mais apertado. Na maior parte das vezes é fisiológica e manifesta-se clinicamente através de icterícia (Figueira, 2013) que representa a causa mais comum de readmissão hospitalar na primeira semana de vida. Os RNs amamentados correm maior risco de desenvolver hiperbilirrubinemia do que aqueles que são alimentados com fórmula artificial. A primeira abordagem para amenizar a hiperbilirrubinemia associada à amamentação é garantir que esta seja realizada de forma satisfatória. Uma baixa ingestão calórica e/ou desidratação associada à amamentação inadequada podem contribuir para o desenvolvimento de hiperbilirrubinemia, devido ao aumento da circulação entero-hepática da bilirrubina. A estimativa visual dos níveis de bilirrubina pelo grau de icterícia pode levar a erros, principalmente em crianças com pigmentação escura. Assim, após a avaliação do pediatra, colhia-se uma amostra capilar de sangue no RN para obter o nível total de enfraquecimento sérico, sendo os níveis são interpretados de acordo com a idade do RN em horas (Sánchez-Redondo et al., 2017). Quando os níveis foram altos, o pediatra prescreveu a fototerapia em bibebed junto da mãe. Os pais foram ensinados sobre a fototerapia e cuidados a ter, como: a correta colocação do RN no berço (despido, apenas com a fralda), retirar o RN apenas para ser amamentado (esta deve ser reforçada) ou para trocar a fralda, alternar as posições e quando em posição de decúbito ventral supervisioná-lo, e não colocar mantas para não o sobreaquecer, pois as fontes de iluminação já o aquecem.

Teve-se oportunidade de realizar o diagnóstico precoce, ou “teste do pezinho”, que é um exame laboratorial que tem como objetivo detetar doenças congénitas graves (25 doenças). Este exame é realizado entre o terceiro e o sexto dia de vida do RN. Nos casos em que não foi realizado, durante o internamento, informou-se os pais que deviam realizá-lo no centro de saúde. Caso exista alguma alteração, os pais serão contactados pelo Instituto Nacional Ricardo Jorge. Porém, podem sempre consultar o resultado no *site* oficial da referida instituição (Martins & Silva, 2016). Na realização do diagnóstico precoce, utilizou-se a técnica *swaddling* para diminuir a dor provocada pela picada no calcanhar do RN, que é

necessária para obter a amostra de sangue. Em todos os diagnósticos realizados preencheu-se totalmente os três círculos do cartão.

Relativamente ao foco “Amamentação” (ICN, 2019), a OMS em colaboração com a UNICEF, tem vindo a empreender um esforço no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. A OMS recomenda a prática de aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, sendo que, a partir dos 6 meses, deve-se começar a introdução de novos alimentos, mantendo o aleitamento materno.

Levy e Bértolo (2012), através do Manual De Aleitamento Materno, apontam para uma alta incidência do aleitamento materno (90%) quando as mães o iniciam, no entanto, mostram que quase metade das mães desistem de amamentar durante o primeiro mês de vida do RN. Por esta razão, é essencial que em Portugal se continue a implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno.

Tornou-se importante perceber se as puérperas queriam amamentar e se estas já teriam tido experiência anterior e como é que essa experiência tinha decorrido. Neste momento, deu-se espaço para que esta expressasse a sua vontade, receios e dificuldades. Teve-se contacto com uma puérpera que não quis amamentar. Após se confirmar os seus conhecimentos sobre as vantagens da amamentação e esta continuar a não querer amamentar, contactou-se a equipa médica para que a puérpera iniciasse medicação para inibição da lactação.

No primeiro dia pós-parto, as puérperas apresentavam muita dificuldade em se adaptar e manter o RN à mama. Desta forma, ensinou-se sobre as diferentes posições para amamentar. Segundo Rego (2002), a amamentação deve ser realizada numa posição que seja confortável, tanto para a mãe como para o RN, e que não interfira na capacidade que este tem para abocanhar o tecido mamário suficiente, sugar o leite, deglutir e respirar. Existem várias posições que a mãe pode optar, contudo o mais importante é colocar a região lombar e os pés apoiados (se estiver sentada) mantendo uma postura alinhada e posicionar o RN de modo a que este esteja com o corpo virado para a mãe, paralelamente, cabeça em ligeira hiperextensão e boca e nariz ao nível da mama. Outro dos princípios a ter em atenção, segundo Campos (2011), é que o RN é que é levado à mama e nunca o oposto. No primeiro dia a posição mais adotada pelas puérperas foi em decúbito lateral, em que a mulher se encontrava deitada com o RN paralelo ao seu corpo. Nos restantes dias, verificou-se mais a utilização da posição tradicional, em que a puérpera segurava o RN no

colo em posição transversal, segurando-o com o braço do mesmo lado em que ele está a mamar; colocando-o virado para ela, ficando perpendicular, a cabeça encontrava-se repousada no antebraço, as nádegas bem apoiadas e o braço do RN em volta da cintura desta. Quando se verificou a adaptação do RN à mama e um aumento na segurança da puérpera à amamentação ensinou-se sobre outras posições do RN à mama, de forma à puérpera esvaziar todos os quadrantes da mama, prevenindo o bloqueio dos ductos.

As primeiras experiências das puérperas relativamente à amamentação foram sempre presenciadas, através da grelha de observação da mamada da OMS, no sentido de avaliar os seus conhecimentos e habilidades. Tendo-se verificado sempre os sinais de boa pega, de forma a evitar o aparecimento da fissura mamilar, que de acordo com Levy e Bértolo (2012), são: o alinhamento do corpo e cabeça do RN; a cabeça em ligeira extensão; o queixo a tocar na mama; o RN apresentar o nariz desobstruído; a boca encontrar-se bem aberta com os lábios, especialmente o inferior, voltados para fora; a língua poder ser vista entre o lábio inferior e a mama; a pega contemplar uma parte da aréola e esta poder ser vista numa porção maior em cima; o RN sugar lenta e profundamente, usando a língua e a mandíbula, sendo que a deglutição pode ser vista e/ou ouvida; e, por fim, o RN apresentar-se calmo e adaptado à mama. Para além disto, tornou-se necessário ensinar sobre estratégias para manter o RN acordado durante a mamada, como por exemplo: estimular com toques suaves a planta dos pés, as orelhas e/ou o nariz, visto que estas são zonas sensíveis e cuja estimulação permite a manutenção do estado de vigília do RN; remover alguma roupa, de forma a promover a diminuição da temperatura e conseqüente diminuir o conforto, facilitando o seu estado de alerta; massajar suavemente o corpo do RN; falar com ele ou mudar primeiro a fralda e só depois colocar o RN à mama (Levy & Bértolo, 2012).

Relativamente sobre os critérios para oferecer uma ou duas mamas, ensinou-se que nos primeiros dias após o parto podem ser oferecidas as duas mamas de forma a estimular a produção de leite pelo esvaziamento da mama. Após a subida de leite é importante esvaziar uma mama até ao fim e só depois oferecer a outra. Na mamada seguinte deverá oferecer a mama que ficou mais cheia, ou seja, na mama onde o RN mamou menos tempo. Isto porque, as características do leite sofrem alterações, tanto o leite de transição como o leite maduro, ao longo da mamada. O leite inicial é mais rico em água e sais minerais, enquanto, o leite final é mais rico em gordura (Levy & Bértolo, 2012; Lowdermilk & Perry 2008).

Em relação ao intervalo e duração das mamadas, ensinou-se que, no que diz respeito ao horário, o RN deve ser alimentado em regime livre. Contudo, não se deve deixar dormir mais de três horas no primeiro mês de vida, pois estes necessitam de oito a doze refeições ao dia. Ensinou-se também que a duração da mamada não é importante, pois a maior parte dos RN mamam o leite que necessitam em cerca de 4 minutos, porém outros prolongam o tempo da mamada, por vezes, até trinta minutos ou mais (Levy & Bértolo, 2012; Lowdermilk & Perry 2008).

Em relação aos sinais de fome, ensinou-se que estes incluem: estar acordado, procurar abocanhar qualquer objeto que toque a região peri-bocal, procurar o mamilo, sugar vigorosamente nos dedos e apresentar-se inquieto. Os sinais tardios de fome expressados pelo RN são: o choro, o arquejar as costas e a dificuldade em adaptar-se à mama, sendo que nesta altura é necessário acalmá-lo antes de o colocar à mama. Em relação aos sinais de saciedade, ensinou-se que estes incluem: sucção mais lenta, largar espontaneamente a mama, ficar relaxado ou adormecer após a refeição e estar mais interessado na socialização (Levy & Bértolo, 2012; Lowdermilk & Perry, 2008).

Relativamente aos sinais de ingestão nutricional suficiente, ensinou-se que estes incluem: a presença de seis ou mais micções por dia, uma ou mais dejeções moles e amareladas por dia, aumento de peso de cerca de 25gr por dia a partir do 10<sup>o</sup>-14<sup>o</sup> dia de vida, sendo que aumenta 110gr a 200gr por semana durante os primeiros três meses, apresenta bom turgor da pele e apresenta bom tônus muscular (Lowdermilk & Perry, 2008).

Nas primeiras semanas de amamentação é comum surgirem algumas dificuldades, principalmente em mulheres que estão a amamentar pela primeira vez (Levy & Bértolo, 2012). Deste modo, avaliou-se as mamas e realizou-se ensinamentos para prevenir e atuar precocemente nas complicações da lactação e da amamentação.

Durante o módulo cuidou-se de uma puérpera com uma complicação da lactação, aquando da subida de leite, por volta do terceiro dia pós-parto – o ingurgitamento mamário. Ao toque as mamas estavam quentes, pesadas e duras. O ingurgitamento mamário pode surgir quando o leite não é extraído e fica retido, provocando a distensão excessiva dos alvéolos mamários, a compressão dos ductos e, conseqüentemente, a obstrução do fluxo de leite. Nesta situação, as mamas encontravam-se dolorosas e era difícil retirar o leite. Ensinou-se a puérpera a aplicar compressas quentes e a realizar uma massagem antes da mamada para estimular o reflexo de ejeção do leite, retirando apenas a quantidade de leite suficiente

para que o RN conseguisse realizar uma pega adequada através de extração manual ou elétrica (bomba). Aconselhou-se e incentivou-se a mamada em horário livre e ensinou-se sobre a aplicação de compressas frias, após a mamada, para diminuir o edema e a dor (Levy & Bértolo, 2012). Nas restantes puérperas ensinou-se sobre as complicações da lactação e da amamentação e incentivou-se a procurar ajuda com profissionais da saúde, caso estas acontecessem, após a alta.

Outra complicação da amamentação, que ocorreu frequentemente, foi a fissura nos mamilos. A causa mais comum para o seu aparecimento passa por uma pega inadequada e má adaptação do RN à mama. Nestes casos, a amamentação é dolorosa, podendo levar a que a puérpera que amamenta o faça com menos tempo e/ou com menor frequência. Para prevenir a fissura nos mamilos ensinou-se a puérpera a colocar o RN numa posição correta e a verificar os sinais de pega adequada; a aplicar colostro após cada mamada e expor os mamilos ao ar; a evitar lavar os mamilos com sabão e lavá-los uma vez ao dia, com água tépida; e, a não interromper a mamada, o RN deverá deixar a mama espontaneamente; contudo, caso a mãe tenha de a interromper, deve colocar o dedo mínimo, suavemente, na boca deste de forma a interromper a sucção. Como tratamento, reforçaram-se os ensinamentos, os sinais de pega adequada e a aplicação de colostro na mama; incentivou-se a iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso; aconselhou-se o uso de lanolina e administraram-se analgésicos, conforme prescrição médica (Levy & Bértolo, 2012).

Durante este módulo, apenas existiu um caso, em que não se conseguiu adaptar o RN à mama. Este RN nasceu com fissura palatina e lábio leporino. Apresentava sucção inadequada por falta de pressão intra-oral, tempo de mamada prolongada e regurgitação (Araruna & Ventrúscolo, 2000 apud. Thomé, 1990; Altmann et al., 1997). Araruna e Ventrúscolo (2000) citaram diversos autores (Laurence, 1980; Bachega et al., 1983; Thomé, 1990; Speri, 1996; Altmann et al., 1997) que consideram que os primeiros cuidados com o RN produzem na mãe uma sensação de insegurança, sobretudo quando se referem à alimentação. Alimentar um RN com deformação de lábio e/ou palato torna-se um processo stressante e difícil, tanto para mãe como para a criança, contribuindo para isso a angústia, a ansiedade e o medo de manusear o RN. Este pode e deve ser levado à mama, pois este contacto mãe-filho é de suma importância para o equilíbrio emocional (Araruna & Ventrúscolo, 2000 apud. Laurence, 1980; Thomé et al., 1980; Thomé, 1990; Speri, 1996). Ressaltando a importância da mãe no processo de amamentar o seu filho, ensinou-se sobre a extração do leite materno e oferecê-lo através de biberão.

Altmann et al. (1997) afirmam que na fase inicial, e somente nesta fase, quando o RN ainda apresenta alguma dificuldade para se adaptar ao biberão, deve-se facilitar o escoamento de leite para a cavidade oral e utilizar estratégias que estimulem o RN a desencadear a sucção, tais como: apertar o frasco do biberão de plástico; apertar levemente o próprio bico do biberão nas laterais; pressionar o bico do biberão sobre a língua, de forma a provocar o abaixamento da mandíbula; puxar levemente o bico do biberão para fora da boca; fazer pressão externa nas bochechas do RN, assim como por baixo da mandíbula. Esta última manobra ajuda inclusive a melhorar o fecho labial. Não existe um biberão especial para a alimentação do RN portador de fissura, mas sim uma adaptação com bico ortodôntico e com válvula que favorece a sucção (Araruna, & Vendruscolo, 2000 apud Altmann et al. 1997).

Durante vários anos, o papel do pai na amamentação foi colocado em segundo plano. Contudo, atualmente é muito valorizado, sendo que o pai surge como uma figura renovada, capaz de se envolver com grande entusiasmo e assumindo um papel igualmente importante. Assim, de acordo com Saraiva (2010), o papel do pai no processo da amamentação passa por: apoiar a confiança materna, elogiando-a, louvando os seus esforços e oferecendo palavras de encorajamento; pegar no RN quando estiver a chorar na cama e levá-lo até à mãe para ser amamentado; massajar as costas da mãe durante a amamentação; colocar o RN a eructar; controlar as visitas que dificultam o descanso da mãe; encorajar e incentivar a mãe a amamentar; e, participar no momento da amamentação, estando presente, acariciando e tocando o RN de forma a estimular a ligação mãe/pai-filho e a vinculação.

Na preparação da alta, questionou-se a puérpera da existência de dúvidas e teve-se como focos principais a “sexualidade no pós-parto”, a “contraceção e planeamento familiar” e a “segurança do RN”.

No dia da alta avaliou-se o peso do RN. Para além disto, os casais foram informados da continuidade de cuidados de saúde na Unidade de Saúde Familiar da sua área de residência e foram disponibilizados os contactos de apoio à amamentação do CHUSJ, assim como se incentivou à realização do diagnóstico precoce ao RN na Unidade de Saúde Familiar, nos casos em que não foi possível no internamento. A puérpera foi informada sobre a consulta de revisão do puerpério, que deve ser realizada até às seis semanas pós-parto.

Segundo Lowdermilk & Perry (2008), faz parte da relação do casal a existência de intimidade a nível sexual. Após o nascimento do primeiro filho, é comum existirem algumas dúvidas relativas ao início da atividade sexual. Entende-se que o retorno da atividade sexual após o parto é um aspeto que deve ser discutido entre o casal, devendo ser iniciado quando ambos os elementos se sentirem confortáveis para tal. Contudo, enquanto existe a presença de lóquios, há mais riscos de infeção puerperal.

É comum nas mulheres, após o parto, existir uma diminuição da lubrificação vaginal, devido à diminuição da produção de estrogénios. Consequentemente, esta condição provoca dor e desconforto aquando da penetração, sendo um fator preponderante para a diminuição de interesse por parte da mulher na relação sexual. Este problema pode ser minimizado com a utilização de lubrificantes hidrossolúveis. Uma das dificuldades relatadas como mais comuns nas puérperas é nomeadamente a dispareunia (Lowdermilk & Perry, 2008).

A utilização de contraceção deve ser discutida durante a vigilância da gravidez e reforçada, depois, na consulta do puerpério. A escolha do método é influenciada por diversos fatores, nomeadamente: o processo fisiológico do puerpério; o retorno da fertilidade, se a mulher está ou não a amamentar exclusivamente; as expectativas do casal quanto ao recomeço das relações sexuais e planeamento de um novo filho. Relativamente à amamentação exclusiva, este é um método contracetivo temporário, baseado no efeito natural da amamentação sobre a fertilidade, assegurando picos de prolactina, que inibe a ovulação. Contudo, para ser um método eficaz a mulher deve permanecer em amenorreia, a amamentação terá de ser exclusiva (a criança não recebe nenhum outro líquido ou alimento, em adição ao leite materno), ou quase exclusiva (em que apenas uma refeição semanal poderá não ser de origem materna), com mamadas diurnas e noturnas, com intervalos inferiores a 6 horas e, a criança deve ter menos de 6 meses de idade (DGS, 2015).

Outros métodos que podem ser utilizados, no pós-parto, são: o método de barreira, o método hormonal apenas com progestagénio, método hormonal com estroprogestativos e o método intrauterino. O método de barreira, o preservativo feminino e masculino, pode ser utilizado desde logo no pós-parto, com a vantagem da proteção às infeções sexualmente transmissíveis. O método hormonal apenas com progestagénio pode ser iniciado imediatamente após o parto se a puérpera não amamenta, contudo, durante o aleitamento materno, só se deve iniciar a partir das seis semanas pós-parto. Existe evidência de que os contracetivos só com progestativo não alteram a performance do

aleitamento, nem o crescimento do RN, se utilizados antes das seis semanas pós-parto. No entanto, não existem dados concludentes acerca dos efeitos da exposição, nas primeiras semanas de vida ao progestativo, sobre o desenvolvimento do fígado e do cérebro. Este é o método ideal na contraceção do pós-parto, pois, garante a lactogénese, podendo ser considerado por mulheres que amamentam. O método hormonal com estroprogestativos pode ser preconizado nas mulheres que não estejam a amamentar ao 21.º dia do pós-parto; nas mulheres que amamentam em exclusivo seis meses após o parto e nas mulheres que praticam aleitamento misto seis semanas após o parto. O método intrauterino com cobre, pode ser aplicado decorridas 48h ou a partir das quatro semanas pós-parto e o método intrauterino com levonorgestrel pode ser aplicado a partir das quatro semanas pós-parto. Com isto, todos os métodos contraceptivos têm vantagens e desvantagens que devem ser abordadas, fornecendo toda a informação essencial e correta à mulher/casal (DGS, 2008; DGS, 2015).

Após o nascimento do RN, é importante pensar no planeamento familiar e estabelecer um intervalo entre as gestações, sendo que este ato é importante tanto para a saúde das mulheres como dos RNs. O que está preconizado como mais favorável é que exista um período no mínimo de dois anos de intervalo entre as gestações (DGS, 2008). No caso de o casal decidir reiniciar a atividade sexual antes da consulta de revisão do puerpério, realizada às seis semanas, o método contraceptivo mais indicado para utilizarem é o preservativo independentemente se a mulher se encontra a amamentar ou não (DGS, 2008). Neste sentido, forneceu-se informação sobre a sexualidade no período puerperal, tendo em conta a importância que esta tem na vida afetiva e sexual da mulher e do casal. De acordo com a DGS (2015), o interesse da mulher relativa à atividade sexual modifica-se depois do parto e relaciona-se a alterações hormonais, contudo existe também referência a outros fatores, como: distúrbios emocionais, baixa autoestima, amamentação, alterações físicas (preocupação com a recuperação perineal/muscular), dispareunia e exigências como mãe. Alguns homens após a paternidade também partilham este *stress* emocional e psíquico, influenciando no seu desejo e disponibilidade sexual. Apesar das potenciais mudanças no desejo, estima-se que mais de 80 por cento das mulheres retomam as relações sexuais coitais nas seis semanas após o parto.

Na preparação da alta, foi também importante garantir a segurança do RN durante o transporte automóvel. O transporte de crianças em automóvel encontra-se regulamentado em Portugal, pelo artigo 55.º do Código da Estrada. O RN deve permanecer voltado para

trás o mais tarde possível, pelo menos até aos 18 meses, de idade independentemente do peso (Martins & Silva, 2016). Existem diversos dispositivos de retenção à venda, todos eles devidamente homologados e identificados com a “Etiqueta E”. O sistema isofix é um sistema de fixação ao carro, através de encaixe presente em alguns veículos mais recentes. Aumenta a segurança das crianças e facilita a instalação das cadeiras, diminuindo os erros de colocação, contudo exige cadeiras específicas aplicando-se sobretudo a cadeiras do grupo 0+ e I. Os pais foram incentivados a verificarem sempre a colocação da cadeira antes da alta. Ajustou-se os cintos internos da cadeira e ensinou-se os pais a regular o comprimento destes em função da espessura da roupa da criança, de modo a ser impossível colocar mais de um dedo entre a criança e o cinto. Alertou-se os pais que aproveitaram cadeiras já utilizadas, que caso a cadeira anteriormente tivesse tido envolvida num acidente, não deviam voltar a utilizá-la, pois mesmo que aparente estar em boas condições, poderá ter ficado com os fechos ou apoios fragilizados (DGS, 2013).

A pulseira eletrónica no RN foi apenas retirada quando o casal/família estava pronto para sair do hospital.

### **3.1. Revisão Integrativa Da Literatura**

A dor pode ser definida como uma sensação desagradável e uma experiência emocional associada a uma real ou potencial ferida nos tecidos corporais. É uma sensação subjetiva em que o seu significado é aprendido através de experiências dolorosas que ocorrem desde o nascimento (Lima, Hermont & Friche, 2013).

Até ao início dos anos 90, o facto de o RN ser capaz de sentir dor, não era bem aceite pela comunidade médica. Discutia-se que o seu sistema nervoso não era desenvolvido o suficiente para detetar, localizar e perceber os estímulos dolorosos, assim como não teria capacidade de se lembrar da sensação de dor que sentia (Lima, Hermont & Friche, 2013).

Atualmente sabe-se que a partir da 17.<sup>a</sup> semana intrauterina as vias anatómicas do feto responsáveis pela dor já estão desenvolvidas e que por volta da 20.<sup>a</sup> semana de gestação essas vias estão totalmente espalhadas pela superfície do corpo. O RN modifica o seu estado psicológico, o seu comportamento e os seus parâmetros fisiológicos, durante os estímulos de dor aguda para parar ou limitar a duração da experiência dolorosa. Este processo requer um grande gasto energético, originando um aumento na frequência

cardíaca, frequência respiratória e diferenças comportamentais, assim como, o choro e expressões faciais específicas. O RN pode tornar-se menos reativo à dor, caso os mecanismos de proteção estejam sobrecarregados, como acontece nos casos de experiências dolorosas persistentes. Isto pode levar a consequências a curto prazo, tais como: irritação, diminuição da atenção e orientação, alteração no padrão do sono, diminuição do apetite ou recusa alimentar e pode até influenciar a relação mãe-filho. O estímulo doloroso prolongado causa sequelas a médio e a longo prazo. Pode haver hipersensibilidade à dor e a estímulos potencialmente dolorosos ou não dolorosos, devido ao aumento dos ramos nervosos no local repetidamente atacados e ao menor limiar de dor (Lima, Hermont & Friche, 2013).

Os RNs são submetidos a várias técnicas dolorosas, especialmente se for necessário prolongar o seu internamento. A dor sofrida no início do desenvolvimento infantil tem sido relacionada a distúrbios neurocomportamentais, diminuindo os períodos de sono e aumentando o *stress* da criança. As intervenções dolorosas podem ser de diagnóstico como: a punção no calcanhar, que se realiza a todos os RNs para o rastreio de doenças metabólicas; a punção venosa, para colheita de sangue e o rastreio oftalmológico para a prevenção da retinopatia da prematuridade (ROP); ou podem ser de origem profilática como: a injeção intramuscular realizada geralmente para a administração de vacinas ou de origem terapêutica como a cateterização venosa, a aspiração oral ou nasal, a introdução de sonda gástrica, a injeção subcutânea, entre outros, realizadas em RNs hospitalizados (Cordero et al., 2015).

A diminuição da dor e do sofrimento do RN, bem como a melhoria do seu bem-estar constituem um dos objetivos fundamentais dos profissionais da saúde dedicados à assistência neonatal. No entanto, alguns estudos mostram que, embora a equipa de saúde esteja ciente da dor a que estão sujeitos os RNs, em muitas unidades a dor não é avaliada ou a equipa não toma medidas suficientes para aliviá-la (Cordero et al., 2015). Relativamente à acoplagem de procedimentos dolorosos no RN, num curto espaço de tempo, como forma de diminuir o *stress*, não existe consenso. Existe uma vertente que refere a acoplagem como estratégia útil para a redução da dor, se seguida de um evento confortante como a amamentação, contudo, por outro lado, outra vertente refere que aglomerá-los pode desencadear um período mais prolongado de dor, desconforto e *stress* no RN. A aglomeração de procedimentos pode de facto aumentar o período de recuperação comportamental e dos níveis da frequência cardíaca, saturação de oxigénio e

frequência respiratória ao estado fisiológico e pré-procedimento (Motta & Cunha, 2014). Os mesmos autores defendem que a forma mais eficaz de reduzir a dor no RN é a diminuição ou a eliminação no número de procedimentos realizados, bem como evitar a sua repetição após tentativas sem sucesso.

Existe uma preocupação crescente em encontrar um método útil no alívio da dor, que tem como características a sua eficácia, a facilidade de aplicação e a segurança (Cordero et al., 2015).

A avaliação da intensidade da dor continua a possuir o seu grau de dificuldade, devido à impossibilidade de os RNs verbalizarem a dor sentida. Por este motivo, foram desenvolvidas escalas que permitem a avaliação da dor, tendo subjacente a avaliação na alteração de parâmetros fisiológicos, como a frequência cardíaca, a saturação de oxigénio e a avaliação de alterações faciais (Cordero et al., 2015).

As escalas mais utilizadas para avaliar a dor no RN são multidimensionais, entre as quais a escala neonatal de dor (*Neonatal Infant Pain Scale*: NIPS). Esta escala avalia seis critérios: a expressão facial (relaxada/normal ou contraída), o choro (ausente ou choramingo ou choro vigoroso), a respiração (relaxada ou diferente da basal), a posição dos braços (relaxados/controlados ou flexionados/estendidos), a posição das pernas (relaxadas/controladas ou flexionadas/estendidas) e o estado de vigília (dorme/calmo ou agitado). A pontuação da escala pode ir de zero a sete pontos. No entanto, existem outros métodos, como o eletroencefalograma ou a medição de cortisol neonatal, que podem ajudar a melhorar a avaliação da dor experimentada pelo RN (Cordero et al., 2015).

Para além desta escala, também se utiliza a escala *DouleurAigue du Nouveau-ne* (DAN). Esta escala, projetada em 1997, é uma classificação de dor processual aguda, confiável e válida em RNs, baseando-se em três parâmetros: a expressão facial, os movimentos dos membros e a expressão vocal (Kumar et. al., 2019). Cada parâmetro recebe uma pontuação: expressão facial (0-4), movimentos dos membros (0-3) e expressão vocal (0-3) dependendo do comportamento observado. A pontuação total situa-se entre zero e dez, sendo que a avaliação da eficácia das medidas preventivas será feita através da comparação da pontuação total antes, durante e após o procedimento. Uma pontuação entre dois e quatro indica uma dor fraca, entre cinco e sete, dor moderada, e entre oito e dez, dor intensa (Chaves, 2017 apud Carbajal [et al.], 1997).

Existe uma série de intervenções não farmacológicas que podem ser utilizadas para reduzir ou eliminar a dor, cuja sua aplicação é fácil e tem um baixo custo. Estas são estratégias ou técnicas, usadas no RN que sente dor, com a intenção de a reduzir, assim como diminuir a sua percepção, minimizar a sua intensidade e a duração, ajudando o RN na sua recuperação e reorganização da experiência ocorrida (Motta & Cunha, 2014).

### 3.1.1. Metodologia

A procura de conhecimento científico, de modo a promover a melhoria na prestação de cuidados ao RN, relativamente à dor que este pode apresentar nos primeiros cuidados invasivos, no início de vida, baseou-se na revisão integrativa da literatura. Este método de investigação consiste em resumir o passado da literatura empírica, ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente e crítica de um determinado fenómeno e a incorporação das evidências na prática clínica e identificação das fragilidades (Sousa, Vieira, Severino & Antunes, 2017).

Este método requer a formulação de um problema, a pesquisa de literatura, a avaliação crítica de um conjunto de dados, a apresentação dos resultados, bem como a discussão dos mesmos (Sousa, Vieira, Severino & Antunes, 2017). Depois de definido o problema a ser estudado, a primeira etapa passa por uma questão de partida bem delimitada, pois determina quais os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações colhidas de cada estudo selecionado. A questão escolhida foi “Quais os métodos não farmacológicos, relativos a técnicas invasivas, de alívio da dor no recém-nascido?” (Sousa, Vieira, Severino & Antunes, 2017). De seguida, definiu-se os critérios de inclusão e exclusão, para assegurar a validade interna da revisão, de modo a permitir a generalização das conclusões fiáveis e amplas (Sousa, Vieira, Severino & Antunes, 2017). Os critérios de inclusão foram: artigos que estudaram RNs de termo e sem patologia associada, em português, inglês ou espanhol e com texto integral e entre os anos 2014 e 2019. Os critérios de exclusão foram: artigos que estudaram RNs pré-termo e RNs doentes.

Tendo por base a definição do objeto de investigação recorreu-se à seleção e validação dos descritores mais adequados à pesquisa recorrendo-se ao MeSHbrowser. Tendo-se obtido “*pain management*”, “*infant, neonate and newborn*” e “*non-pharmacologic therapy*”. Desta forma, foi possível formular a seguinte frase booleana para facilitar a pesquisa nas bases de

dados: (“*pain management*” OR *pain*) AND (*infant* OR *neonate* OR *newborn*) AND (“*non-pharmacologic therapy*” OR “*non-pharmacological interventions*”).

As bases de dados utilizadas na presente pesquisa foram a PubMed e a EBSCOhost com os motores de busca: Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Regional Business News, SPORTDiscus with Full Text e como limitador de tempo os últimos cinco anos.

### 3.1.2. Discussão de Resultados

#### Quadros 1- Síntese do artigo 1

<b>Título do artigo 1</b>	<b>Combined non-pharmacological interventions for newborn pain relief in two degrees of pain procedures: A randomized clinical trial</b>
<b>Autores</b>	H.-Y. Leng, X.-L. Zheng, X.-H. Zhang, H.-Y. He, G.-F. Tu, Q. Fu, S.-N. Shi, L. Yan
<b>Ano de publicação</b>	2015
<b>Fonte</b>	European Journal of Pain 20 (2016) 989—997
<b>Nível de evidência</b>	1B, nível de evidência segundo Oxford Centre for Evidence-Based Medicine
<b>Objetivos</b>	Estudar os efeitos da sucção não nutritiva e do <i>swaddling</i> no comportamento e parâmetros fisiológicos de RNs durante procedimentos superficiais ou profundos no calcanhar.
<b>Metodologia</b>	Estudo prospetivo, multicêntrico, randomizado e ensaio clínico controlado, com 671 RNs. Os RNs foram divididos em quatro grupos: administração de sacarose (grupo S, administrados 2 ml de sacarose a 24% por seringa, 2 min antes do procedimento), administração de sacarose oral combinada com sucção não nutritiva (grupo NS, administrados 2 ml de sacarose a 24% por seringa 2 min antes do procedimento e oferecida chupeta de silicone até ao final do procedimento), administração de sacarose oral combinada com <i>swaddling</i> (grupo SS, os RNs foram enrolados numa manta de algodão, restringindo os movimentos dos membros superiores mas não dos inferiores e de seguida foram administrados 2 ml de sacarose a 24% por seringa 2 min antes do procedimento. Os membros inferiores foram enrolados logo após o procedimento até o final do processo) e sacarose oral combinada com sucção não nutritiva e com <i>swaddling</i> (grupo NSS, os RNs foram enrolados numa manta de algodão, restringindo os movimentos dos membros superiores mas não dos inferiores e de seguida foram administrados 2 ml de sacarose a 24% por seringa 2 min antes do procedimento e oferecida chupeta de silicone até ao final do procedimento. Os membros inferiores foram enrolados logo após o procedimento até o final do processo). Os procedimentos foram realizados uma hora após a alimentação. As respostas comportamentais foram avaliadas pelo Sistema Neonatal de Codificação Facial Revisado e os sinais fisiológicos foram monitorizados por eletrocardiograma.
<b>Resultados</b>	Observou-se um efeito analgésico sinérgico significativo entre os grupos NS e SS tanto nos procedimentos superficiais como nos procedimentos mais profundos. O grupo NSS obteve o menor score de dor. Nos procedimentos mais profundos, o grupo NS teve um menor aumento na frequência cardíaca e uma menor diminuição

	na saturação de oxigénio do que o grupo S, contudo isto não foi observado no procedimento mais superficial. Para além disto, não foram encontradas diferenças entre os grupos S e SS, nos diferentes parâmetros fisiológicos.
<b>Conclusão</b>	A sucção não nutritiva e o <i>swaddling</i> tiveram efeitos sinérgicos no alívio da dor quando usados concomitante com a administração de sacarose oral. Para procedimentos mais profundos a administração de sacarose oral combinada com sucção não nutritiva e com o <i>swaddling</i> proporcionou o melhor efeito no alívio da dor. Para os procedimentos mais superficiais, a adição da sucção não nutritiva e do <i>swaddling</i> não melhoraram os efeitos no alívio da dor.

#### Quadros 2- Síntese do artigo 2

<b>Título do artigo 2</b>	<b>Analgesic effect of direct breastfeeding during bcg vaccination in healthy neonates</b>
<b>Autores</b>	Jawad Yousaf Dar, Lutfullah Goheer, Sajid Ali Shah
<b>Ano de publicação</b>	2019
<b>Fonte</b>	J Ayub Med Coll Abbottabad 2019;31(3)
<b>Nível de evidência</b>	1B, nível de evidência segundo Oxford Centre for Evidence-Based Medicine
<b>Objetivos</b>	Testar a hipótese de que a amamentação é uma boa analgesia para os recém-nascidos na vacinação com BCG.
<b>Metodologia</b>	Estudo controlado randomizado realizado no Departamento de Pediatria no Hospital Militar Combinado de Quetta. Estudo realizado de 1 de Junho a 30 de Novembro de 2015. Foram incluídos 60 RNs de termo saudáveis que tinham a vacina BCG marcada e que foram parcialmente ou exclusivamente amamentados. Trinta RNs foram amamentados continuamente durante a vacinação, enquanto o grupo de controle com 30 RNs não foram amamentados.
<b>Resultados</b>	A duração média do choro no grupo experimental foi significativamente menor do que no grupo de controlo. No grupo experimental, a duração média de choro foi de 16,48s, enquanto no grupo de controlo a duração média do choro foi de 34,93s. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os tempos médios de choro dos dois grupos ( $p < 0,05$ ).
<b>Conclusão</b>	Na administração da imunização da BCG, a duração média do choro durante a amamentação foi menor. A amamentação reduz a dor durante procedimentos dolorosos em RNs.

#### Quadros 3- Síntese do artigo 3

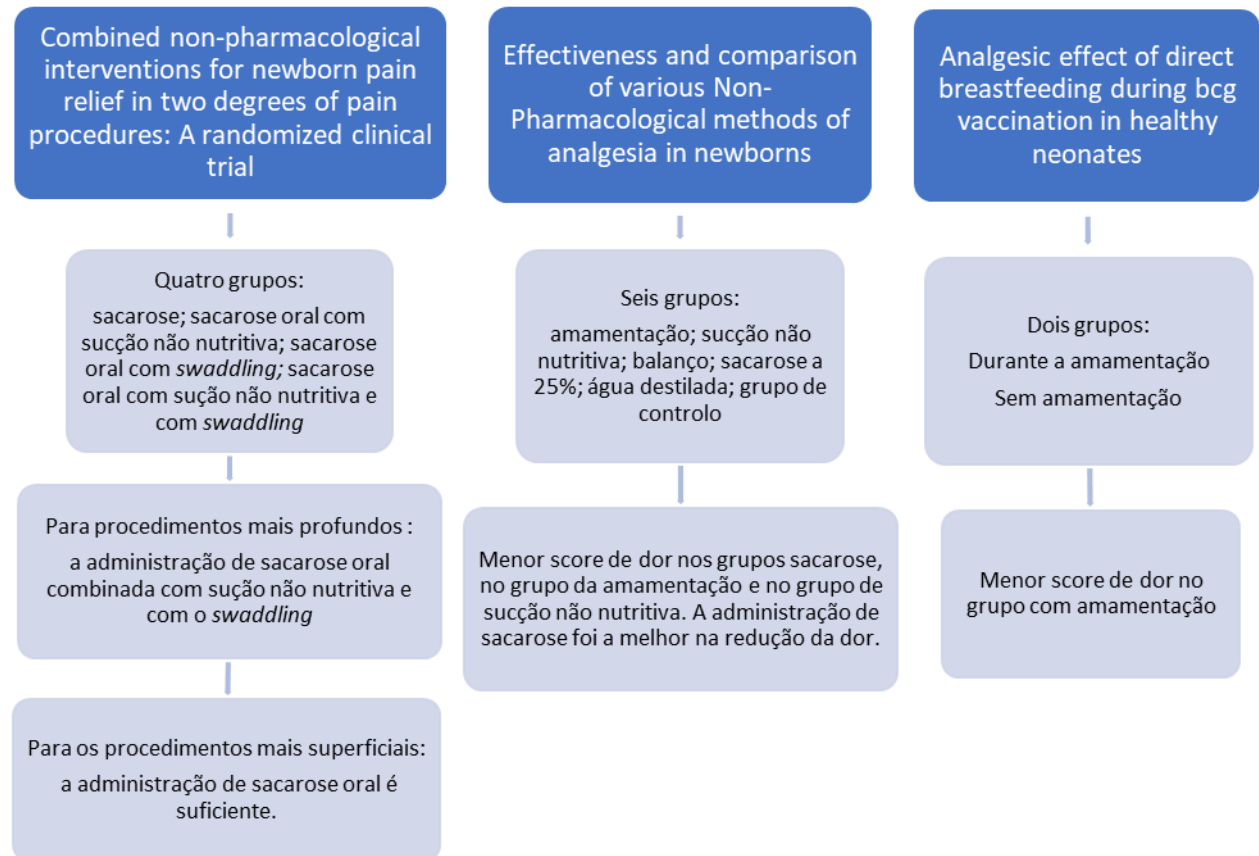
<b>Título do artigo 3</b>	<b>Effectiveness and comparison of various Non-Pharmacological methods of analgesia in newborns</b>
<b>Autores</b>	Pancham Kumar, Rakesh Sharma, Sukhdev Rathour, Sunidhi Karol, Mohit Karol
<b>Ano de publicação</b>	2019
<b>Fonte</b>	Korean J Pediatr.

<b>Nível de evidência</b>	1B, nível de evidência segundo Oxford Centre for Evidence-Based Medicine
<b>Objetivos</b>	Estudar e comparar a eficácia dos vários métodos não farmacológicos de tratamento da dor em recém-nascidos.
<b>Metodologia</b>	Estudo prospetivo realizado num hospital na região do Himalaia. Trezentos RNs a termo e saudáveis foram divididos em 6 grupos, cada um com 50 RNs. Cinco grupos foram de intervenção não farmacológica, tais como, grupo de amamentação (amamentação dois minutos antes do procedimento e até 120 segundos após o procedimento); grupo de sucção não nutritiva (oferecida uma chupeta estéril de silicone para estimular a sucção dois minutos antes do procedimento e até 120 segundos após o procedimento); grupo de balanço (os RNs receberam movimentos suaves de balanço dois minutos antes do procedimento e até 120 segundos após); grupo de sacarose a 25% (2 ml de solução de dextrose a 25% foram administrados pela boca com um conta-gotas estéril dois minutos antes da vacinação) e o grupo de água destilada (2ml de água destilada foram administrados pela boca com conta-gotas estéril dois minutos antes do procedimento). O grupo 6 foi um grupo controle que não recebeu qualquer intervenção. A resposta à dor em cada grupo após o procedimento foi avaliada e comparada com a duração do choro e o score de <i>Douleur Aigue Nveau-ne</i> (DAN), que é o score comportamental da classificação da dor aguda no RN.
<b>Resultados</b>	A duração do choro foi reduzida em todos os grupos de intervenção, mas foi significativa menor no grupo da sacarose (19,90s), no grupo da amamentação (31,57s) e no grupo de sucção não nutritiva (36,93s) quando comparada aos controles (52,86s). Os escores da DAN mostraram uma diminuição significativa num ou mais pontos, ou seja, em 30 segundos ou 60 segundos ou 120 segundos na amamentação e nos grupos de intervenção quando comparados aos controles.
<b>Conclusão</b>	A sacarose oral e a sucção não nutritiva são intervenções não farmacológicas simples, porém subtilizadas, que reduzem efetivamente a dor em RNs.

Obtiveram-se-se 26 artigos. Após a leitura de todos os artigos, apenas três respondiam à questão de partida: “Combined non-pharmacological interventions for newborn pain relief in two degrees of pain procedures: A randomized clinical trial”, “Effectiveness and comparison of various Non-Pharmacological methods of analgesia in newborns” e “Analgesic effect of direct breastfeeding during BCG vaccination in healthy neonates”.

### 3.1.3. Discussão dos resultados

Quadros 4- Esquematização da discussão dos resultados dos estudo



No estudo realizado por Leng et al. (2016), utilizou-se a sacarose oral como medida de rotina para alívio da dor no RN e demonstrou-se que a sua combinação com a sucção não nutritiva e a sua combinação com o *swaddling* tiveram um efeito sinérgico na redução da dor, nos procedimentos de pesquisa de glicemia e do teste do pezinho. A sucção não nutritiva reduz a reatividade associada à dor e regula os efeitos desta imediatamente e o *swaddling* reduz o *stress* com uma melhor organização motora e mais habilidade autorregulatória. Quando estas duas intervenções foram combinadas juntamente com a estratégia padrão de redução da dor, a administração de sacarose oral, a reatividade à dor foi notavelmente reduzida. O uso da sucção não nutritiva associado à administração de sacarose oral reduziu as variações da frequência cardíaca e da saturação de oxigénio quando comparada apenas com a administração de sacarose oral. Para além disto,

verificaram que o grupo que teve melhor efeito na redução da dor, em procedimentos profundos do calcâneo, foi o grupo que contemplou as três intervenções juntas. Este foi o primeiro estudo a explorar os possíveis efeitos sinérgicos entre a sucção não nutritiva e o *swaddling* juntamente.

Segundo Leng et al. (2016), devido às limitações do desenho do estudo, não foi possível comparar os efeitos entre a administração única de sacarose e o uso único da sucção não nutritiva, pois não produziram dados sobre os efeitos da sucção não nutritiva sozinha.

Relativamente à pesquisa de glicemia, não se encontraram diferenças significativas entre a frequência cardíaca e a saturação de oxigênio nos grupos de sacarose e sacarose combinada com a sucção não nutritiva. Esta descoberta suporta a evidência de que apenas a sacarose oral seria suficiente para aliviar a dor do procedimento superficial do calcanhar e que a adição de outras técnicas não farmacológicas não maximiza esse alívio da dor, assim como, não existiu nenhuma diferença significativa no aumento da frequência cardíaca e na diminuição da saturação de oxigênio nos grupos de sacarose ou sacarose com *swaddling*, sugerindo que a sacarose com ou sem a técnica do *swaddling* não faz diferença óbvia na sustentação do estado fisiológico, mas combinado com *swaddling* reduziu o score de dor e encurtou os tempos de alcance para os níveis basais de frequência cardíaca e saturação de oxigênio (Leng et al. (2016) apud Ohgi et al., 2004). Neste sentido, acredita-se que sustenta principalmente um comportamento estável.

Este estudo foi realizado em quatro departamentos neonatais de diferentes hospitais localizados nas principais cidades da China. Neste país, a prática de analgesia durante procedimentos como punção no calcanhar, punção venosa e injeção subcutânea ou injeção intramuscular raramente é praticada. Estudos recentes demonstraram que apenas 37,17% dos enfermeiros chineses têm conhecimento sobre a gestão da dor e a maioria dos entrevistados referiram que medidas não farmacológicas de alívio da dor não poderiam facilitar ou aliviar a dor (Leng et al. (2016) apud Qian et al., 2012; Wu, 2013).

Foram identificados como fatores que impedem a implementação destas estratégias não farmacológicas a resistência à mudança, a falta de conhecimento e a falta de tempo (Leng et al. (2016) apud Cong et al., 2014).

Os resultados deste estudo fornecem novas ideias e diretrizes para sensibilizar os profissionais da saúde sobre a dor nos RNs. Também explicam quando se deve utilizar

estratégias não farmacológicas únicas ou combinadas, durante os procedimentos neonatais. Embora para a administração destas técnicas sejam necessários mais profissionais e tempo, estas reduzem efetivamente a dor e melhoram a gestão da mesma, sendo este o objetivo.

Outro método não farmacológico eficaz na redução da dor no RN é a amamentação ou a administração de leite materno. A amamentação é segura, económica e um método natural para reduzir a dor em RNs e lactentes. Esta técnica atua de diferentes formas: distração do RN pela sucção, o toque na pele da mãe e devido ao conteúdo de leite, como: gordura, proteína, açúcar, triptofano e precursores da melatonina e por bloqueio das vias dos neurônios na medula espinhal (Dar et. al., 2019).

No estudo realizado por Dar et. al. (2019), os RNs que foram amamentados antes, durante e após a vacina BCG choraram menos do que os que não foram amamentados. A duração média do choro no grupo amamentado foi de 16,48s, enquanto no grupo de controlo a média foi de 34,93s, sendo que não houve diferenças significativas entre os dois grupos em relação ao gênero e ao seu tipo de alimentação (se eram amamentados exclusivamente ou não).

Estes resultados vão ao encontro a que outros autores já concluíram sobre a amamentação. Dar et al. (2019) referem um estudo realizado por Weissman et al. (2009) que incluiu 180 RNs de termo que foram separados por seis grupos: sem intervenção; grupo de sucção não nutritiva; grupo que foi segurado pela mãe; grupo de glicose oral; grupo que recebeu leite em fórmula e o grupo que recebeu amamentação. A duração do choro foi mais curta no grupo que recebeu amamentação e no grupo que recebeu leite em fórmula (5 e 13 segundos, respetivamente).

No terceiro estudo apresentado, Kumar et al. (2019) desenvolveram o seu estudo com cinco métodos não farmacológicos, devido aos seus efeitos no RN: a amamentação por produzir analgesia através de estímulos multissensoriais, como o contacto pele a pele, a sucção e por presença de glicose no leite materno; a administração de glicose a 25% por estimular áreas corticais relacionadas ao prazer, o que ajuda na libertação de endogénios opióides e endorfinas que modulam a transmissão de sinais dolorosos; a administração de água destilada por reduzir a dor, distraindo a atenção e reduzindo a ansiedade; a sucção não nutritiva por diminuir a hiperatividade, promover o estado calmo e regular o desconforto do RN; o balanço, por utilizar o posicionamento reduz a dor por distração, confortando o

RN, reduzindo a ansiedade e estimulando o sistema vestibular. Neste estudo, demonstrou-se que todos os grupos de intervenção diminuíram a duração média do choro após a vacinação em comparação com o grupo de controlo. A duração média do choro nos grupos de sacarose a 25%, na amamentação e na sucção não nutritiva foi 19,90s; 31,51s e 36,93s respetivamente, o que foi significativamente menor quando comparado ao grupo de controlo, que possui a duração média do choro de 52,86s. A duração média do choro no grupo de balanço e no grupo de água destilada foi menor quando comparada com o grupo de controlo, mas a diferença não foi significativa (Kumar et al., 2019). Na comparação intergrupos, a administração de sacarose foi a melhor na redução da dor, seguida da amamentação que também reduziu significativamente a intensidade da dor em todas as observações, exceto nos primeiros 30 segundos (Kumar et al., 2019).

As observações acima, demonstram que a sacarose, a amamentação e a sucção não nutritiva são meios não farmacológicos efetivos de redução da dor durante estímulos dolorosos leves a moderados.

Kumar et al. (2019) citaram vários autores que obtiveram os mesmos resultados, tais como: Gray et al (2000) que estudaram o efeito analgésico do contacto pele a pele durante o uso de punção no calcanhar em RNs e constataram ser uma intervenção potente na redução da dor; Carbajal e cols. (2003) que estudaram a eficácia da amamentação e uma combinação de sacarose e chupeta na redução da dor e o resultado foi comparável entre dois grupos; Gray et al. (2002) que descobriram que se os RNs fossem amamentados antes, durante e depois da punção no calcanhar, reduziam o tempo de choro e fáceis de dor e que esta técnica também impedia o aumento da frequência cardíaca e Yilmaz et al. (2002) que relataram que segurar o RN, com os braços, na posição vertical, diminuía a duração do choro durante o estímulo doloroso da punção no calcanhar.

A amamentação é um fenómeno fisiológico e os seus grandes benefícios para o RN, mãe e comunidade está bem estabelecida. Está recomendado que a amamentação seja uma das formas eficazes e úteis para diminuir a dor em RNs. Contudo, quando está indisponível o seu uso, outros métodos como a administração de sacarose a 25% ou a sucção não nutritiva podem e devem ser utilizadas (Kumar et al., 2019).

#### 3.1.4. Conclusão

Com base na pesquisa realizada, compreende-se que todos os procedimentos invasivos no RN causam dor, mas que os procedimentos mais profundos como o teste do pezinho, causam mais *stress* e mais dor do que os procedimentos mais superficiais como a pesquisa de glicemia.

A maioria dos artigos estudou o uso da administração da glicose, comprovando a sua eficácia. Esta é uma técnica que todos os profissionais da saúde têm ao seu alcance e assim sendo deve ser implementada como uma estratégia padrão. Para além disto, comprovou-se que o seu uso simultaneamente com outras técnicas pode ter um efeito sinérgico na redução da dor. Este feito sinérgico verificou-se com o *swaddling* e com a sucção não nutritiva. A amamentação também se comprovou como sendo eficaz na redução da dor. Esta técnica não tem qualquer custo e é um método natural. Deve-se assim, fornecer este conhecimento aos pais e incentivar e negociar com eles, caso seja possível, o uso das técnicas não farmacológicas de alívio da dor durante os procedimentos invasivos no RN.

Os efeitos analgésicos de vários métodos não farmacológicos, em RNs, foram estudados no passado e os seus resultados são variados. No entanto, ainda não existem soluções abrangentes e recomendações definitivas para o seu uso regular. Desta forma recomenda-se o estudo mais aprofundado destas técnicas.

Concluindo, de forma a aumentar o uso destas técnicas não farmacológicas, os EESMO devem explicar à mãe/pai/família o procedimento que irão realizar, ensinar as vantagens da utilização das medidas não farmacológicas de alívio da dor, negociar o horário da amamentação para que esta seja incluída como técnica não farmacológica de alívio da dor e se torne numa estratégia padrão e incentivar a presença de uma figura materna/paterna na realização do procedimento.



## ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA

O estágio profissionalizante constituiu um importante desenvolvimento de aprendizagem pessoal e profissional. Este permitiu adquirir novas competências e desenvolvê-las nos diferentes domínios de atuação do EESMO, no acompanhamento da mulher/RN/ casal e família.

No decorrer do estágio, a elaboração do plano de cuidados centrou-se nas necessidades individuais das utentes. Desta forma, conseguiu-se uma melhor colaboração/aceitação por parte dos clientes e desenvolveu-se a autonomia destes. A implementação das práticas incentivou uma reflexão e problematização, com base na evidência científica, que foram demonstradas ao longo do presente relatório.

No módulo “gravidez com complicações”, o principal desafio foi perceber que necessidades tinham as grávidas internadas e quais as intervenções que realmente fariam toda a diferença ao longo do seu internamento. A consulta da pesquisa bibliográfica ajudou muito na melhoria dos planos de cuidados e na implementação de intervenções capazes de promover a saúde mental e aumentar a consciencialização das grávidas/casais.

No módulo “Trabalho de parto e parto” teve-se dificuldade em implementar práticas como: a deambulação, o duche, a adoção de diferentes posições no segundo estadio de TP, entre outras, pois, no serviço ainda funciona o modelo biomédico. Foi um desafio a aprendizagem e a execução de novas técnicas, assim como o desenvolvimento de competências necessárias capazes de promover a autoimagem e a autoeficácia das mulheres/casais. A reflexão e discussão sobre as práticas implementadas permitiram o desenvolvimento de conhecimento e o aperfeiçoamento das diferentes práticas e com isto deu-se mais importância aos planos de parto pelas mulheres.

No serviço puerpério, tornou-se desafiante a implementação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor do RN, aquando de procedimentos invasivos, na medida em que estes eram sobretudo realizados no turno da manhã, um turno com muita sobrecarga para os enfermeiros. É neste período que os pediatras passam pelo serviço e necessitam da colaboração do enfermeiro responsável pela díade, assim como é neste período que se realizam as vigilâncias inerentes à saúde da puérpera e RN, se proporciona a alta clínica às famílias que regressam a casa e se realizam as colheitas de sangue, quer para a prevenção

do diagnóstico médico de icterícia ou para a realização do diagnóstico precoce. Cada enfermeiro tem a seu cargo cerca de cinco puérperas e os seus respetivos filhos.

A equipa de enfermagem, algumas vezes, optou por utilizar como medidas não farmacológicas de alívio da dor do RN a sucção não nutritiva e/ou *swaddling*, visto estar comprovada que a amamentação também é eficaz na redução da dor, e é um método natural e que estimula a relação mãe/filho. Assim, questiona-se o porquê da não utilização desta técnica de forma sistemática. Será que é por falta de tempo disponível para aguardar pela hora da amamentação do RN ou a equipa de enfermagem não considera esta técnica como suficientemente forte para a redução da dor no RN? Outra técnica que foi considerada como eficaz e que vários autores a salientam como uma técnica padrão é a administração de glicose/sacarose. Apesar destes autores terem utilizado a sacarose a 24% e dextrose a 30%, estas concentrações não existem nos nossos serviços. A sacarose a 24% pode ser requisitada à farmácia hospitalar ou pode ser utilizada a glicose a 30%, que está disponível em ampolas. Contudo, verificou-se que existe um desconhecimento nas vantagens/desvantagens desta técnica e que os enfermeiros ainda têm receio da sua utilização.

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, n.º 391/2019, de 3 de Março de 2019, orienta os enfermeiros para a prestação de cuidados especializados na área específica de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Desta forma, apresenta-se de seguida a tabela representativa das experiências realizadas ao longo do estágio, tendo sido alcançadas as legalmente exigidas. Não tendo sido possível a realização de parto com apresentação fetal pélvica, foi realizado o estudo, a simulação e o procedimento do mesmo em laboratório e numa atividade formativa no serviço onde decorreu o estágio.

Tabela 1- Experiências realizadas ao longo do estágio

Grávidas		Parturientes		Partos executados		Partos participados		Prática sutura	Puérperas		Recém-nascidos	
Risco	Normais	Risco	Normais	Com Episiotomia	Sem Episiotomia	Pélvicos	Cefálicos		Risco	Normais	Risco	Normais
45	35	57	97	9	31	1 Simulado	8	25	40	66	4	103

## APRECIÇÃO FINAL

O presente relatório de estágio apresenta as experiências vivenciadas e as práticas desenvolvidas através de uma reflexão crítica sobre estas ao longo do estágio. A aprendizagem foi contínua e permitiu, dadas as singularidades da população-alvo dos cuidados do EESMO, o desenvolvimento das competências necessárias para a prestação de cuidados especializados de excelência. Ao longo do estágio, cumpriram-se os requisitos previstos no Decreto-lei 391/2019, de 3 de Março de 2019 (OE, 2019) para a aquisição do título de EESMO, tanto ao nível do desenvolvimento de competências, como ao nível do número mínimo de experiências.

O relatório está estruturado em três módulos: “Gravidez com complicações”, “Trabalho de parto e parto” e “Autocuidado no pós-parto e parentalidade”, apresentando as intervenções realizadas na prática clínica e estabelecendo uma ligação com a evidência científica mais atual. Foram apresentadas as experiências de maior relevo, surgindo uma temática merecedora de especial atenção, no âmbito do módulo “Autocuidado no pós-parto e parentalidade”, como o alívio da dor no RN, aquando da prática de técnicas invasivas. A prática baseada na evidência proporcionou a comparação entre as práticas protocolos e o que a evidência sugere. Neste sentido, a realização da revisão de literatura permitiu analisar a evidência científica mais atual sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor no RN, concluindo que métodos como a administração de sacarose, o *swaddling* e a amamentação, são eficazes no alívio da dor no RN e que as práticas desenvolvidas na atualidade ficam aquém das necessidades.

Com a realização deste relatório, pode-se compreender a valorização dos cuidados humanizados durante a prática clínica. Cada mulher/casal/família é um ser diferente que necessita sobretudo de respeito, informação, disponibilidade e apoio. Todos os cuidados prestados foram cuidados individualizados, de forma a capacitar cada mulher/casal ao longo da gravidez, parto e puerpério/parentalidade.

Em suma, considera-se que os objetivos foram cumpridos e que o desenvolvimento deste relatório de estágio, assim como a frequência do mesmo, foram imprescindíveis para um enriquecimento quer pessoal como profissional.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, M., Moreira, A., Sampaio, C. & Faria, A. (2016). Punção Acidental da Dura e Cefaleia Pós-punção da Dura na População Obstétrica: Oito Anos de Experiência. *Acta Médica Portuguesa*, 29 (4), 268-274. DOI: 10.20344/amp.6815
- Araruna, R. C. & Vendruscolo, D. M. S. (2000). Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato – um estudo bibliográfico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 8 (2), 99-105. DOI: 10.1590/s0104-11692000000200015
- Associação Portuguesa de Nutrição. (2019). *Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro*. E-book nº 53. Disponível em: [https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000\\_DIAS\\_EBOOK-2706.pdf](https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf)
- Barros, S. M. O. (2006). *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. 1ª Ed. Barueri, SP: Manole.
- Caldeira, A. & Viana, S. (2010). Eficácia dos exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, durante e após o parto, na prevenção e tratamento da incontinência urinária: artigo de revisão. *Revista de Faculdade de Ciências*, 7, 402-410. Universidade Fernando Pessoa, Porto. Recuperado de: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3037/3/402-410.pdf>
- Campos, I. (2011). Aleitamento Materno. *Guias de Saúde*, 8, 1-50.
- Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2006). *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*. 10ª Ed. Porto Alegre: Artemed.
- Chaves, A. A. N. (2017). *A Dor numa UCINP: Conceções e práticas dos enfermeiros na gestão da dor em crianças no primeiro ano de vida* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Chee, J. & Lau, T, P. (2017). Severe postpartum headache. *British Medical Journal*, 357:j1856. DOI: 10.1136/bmj.j1856
- Cordero, M. J. A., García, L. B., López, A. M. S., Villar, M. N., Castillo, R. F. & García, I. G. (2015). Procedimientos no farmacológicos para disminuir el dolor de los neonatos; revisión sistemática. *Nutricion hospitalaria*, 32 (6), 2496-2507. DOI: 10.3305/nh.2015.32.6.10070
- Costa, R., Pacheco, A. & Figueiredo, B. (2012). A antecipação e experiência emocional de parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (1), 15-35. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n1/v13n1a03.pdf>
- Cubal, A. & Pereira, S. (2014). Parto pré-termo: rastreio e prevenção. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 8 (3), 276-282. Recuperado de: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/13-aogp-d-14-00082.pdf>

Dar, J., Goheer, L. & Shah, S. (2019). Analgesic effect of direct breastfeeding during bcg vaccination in healthy neonates. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad Pakistan*, 31 (3), 379-382. Recuperado de: <http://jamc.ayubmed.edu.pk/index.php/jamc/article/view/2978/2707>

Depaulis, C., Steer, N., Garessus, L., Chassard, D. & Aubrun, F. (2020). Evaluation of the effectiveness and tolerance of tetracosactide in the treatment of post-dural puncture headaches (ESYBRECHE): a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials Journal*, 21:55. DOI: 10.1186/s13063-019-4015-y

Direção Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de saúde Reprodutiva – Orientações Saúde Reprodutiva/ Planeamento Familiar*. Lisboa: DGS. Recuperado de: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/planeamento-familiar--contracepcao/saude-reprodutivaplaneamento-familiar-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2011). *Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez*. Lisboa: DGS. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-de-consenso-sobre-diabetes-e-gravidez-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). *Indução do Trabalho de Parto*. Lisboa: DGS. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2013). *Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade*, Orientação DGS n.º 001/2010. Lisboa: DGS. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012010-de-16092010-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). *Trabalho de parto estacionário*. Lisboa: DGS. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2017). Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12 (1), 24-38. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/documentos-e-comunicacoes/consenso-diabetes-gestacional-atualizacao-2017-pdf.aspx>

Gallo, R. B. S., Santana, L. S., Marcolin, A. C. & Quintana, S. M. (2014). A bola suíça no alívio da dor de primigestas na fase ativa do trabalho de parto. *Revista Dor*, 15 (4), 253-255. Recuperado de: [https://www.scielo.br/pdf/rdor/v15n4/pt\\_1806-0013-rdor-15-04-0253.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rdor/v15n4/pt_1806-0013-rdor-15-04-0253.pdf)

Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-fetal*. 5ª Ed. Lisboa: Lidel.

Guimarães, M. S. F. & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Recuperado de: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Holanda, S. M., Castro, R. C. M. B., Aquin, P. S., Pinheiro, A. K. B., Lopes, L. G. & Martins, E. S. (2018). Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27 (2): e3800016. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e3800016.pdf>

Instituto Nacional de estatística. (2017). *Estatísticas demográficas 2017*. Lisboa, Portugal. Recuperado de: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=348174760&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=348174760&PUBLICACOESmodo=2)

International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. Recuperado de: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>

Kumar, P., Sharma, R., Rathour, S., Karol, S. & Karol, M. (2019). Effectiveness and comparison of various Non-Pharmacological methods of analgesia in newborns. *Korean Journal of Pediatrics*, 63 (1), 25-29. DOI: <https://doi.org/10.3345/kjp.2017.05841>

Leng, H., Zheng, X., Zhang, X., He, H., Tu, G., Fu, Q., Shi, S. & Yan, L. (2016). Combined non-pharmacological interventions for newborn pain relief in two degrees of pain procedures: A randomized clinical trial. *European Journal of Pain*, 20 (6), 989-997. DOI: 10.1002/ejp.824

Levin, H. I., Sciscione, A., Ananth, C. V., Drassinower, D., Obican, S.G. & Wapner, R. J. (2017). Activity restriction and risk of preterm delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31 (16), 2136-2140. DOI: 10.1080/14767058.2017.1337738

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Recuperado de: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>.

Lima, A. H., Hermont, A. P. & Friche, A. A. L. (2013). Analgesia in newborns: a case-control study of the efficacy of nutritive and non-nutritive sucking stimuli. *Communication Disorders, Audiology and Swallowing*, 25, 365–368. DOI: 10.1590/s2317-17822013005000002

Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta.

Lowdermilk, D. L., Perry, S. E. & Bobak, I. M. (2002). *O cuidado em enfermagem materna*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

Magalhães, S. C. R. S. (2011). *A Vivência de Transições na Parentalidade face ao Evento Hospitalização da Criança* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Manso, P., Vaz, A., Taborda, A. & Silva, I. S. (2011). Corionicidade e Complicações Perinatais na Gravidez Gemelar, Casuística de 10 anos. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 695-698. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/61497309.pdf>

Martins, E., Marques, M. & Tomé, J. (2002). Analgesia epidural Obstétrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 18, 163-168. Recuperado de: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9878/9616>

Martins, A. & Silva, S. (2016). *Primeiros Cuidados ao Bebê Guia Prático*. Gabinete de Comunicação da ULSM, Porto. Recuperado de: [http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsm/wp-content/uploads/sites/16/2018/02/Guia-Infantil\\_2016.pdf](http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsm/wp-content/uploads/sites/16/2018/02/Guia-Infantil_2016.pdf)

Medeiros, R. M. K., Figueiredo, G., Correa, Á. C. P. & Barbieri, M. (2019). Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parir. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 40:e20180233. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>

Mielke, K. C., Gouveia, H. G. & Gonçalves, A. C. (2019). A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. *Avances en Enfermería*, 37 (1), 47-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>

Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C. & Campos, D. A. (2014). *Protocolos de medicina materno-fetal*. 3ª Ed. Lisboa: Lidel.

Motta, G. C. P. & Cunha, M. L. C. (2014). Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68 (1), 131-135. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680118p>

Néné, M., Marques, R. & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. 1ª Ed. Lisboa: Lidel.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Competência para a auscultação de batimentos cardíacos fetais e avaliação da altura de fundo uterina. Parecer nº4/ 2011. Recuperado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Parecer4\\_MCEESM\\_O.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Parecer4_MCEESM_O.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.ª série (n.º 85), 3 de maio de 2019, regulamento n.º 391/2019, 13560-13565. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2014). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Genebra: OMS. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505\\_por.pdf;sequence=12](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf;sequence=12)

Organização Mundial de Saúde. (2014). Recomendações da OMS para a Prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia. Genebra: OMS. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789248548338\\_por.pdf?sequence=11](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789248548338_por.pdf?sequence=11)

Organização Mundial de Saúde. (2014). WHO recommendations for augmentation of labour. Genebra: OMS. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf?sequence=1)

Organização Mundial de Saúde. (2015). WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Genebra: OMS. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186171/9789241549363\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186171/9789241549363_eng.pdf?sequence=1)

Organização Mundial de Saúde. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: OMS. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial da Saúde & Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação. (2004). Vitamin and mineral requirements in human nutrition: Second edition. Genebra: OMS. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42716/9241546123.pdf>

Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N. & Ressel, L. B. (2017). Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Escola Anna Nery*, 21 (4):e20160366. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>

Rego, J. D. (2002). *Aleitamento Materno*. São Paulo: Atheneu.

Sadler, T. W. (2012). *Langman's medical embryology*. 12ª ed. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.

Sánchez-Gabriel, M. D. S., Castellanos, J. L. L., Fernández, I. B., Munuzuri, A. P., Gracia, S. R., Campillo, C. W. R., López, E. S. & Luna, M. S. (2017). Recomendaciones para la prevención, la detección y el manejo de la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos con 35 o más semanas de edad gestacional. *Anales de pediatría*, 87 (5), 294.e1-294.e8. DOI: 10.1016/j.anpedi.2017.03.006

Santos, N., Veiga, P. & Andrade R. (2011). Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (2), 355-358. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200021>

Saraiva, H. (2010). *Aleitamento materno - Promoção e Manutenção*. Lisboa: Lidel.

Silva, A., Neves, A., Sgarbi, A. & Souza, R. (2017). Plano de Parto: Ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 7 (1), 144-151. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769222531>

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2012). *Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais*. Recuperado de: [http://www.spginecologia.pt/uploads/revisao\\_dos\\_consensos\\_em\\_infecoes\\_vulgova\\_ginais.pdf](http://www.spginecologia.pt/uploads/revisao_dos_consensos_em_infecoes_vulgova_ginais.pdf)

Sousa, L., Vieira, C., Severino, S. & Antunes, A. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17-

26. Recuperado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/321319742\\_Metodologia\\_de\\_Revisao\\_Integrativa\\_da\\_Literatura\\_em\\_Enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem)

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