

TRANSIÇÃO PARA PARENTALIDADE FACE AO RECÉM-NASCIDO  
PREMATURO

Relatório de Estágio

Joana Catarina Castro Soares



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

TRANSIÇÃO PARA PARENTALIDADE FACE AO  
RECÉM-NASCIDO PREMATURO

TRANSITION TO PARENTALITY FACE THE PREMATURE  
NEWBORN

Relatório de Estágio de Natureza Profissional orientado  
pela Professora Doutora Cândida Koch

Joana Catarina Castro Soares

Porto, 2021



## AGRADECIMENTOS

Uma vez concluída uma das etapas mais desafiantes do meu percurso acadêmico, torna-se inevitável agradecer a todas as pessoas que me acompanharam nesta viagem e que contribuíram para o cumprimento deste objetivo pessoal.

À minha orientadora, a Professora Doutora Cândida Koch, pela disponibilidade, encorajamento e acompanhamento constante ao longo do estágio que permitiram atingir os objetivos propostos com sucesso e pela cuidadosa orientação que permitiu a elaboração deste relatório.

À coordenadora do curso de Mestrado, a Professora Doutora Alexandrina Cardoso, pelo apoio e incentivo durante estes dois últimos anos cheios de adversidades, mas que se tornou fundamental para o sucesso deste percurso.

À Enfermeira Paula Miller, orientadora de estágio no CMIN, pelo acompanhamento e constante preocupação para que os objetivos fossem atingidos com sucesso.

À minha querida tutora, a Enfermeira Rita Gomes, EEESMO no Núcleo de Partos, pela forma como me recebeu, acompanhou e ensinou, por quem guardo um enorme carinho, amizade e admiração. Às minhas tutoras, a Enfermeira Raquel Nogueira e Enfermeira Fátima Pinto, por todas as oportunidades de aprendizagem e por se terem revelado generosas amigas.

Um agradecimento em especial à Equipa E do Núcleo de Partos, por me demonstrarem todos os dias como é possível desempenhar com excelência o papel de enfermeira especialista, em particular, à Enfermeira Fátima Monteiro, que cuidou sempre de mim.

Aos meus pais que lutaram sempre comigo, que acreditaram sempre em mim e que me ensinaram a nunca desistir dos meus sonhos.

Ao Daniel, por nunca me ter deixado cair nos momentos mais difíceis e, ainda, por ser tudo aquilo que eu preciso e mais um pouco.

Às minhas melhores amigas, Patrícia, Catarina, Mafalda e Maria por toda amizade, motivação e incentivo. Não sei o que faria sem vocês.

Às minhas colegas de curso, em especial à Inês e à Clara, com quem partilhei momentos e experiências que nunca esquecerei.

A todas as mulheres, grávidas, parturientes, puérperas e casais com quem me cruzei... O meu mais sincero obrigada. Deram-me mais do que algum dia poderão imaginar.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT - Ameaça Parto Pré-Termo

ARA - Antagonistas do Recetores da Angiotensina

CMIN - Centro Materno-Infantil do Norte

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção Geral da Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

HPP - Hemorragia Pós-Parto

HTA - Hipertensão Arterial

IECA - Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina

IG - Idade Gestacional

IMG - Interrupção Médica da Gravidez

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

JBI - Joanna Briggs Institute

LIG - Leve para a Idade Gestacional

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MMF - Medicina Materno-Fetal

OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PPT - Parto Pré-Termo

RCIU - Restrição do Crescimento Intrauterino

RM - Rotura de Membranas

RN - Recém-Nascido

RPM - Rotura Prematura de Membranas

SGB - Streptococcus do Grupo B

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPOMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

SPH - Sociedade Portuguesa de Hipertensão

SU - Serviço de Urgência

TP - Trabalho de Parto

UCIN - Unidade Cuidados Intensivos Neonatais

WHO - World Health Organization

## RESUMO

O presente documento foi elaborado durante o Estágio de natureza profissional, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, decorrido no Centro Materno-Infantil do Norte entre 9 de novembro de 2020 e 31 de maio de 2021. Este relatório apresenta a descrição das atividades desenvolvidas durante o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas elaborado pela Ordem dos Enfermeiros juntamente com a Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. O Estágio de natureza profissional possibilitou a prestação de cuidados de enfermagem em três áreas distintas, nomeadamente no âmbito da Gravidez com Complicações, do Trabalho de Parto e Parto, e do Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade. Nestes três diferentes contextos clínicos foi possível executar diversificadas intervenções de enfermagem, baseadas na evidência científica mais atual, referidas ao longo do relatório. Neste documento estão relatadas todas as experiências vividas ao longo do estágio, sendo realizada uma análise crítico-reflexiva acerca das práticas desenvolvidas. No âmbito do Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade foram acompanhados alguns casos de puérperas/casais com recém-nascidos prematuros que suscitou a necessidade pessoal de reflexão sobre a transição para a parentalidade, face a um recém-nascido prematuro, e sobre como poderia o enfermeiro, enquanto especialista na área da saúde materna e obstétrica, contribuir para facilitar a adaptação dos pais nessa nova etapa de vida. Assim, através da realização de uma revisão integrativa da literatura, pretendeu-se contribuir para a prática de enfermagem, facilitando a adaptação da puérpera/casal ao recém-nascido prematuro.

**Palavras-chave:** Enfermagem Obstétrica; Cuidados de Enfermagem; Recém-Nascido Prematuro; Transição; Parentalidade



## **ABSTRACT**

This document was elaborated during a professional internship, of the Master's Degree in Maternal Health and Obstetric Nursing, held at Centro Materno-Infantil do Norte, between 9<sup>th</sup> November 2020 and 31<sup>st</sup> May 2021. This report allows the description of the activities developed in the process of acquisition and development of competencies of the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetric Nursing, according to the Specific Competences Regulation, elaborated by Ordem dos Enfermeiros together with Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. The professional internship enabled the provision of nursing care in three distinct areas, namely High-risk Pregnancy, Labor and Childbirth, and Postpartum Care and Parenthood. Through these three different clinical contexts, it was possible to carry out diversified nursing interventions, based on the most current scientific evidence, which are reflected throughout the report. This document reports all the experiences lived during the internship, with a critical-reflective analysis of the practices developed. In the context of Postpartum Care and Parenthood, some cases of mothers/couples with premature newborns were followed up and, for this reason, brought the need to reflect about the transition to parenthood in premature newborns and how the nurse, as specialist in maternal health and obstetric nursing, can contribute to help in the adaptation to this new stage of life. Thus, through an integrative literature review, it is intended to contribute to nursing practice, in order to simplify the process of adaptation of the mother/couple to the premature newborn.

**Keywords:** Midwifery; Nursing Care; Premature Newborn; Transition; Parenthood



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	17
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES.....	19
1.1. Contextualização do estágio.....	20
1.2. Cuidados de enfermagem no âmbito da gravidez com complicações... 23	
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO .....	29
2.1. Contextualização do estágio.....	30
2.2. Cuidados à mulher no 1º estadio do trabalho de parto.....	31
2.3. Cuidados à mulher no 2º estadio do trabalho de parto.....	39
2.4. Cuidados à mulher no 3º estadio do trabalho de parto.....	44
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO AUTOCUIDADO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE.....	47
3.1. Contextualização do estágio.....	47
3.2. Cuidados de enfermagem no pós-parto .....	48
3.3. Transição para a parentalidade face ao recém-nascido prematuro: revisão integrativa da literatura .....	57
3.3.1. Contextualização da temática.....	58
3.3.2. Metodologia .....	59
3.3.3. Análise e discussão dos resultados.....	60
3.3.4. Conclusão .....	68
ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA.....	71
CONCLUSÃO .....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77



## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Análise dos artigos.....	60
------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Registo global das experiências clínicas obrigatórias.....	72
--	----



## INTRODUÇÃO

No âmbito da realização do Estágio de natureza profissional do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), surge o presente documento, sob a forma de Relatório de Estágio, onde se descreve o percurso académico, enquanto estudante nesta área de especialização, no decorrer do ano letivo 2020/2021.

Este documento afigura-se como um instrumento que permite a descrição das experiências clínicas, assim como das atividades de diagnóstico e de vigilância desenvolvidas. Na elaboração deste documento é possível explanar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), tal como preconizado no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019). Para além disso, este relatório contempla também uma componente de investigação, mediante a realização de uma revisão integrativa da literatura sobre uma problemática/temática enquadrada na prática clínica.

Segundo o Regulamento de Competências específicas, o EEESMO assume a responsabilidade pelas seguintes áreas de intervenção: saúde reprodutiva/ginecológica da mulher em idade fértil, planeamento familiar e pré-concepcional, gravidez, trabalho de parto e parto, puerpério e climatério (OE, 2019). Assim, com o objetivo de adquirir competências na área da Saúde Materna e Obstétrica, foi desenvolvido o Estágio de Natureza Profissional que decorreu no Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), entre 9 de novembro de 2020 e 31 de maio de 2021, incluindo três áreas distintas de intervenção: Gravidez com Complicações no serviço de Ginecologia e Medicina Materno-Fetal (MMF), Trabalho de Parto e Parto no Núcleo de Partos e Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade no serviço de Puerpério.

Ao nível estrutural, este documento divide-se em três capítulos principais, sendo que se optou por relatar os acontecimentos sucedidos, segundo a ordem cronológica do ciclo reprodutivo. O primeiro capítulo descreve e reflete sobre o desenvolvimento de competências no contexto da gravidez com complicações, o segundo capítulo incide no desenvolvimento de competências no contexto do trabalho de parto e parto e, por fim, o terceiro e último capítulo retrata o desenvolvimento de competências no contexto do Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade, incluindo um subcapítulo aonde se aborda a revisão integrativa da literatura.

No âmbito do estágio de Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade foi possível prestar cuidados a puérperas/casais que tinham vivenciado o nascimento de um filho prematuro. A prematuridade está muitas vezes associada ao internamento hospitalar do Recém-Nascido

(RN), o que pode afetar e dificultar o processo de transição para a parentalidade na puérpera/casal. Assim, com recurso à revisão integrativa da literatura pretendeu-se analisar criticamente a melhor e mais atual evidência científica disponível, contribuindo para o desenvolvimento de práticas de enfermagem significativas no processo de adaptação e transição para a parentalidade face ao RN prematuro.

Para a realização da revisão da literatura deste relatório, foi realizada uma pesquisa no motor de busca EBSCOhost Web, fornecido pela ESEP, que permite acesso a inúmeras bases de dados tais como: Academic Search Complete; Business Source Complete; CINAHL; Complete Medline; CINAHL Plus with Full Text; ERIC; Library; Information Science & Technology Abstracts; MedicLatin; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News SPORTDiscus with Full Text e PubMed.

## 1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

A gravidez é um estado fisiológico que produz um conjunto de transformações no organismo materno, com uma duração de aproximadamente 40 semanas e através do qual se desenvolve e cresce um novo ser (Néné, Marques & Batista, 2016).

É um período de mudanças físicas, psicológicas, pessoais e interpessoais, sendo uma das etapas mais importantes no ciclo de vida da mulher e do casal. Define-se como um período de transição caracterizado pela reorganização individual, conjugal e profissional (Cardoso, 2011). A forma como se vivenciam estas transições e transformações é um processo individual e além disso único, pois todas as gestações são diferentes, mesmo quando são experienciadas pela mesma mulher (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015).

Quando se fala de gravidez, é inerente o conceito de risco. O risco define-se como a probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável para a saúde (Oliveira & Mandú, 2015). A gravidez é considerada de risco quando a probabilidade de um desenlace adverso para a mulher e/ou para o bebé é superior à ocorrência dessa mesma complicação na população em geral (Graça, 2017). Reconhecendo que não há gravidez sem risco e que gravidez não é sinónimo de doença, está comprovado que o acesso a cuidados especializados diminuiu significativamente as taxas de morbilidade e mortalidade materna, fetal e infantil (Oliveira & Mandú, 2015).

Todavia, a classificação do risco é dinâmica ao longo da gravidez, pelo que este deverá ser avaliado, revisto e atualizado a cada consulta de vigilância pré-natal, uma vez que o aparecimento de certas condições pode comprometer a saúde da grávida e/ou do feto (DGS, 2015). Assim, é possível constatar que a identificação das grávidas de risco contribui em parte para o sucesso da gestação. A identificação de uma gravidez de risco tem por base um detalhado processo de anamnese, tendo em conta a história familiar e pessoal e os antecedentes obstétricos e ginecológicos, também utiliza recursos como o exame físico, os exames complementares de diagnóstico, os testes laboratoriais e imagiológicos, entre outros (Néné et al., 2016). Porém, por vezes, as gestações de risco ocorrerão em mulheres sem qualquer patologia e sem antecedentes obstétricos relevantes (Graça, 2017).

Uma vez identificada a gravidez de risco, poderá ser necessário recorrer ao internamento hospitalar como solução para controlar o quadro clínico da grávida, de acordo com a gravidade da situação ou do potencial desfecho negativo para a saúde da mulher e do feto (Falavina, Oliveira, Melo, Varela & Mathias, 2017).

## 1.1. Contextualização do estágio

De modo a desenvolver competências, no contexto da gravidez com complicações, foi realizado um estágio entre 19 de abril de 2021 e 31 de maio de 2021, no serviço MMF do CMIN. Este serviço permite o internamento de mulheres com patologia do foro ginecológico, assim como permite o internamento de grávidas com patologia e/ou fatores de risco associados, também inclui o internamento de mulheres que sofreram perda gestacional ou que foram submetidas a interrupção médica da gravidez (IMG).

Ao longo da respetiva prática clínica, foram prestados cuidados a 92 grávidas com gravidez de alto risco, com variadas patologias que determinaram o seu internamento na unidade de MMF, sendo relativamente frequente apresentarem múltiplos diagnósticos.

As causas de internamento identificadas foram ameaça de parto pré-termo (APPT) (22 grávidas), restrição do crescimento intrauterino (RCIU) (19 grávidas), pré-eclâmpsia (17 grávidas), metrorragias (13 grávidas), diabetes gestacional (12 grávidas), alterações do colo uterino (10 grávidas), placenta prévia (8 grávidas), alterações do líquido amniótico (oligoâmnios/hidrâmnios/anidrâmnios) (8 grávidas), placenta percreta (4 grávidas), acretismo placentar (4 grávidas), subida tensional (3 grávidas), rotura prematura de membranas (RPM) (3 grávidas), vasa prévia (3 grávidas), colestase gravídica (2 grávidas), alterações de fluxometria (2 grávidas) e macrossomia (1 grávida).

Neste contexto de cuidados de enfermagem, face aos diversificados diagnósticos encontrados, nas grávidas internadas na unidade de MMF, foi possível uma ampla e diversificada experiência de aprendizagem.

De entre as diferentes patologias obstétricas observadas, a APPT, a RCIU e a pré-eclâmpsia destacaram-se por serem os diagnósticos médicos que promoveram um maior número de grávidas internadas na unidade de MMF, durante o período de tempo em que o estágio decorreu. Estes 3 diagnósticos médicos apresentam algo em comum, podem potenciar o nascimento de um recém-nascido prematuro. No entanto, também os diagnósticos médicos de alterações do colo uterino, alterações do líquido amniótico, alterações de fluxometria, rotura prematura de membranas e colestase gravídica são complicações da gravidez que podem cursar num parto pré-termo (PPT).

A APPT consiste na existência de contrações uterinas frequentes, regulares e dolorosas antes das 37 semanas de gestação, com distensão do segmento inferior uterino, mas sem

apagamento ou dilatação do colo. É fundamental distingui-la do PPT que se caracteriza como uma situação sobreponível à situação anterior, mas com apagamento e dilatação do colo uterino (Graça, 2017).

O PPT continua a ser considerado um importante problema de saúde pública ao nível mundial. Atualmente, o número de PPT parece continuar a aumentar na maioria dos países, o que se traduz em um maior número de RN prematuros, sendo que estes são mais propensos a doenças graves ou à morte durante o período neonatal (Vogel et al., 2018). Assim, torna-se essencial uma intervenção especializada dirigida à mulher antes e durante a gravidez, de modo a reduzir e a prevenir os riscos de APPT/PPT.

Relativamente à RCIU, a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2018, p.1) define-a como *“todo o feto que não atinge o potencial de crescimento geneticamente determinado para a sua idade gestacional (IG)”*. O diagnóstico médico é feito ecograficamente e afeta cerca de 5 a 10% de gestações. Pode acontecer devido a fatores maternos, fetais, placentários, ambientais ou devido a uma interação dos mesmos. A morbidade e mortalidade neonatal encontra-se significativamente aumentada quando associada a um diagnóstico pré-natal de RCIU, sendo mais prevalente no RN prematuro e, por sua vez, a RCIU é uma das importantes causas de PPT. As variações do peso e tamanho dos fetos e RN normais são influenciadas por variados fatores: a etnia, a altura e peso da grávida no início da gestação, a paridade e o sexo do feto. Portanto, é importante afirmar que alguns RN classificados como leves para a idade gestacional (LIG) são constitucionalmente pequenos e apresentam uma curva de crescimento com distribuição normal, sem patologia de restrição de crescimento associada, o que significa que apenas são biologicamente mais pequenos. Posto isto, é possível constatar que, em algumas situações, o diagnóstico de RCIU não é evidente, e é difícil de diferenciar um feto que apresenta restrição de crescimento, de um feto LIG saudável (Neto, Córdoba & Peraçoli, 2011; Rodrigues, 2012).

A gravidez múltipla está, também, associada a uma elevada incidência da RCIU, uma vez que o crescimento fetal está inversamente relacionado com o número de fetos e o tipo de placentação, sendo a sua prevalência maior nas placentas monócóricas. Para além disso, as complicações obstétricas, as anomalias da placenta e as anomalias do cordão umbilical mais frequentes de ocorrer na gravidez múltipla, são fatores supletivos responsáveis pela maior ocorrência de RCIU (Rodrigues, 2012). Ao longo do estágio na unidade de MMF, foi possível verificar que as grávidas internadas com gestação múltipla eram todas portadoras de diagnóstico de RCIU e, em alguns casos, apresentavam também alterações de fluxometria e alterações do líquido amniótico.

Segundo alguns autores (Neto et al., 2011), a RCIU é a segunda maior causa de mortalidade neonatal em países desenvolvidos, ficando apenas atrás da prematuridade. São limitadas as opções de tratamento intrauterino e parece não existir um método eficaz para reverter esta

patologia, pelo que a vigilância do bem-estar materno e fetal é um dos pontos chave para o sucesso da gestação (Pereira, Magalhães, Jesús & Trajano, 2014).

As patologias hipertensivas da gravidez afetam até cerca de 10% das gravidezes ao nível mundial e associam-se a elevados níveis de morbilidade e mortalidade materna, fetal e neonatal. A definição de hipertensão (HTA) na gravidez não é uma entidade única e pode ser classificada em: hipertensão crónica/pré-existente, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta a HTA prévia (Sociedade Portuguesa de Hipertensão [SPH], 2020).

Em particular, a pré-eclâmpsia, diagnóstico presente nas grávidas internadas na unidade de MMF, define-se como valores de tensão arterial  $\geq 140/90$  mmHg e proteinúria significativa ( $> 0,3g/24H$ ). É um diagnóstico comum numa primeira gravidez. Está frequentemente associado a RCIU, devido à insuficiência placentária e é uma das principais causas de prematuridade. A única cura para a pré-eclâmpsia é o parto, contudo, com uma boa gestão do regime terapêutico e as intervenções adequadas, assim como uma atenta vigilância do bem-estar materno-fetal, é possível prevenir e tratar os distúrbios hipertensivos e evitar complicações quer para a mãe, quer para o filho (SPH, 2020).

Durante o decorrer da prática clínica, foi possível contactar com 2 casos de IMG. Ambos sucederam numa gravidez não evolutiva do 2º trimestre, provocada pela rotura prematura de membranas (RPM), que originou ausência de viabilidade fetal. Segundo a Lei n.º 16/2007, página 2417, a interrupção da gravidez é permitida sempre que *“houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo”*.

A interrupção da gravidez por indicações médicas implica a necessidade obrigatória de consentimento informado, devidamente assinado, cabendo à mulher a tomada de decisão, livre e informada para a sua realização. Deverá ser submetido um pedido à Comissão Técnica de Certificação da instituição, que tem competência para certificar se o pedido de interrupção está em conformidade com a lei (Néné et al., 2016). Em ambos os casos, os pedidos de interrupção foram aceites pela Comissão Técnica de Certificação do CMIN, e as grávidas foram posteriormente transferidas para o Núcleo de Partos para iniciarem o protocolo clínico de IMG. Após ocorrer a expulsão do produto de concepção, a mulher podia ser novamente transferida para a unidade de MMF (esta decisão é exclusivamente médica e dependente de vários fatores), para ficar sob vigilância antes de ter alta clínica para o domicílio.

## 1.2. Cuidados de enfermagem no âmbito da gravidez com complicações

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019, p. 13562), no contexto da gravidez com complicações, o EEESMO *“cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”*.

Durante a gravidez é expectável que tudo decorra de forma normal e sem intercorrências, pelo que o internamento hospitalar expõe a grávida e a sua família a uma situação de vulnerabilidade e preocupação (Falavina et al., 2017). A prestação de cuidados de enfermagem humanizados, individualizados e de qualidade é fundamental para o sucesso da saúde materna e neonatal, pelo que perante uma gravidez de alto risco é de salientar a importância de uma intervenção adequada às necessidades da grávida (Lowdermilk & Perry, 2009).

Dada a sua ampla área de intervenção, o EEESMO encontra-se numa posição privilegiada quanto ao papel que desempenha no acompanhamento da mulher/casal e da sua família, não só pelas suas competências e conhecimentos especializados que permitem dotar a mulher/casal da informação necessária face ao diagnóstico e implementar as intervenções adequadas a cada situação, mas também pela relação de suporte que estabelece com as utentes e pela sua cooperação com a restante equipa multidisciplinar (Graça, 2017).

No momento de admissão ao internamento de MMF, é fundamental o acolhimento feito às grávidas. A apresentação do EEESMO, assim como da equipa multidisciplinar, do serviço e das suas rotinas, facilita o processo de integração da grávida. O acolhimento permite à cliente sentir-se à vontade, sentir-se segura e confiante. O internamento hospitalar durante a gravidez é um evento gerador de stresse, pelo que o apoio recebido por parte dos profissionais de saúde auxilia de forma positiva face a esta nova situação (Antoniazzi, Siqueira & Farias, 2019).

Durante a admissão da grávida no serviço, era também efetuada a avaliação inicial, através da colheita de dados do processo clínico, da entrevista e do exame físico. A avaliação inicial de cada grávida possibilita a prestação de cuidados de enfermagem personalizados e individualizados, uma vez que permite a identificação dos respetivos focos de atenção, a formulação de diagnósticos e a implementação das respetivas intervenções (Lowdermilk & Perry, 2009).

Dado a pandemia mundial da Covid-19, é necessário garantir um acompanhamento adequado, de qualidade e segurança para grávidas. Segundo a Orientação n.º 018/2020

atualizada a 20 de abril de 2021 (DGS, 2021), as grávidas que necessitem de internamento hospitalar por complicações na gravidez, devem responder a um questionário epidemiológico e realizar teste laboratorial à Sars-Cov-2 na unidade hospitalar, num período que não ultrapasse as primeiras 72 horas de internamento. No CMIN, as grávidas eram testadas no serviço de urgência ou no momento de admissão à unidade de MMF. Durante o período em que se aguardava o resultado do teste, as grávidas eram tratadas como sendo um caso positivo. Uma vez que o serviço de internamento apresentava quartos individuais, as grávidas ficavam sozinhas enquanto aguardavam o resultado. Caso o resultado fosse positivo, eram cumpridas as orientações instituídas pela DGS e protocoladas na instituição, de modo a disponibilizar todos os cuidados necessários, mantendo-se a grávida em isolamento na respetiva unidade. Caso o resultado fosse negativo, a grávida não precisava de cumprir isolamento e, no caso de haver necessidade de quartos individuais para outras utentes que fossem casos suspeitos ou positivos, as grávidas negativas podiam ser mobilizadas para os quartos duplos.

Nos primeiros dias de estágio, foi possível perceber que associadas às diferentes patologias, observadas nas grávidas da unidade de MMF, de acordo com o plano de cuidados traçado individualmente para cada uma, eram definidas as intervenções resultantes de prescrição, entre elas: a administração de terapêutica farmacológica prescrita, a monitorização de sinais vitais e a monitorização do bem-estar materno-fetal, através da cardiocotografia (CTG). Ainda que a causa de internamento pudesse ser distinta entre mulheres, estas intervenções eram comuns a todas elas. As intervenções específicas, variaram de caso para caso, e foram implementadas consoante a avaliação das necessidades pelos EEESMO ou resultantes de prescrição médica.

A administração de terapêutica farmacológica prescrita, depende da patologia presente na gravidez. Na APPT deve-se, em primeiro lugar, privilegiar a administração de fármacos tocolíticos, seguindo-se a indução da maturação pulmonar fetal e por último a profilaxia da infeção neonatal por *Streptococcus* do grupo B (SGB). Relativamente à terapêutica tocolítica, esta tem como objetivo conseguir um ritmo de contrações <4-6/h sem se observarem modificações ao nível do cérvix e não a abolição total da contratilidade uterina. Contudo, a administração de fármacos tocolíticos está contraindicada em situações maternas como: a pré-eclâmpsia grave, a eclâmpsia, a hipertensão arterial grave não controlável, a cardiopatia grave e a hemorragia vaginal grave); e em situações fetais como: a RCIU, a suspeita de sofrimento fetal, as cromossomopatias, as anomalias congénitas e a idade gestacional >34 semanas e, ainda, em situações de corioamniotite (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2016; Clode, Jorge & Graça, 2016).

Quanto à seleção do fármaco, parece não haver um de eleição, pois são todos igualmente eficazes, permitindo prolongar a gravidez por, pelo menos, 48 horas e até 7 dias, tempo necessário para cumprir o protocolo de indução da maturação pulmonar (Clode, Jorge & Graça, 2016). No decorrer do estágio na unidade de MMF, foi administrada Nifedipina via

oral e Atosiban via intravenosa às grávidas em que foi identificada essa condição. Para além disso, também eram aplicados, via vaginal, comprimidos de progesterona. Segundo alguns autores (Dodd, Jones, Flenady, Cincotta & Crowther, 2013), a administração pré-natal de progesterona ajuda a prevenir o PPT nas grávidas de alto risco, bem como a diminuir o número de internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e as complicações e as mortes neonatais, uma vez que esta hormona é responsável pela manutenção da gravidez e ajuda a diminuir as contrações uterinas.

A indução da maturação pulmonar fetal faz-se através da corticoterapia pré-natal a grávidas em situação de APPT/PPT, RCIU e pré-eclâmpsia, entre outras condições, pois não só diminui o risco de morte neonatal, da síndrome de dificuldade respiratória e de hemorragia intraventricular do recém-nascido, como reduz a incidência de enterocolite necrotizante, a necessidade de suporte ventilatório e a necessidade de admissão em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. O uso destes fármacos está recomendado entre as 24 semanas e as 33 semanas e 6 dias de gravidez, sendo o seu maior benefício atingido quando o intervalo de tempo entre o início da administração e o parto é superior a 24 horas e até 7 dias depois da última toma. Não existe indicação, à luz da literatura atual, quanto à repetição de ciclos de corticoterapia, contudo, a repetição de um ciclo completo deverá ser considerada se passaram 14 dias desde o ciclo inicial, nas grávidas que mantêm o risco de PPT nos 7 dias subsequentes, e que não completaram ainda as 34 semanas (ACOG, 2016; Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal [SPOMMF], 2018). Durante o estágio, foram administrados às grávidas os fármacos existentes no serviço: a Betametasona 12mg via intramuscular em 2 administrações de 24 em 24 horas ou a Dexametasona 6mg via intramuscular em 4 administrações de 12 em 12 horas, consoante a prescrição médica.

A profilaxia da infeção neonatal por SGB deve ser realizada na ausência de rastreio em situação de APPT/PPT ou RPM (SPN, 2013). No serviço de MMF do CMIN, a antibioterapia utilizada era a Ampicilina ou Penicilina intravenosa, e no caso da grávida apresentar alergia a estes princípios ativos, podia usado em alternativa a cefazolina, a clindamicina ou vancomicina.

Em relação às patologias hipertensivas, o objetivo do tratamento farmacológico é reduzir o risco materno e fetal, todavia, os fármacos selecionados têm de ser seguros para o feto. Em mulheres com hipertensão preexistente à gravidez, é aconselhado manter a medicação corrente, mas está contraindicado o uso dos Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECAs), os Antagonistas dos Recetores da Angiotensina (ARAs) e os Inibidores Diretos da Renina, uma vez que apresentam efeitos adversos fetais e neonatais. O tratamento com fármacos diuréticos é também evitado, pois o volume plasmático é reduzido em mulheres que desenvolvem pré-eclâmpsia. Os betabloqueadores estão desaconselhados, pois podem provocar bradicardia fetal, no entanto, se utilizados deve ser rigorosa a sua seleção. Quanto aos fármacos de eleição, a escolha parece recair sobre a metildopa, labetalol e os bloqueadores dos canais de cálcio (SPH, 2020). No serviço de MMF, o fármaco

de eleição a administrar como terapêutica anti-hipertensiva é a Nifedipina oral de libertação prolongada, um comprimido de 12 em 12 horas, e em situações de SOS, é administrada Nifedipina de libertação rápida. Perante o diagnóstico de pré-eclâmpsia era, também, prescrita a colheita de urina de 24 horas, bem como a implementação de dieta restrita em sal.

Após administração de qualquer terapêutica à grávida, é necessário vigiar os seus efeitos adversos ou secundários, de modo a manter o seu bem-estar e evitar possíveis complicações quer maternas, quer fetais.

Apesar de poderem ser intervenções resultantes de prescrição, a monitorização de sinais vitais e a monitorização do bem-estar materno-fetal através da realização do CTG são intervenções autónomas dos EEESMO com o intuito de vigiar o bem-estar da grávida e do feto e de diagnosticar alterações. Na unidade de MMF, é efetuada a monitorização dos sinais vitais e a CTG uma vez por turno, com o objetivo de avaliar a grávida e o feto.

É igualmente importante vigiar os sinais de alarme. Ao avaliar a gestante é indispensável vigiar a presença de sintomas como edema generalizado, perda sanguínea, cefaleias, visão turva, sinais de hipoglicemia/hiperglicemia, entre outros, que possam traduzir um agravamento do quadro clínico, ou até mesmo a presença de sinais de trabalho de parto (TP) mediante uma rotura de membranas, hemorragia vaginal, dor abdominal/lombar, ou contrações uterinas.

O conhecimento da grávida sobre a sua condição é um foco de enfermagem, com particular destaque para o EEESMO, na medida em que pode ser necessário ensinar à grávida sobre os aspetos relacionados com a sua condição patológica, nomeadamente o processo fisiopatológico, o regime terapêutico (medicação, dieta e atividade), os sinais de alarme, sobre a prevenção de complicações e, também, promover o conhecimento da grávida sobre a preparação para o parto e para a parentalidade.

A indicação de repouso no leito, consoante prescrição médica, estava muitas vezes associada aos diagnósticos de APPT, RCIU, pré-eclâmpsia, entre outros. Segundo Clode, Jorge & Graça (2016), exceto em situações de PPT iminente, em situações de APPT está apenas recomendado o repouso relativo. Já Dias (2012) defende a prescrição de repouso no leito na situação de RCIU pelo aumento da perfusão uteroplacentária. Atualmente, o Colégio da Especialidade de Ginecologia-Obstetrícia da Ordem dos Médicos (OM, 2021, p. 1) aconselha “*não recomendar repouso no leito, por rotina, em grávidas com gravidez gemelar, restrição do crescimento fetal, antecedentes de aborto, risco de parto pré-termo ou doença hipertensiva*”, uma vez que a evidência científica não comprovou melhores desfechos obstétricos e neonatais, pelo contrário, consideram que esta recomendação tem um impacto desvantajoso, pois aumenta o risco tromboembólico e favorece a atrofia muscular. Durante a prática clínica, foi possível perceber que a prescrição desta intervenção não era consensual entre a equipa médica, para uns era uma intervenção de caráter obrigatório e

para outros dispensável, para além de que surgia prescrita de duas formas: repouso absoluto no leito e repouso relativo no leito, o que demonstra ser uma intervenção controversa, na medida em que não existe unanimidade quanto à sua utilização.

A gravidez traduz-se num projeto de grande investimento, quer ao nível pessoal quer ao nível afetivo. É um momento de dúvidas e pensamentos contraditórios, pelo que a presença de alterações como a ansiedade e o stresse, potencia uma intensa vivência emocional. Quando a gravidez cursa com complicações e se traduz numa gestação de alto risco, a forma como a mulher vive essas emoções será intensificada (Antoniazzi et al., 2019). O internamento hospitalar durante a gravidez é um acontecimento frequente e necessário para o tratamento da patologia e para a prevenção de complicações, porém, esta experiência pode contribuir, significativamente, para o aumento dos níveis de ansiedade, uma vez que as grávidas ficam privadas da sua liberdade, autonomia e privacidade e, também pelo risco associado à própria viabilidade da gravidez e/ou à saúde do feto. Atualmente, a presença da pandemia por SARS-CoV-2, é um fator crescente para os níveis de ansiedade e stresse da grávida, considerando os riscos e as consequências, ainda pouco conhecidos. Assim, a disponibilização de um bom suporte social e psicológico, quer por parte da família quer dos profissionais de saúde, irá ajudar a diminuir a ansiedade durante a gravidez e aumentar o grau de satisfação das grávidas no momento do parto (Antoniazzi et al., 2019; Graça, 2017). No serviço de MMF do CMIN, apesar do plano de contingência aplicado devido à Covid-19, as visitas às grávidas estavam autorizadas, 2 vezes por semana, a um familiar/pessoa significativa, sendo que durante todo o tempo de permanência da grávida na unidade hospitalar, teria de ser sempre a mesma visita, não havendo permissão para permutas.

Por último, mas não menos importante, é relevante falar do papel do EEESMO enquanto interveniente no processo de luto perante uma perda gestacional. É um acontecimento potencialmente traumático, que engloba um conjunto de situações de perda ao longo da gravidez, ou após o parto, incluindo o abortamento espontâneo, a interrupção voluntária da gravidez (IVG), a IMG, a morte fetal, a morte neonatal e o diagnóstico de anomalias congénitas no feto/bebé. Na maioria dos casos, estas perdas são inesperadas e imprevisíveis, o que contribui para aumentar a dificuldade do casal em aceitar este evento, pois o facto de serem acontecimentos súbitos impede que se preparem emocionalmente. Para além do sofrimento pela perda do bebé planeado e desejado, o casal tem de lidar com as mudanças na estrutura familiar, os sonhos em relação à gravidez e à vida em geral (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010).

O EEESMO é o profissional de saúde mais indicado para prestar cuidados à mulher/casal perante uma perda gestacional, dado o seu conhecimento especializado e a sua proximidade com eles. Durante o estágio, foi possível de contactar com grávidas em situação de perda gestacional, constatando-se algumas dificuldades em perceber as verdadeiras necessidades destas mulheres, enquanto estudante desta especialidade.

De realçar que, neste contexto, a relação enfermeiro-cliente é fundamental. Segundo Koch (2014), a comunicação e em particular a escuta ativa são componentes cruciais na construção da relação desta díade. Também é importante refletir sobre a forma de comunicar a notícia, uma vez que esta informação deve ser transmitida de forma clara, compreensível e no momento certo. Cabe ao enfermeiro garantir o acompanhamento necessário à grávida/casal e demonstrar disponibilidade constante, sempre que necessário. O apoio e suporte do profissional de saúde é essencial em todas as etapas deste processo: o momento da comunicação da notícia, no processo de tomada de decisão, na preparação para o parto/abortamento, no período expulsivo/abortamento, no período pós-abortamento e na preparação para alta/regresso a casa (Silva, 2018).

## 2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

O parto traduz um momento único na vida da mulher e do casal, pois marca o final da gravidez e assinala o início do exercício parental. O nascimento de um filho é um dos acontecimentos mais marcantes na vida de um casal, uma vez que é um evento exigente e promotor de grandes mudanças, de crescimento e amadurecimento na relação e concretiza um projeto de vida comum, fortalecendo a sua ligação e criando um laço que os irá unir para sempre (Moura-Ramos & Canavarro, 2007). No decorrer das, aproximadamente, 40 semanas de gestação, a grávida prepara-se para a chegada do recém-nascido ao mesmo tempo que se prepara para o TP e parto. O parto é um acontecimento muito importante para a mulher, visto que a forma como é vivenciado pode influenciar a longo prazo a saúde, o bem-estar psicológico e as relações pessoais da mulher, nomeadamente afetando a ligação mãe-filho (Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2015). Por isso, a satisfação da mulher quanto à sua experiência de parto e o seu bem-estar físico e psicológico são alguns dos principais focos de atenção do EEESMO, durante o acompanhamento da parturiente aquando da sua estadia na sala de partos.

Contudo, o parto não é um acontecimento momentâneo. A sua natureza evolutiva é dinâmica ao longo do tempo, o que explica a designação de TP. Segundo Graça (2017), o TP é o conjunto de alterações fisiológicas que ditam o final da gravidez e que levam à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e que culmina com o seu nascimento, através da sua expulsão para o exterior. O seu início pode ser espontâneo ou induzido. O TP pode ser dividido em três ou quatro estádios, segundo diferentes autores. O primeiro estadio corresponde à dilatação e extinção do colo uterino, o segundo estadio corresponde ao período expulsivo, o terceiro estadio corresponde à dequitação e o quarto estadio corresponde ao puerpério imediato, também conhecido como período da hemóstase (Fatia & Tinoco, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) defende que a assistência durante o TP e parto deve centrar-se no modelo de continuidade de cuidados conduzidos pelos EEESMO, no qual trabalham em parceria com a parturiente, proporcionando-lhe um maior protagonismo durante todo o processo de nascimento, apoiando-a nas suas escolhas e ajudando-a a sentir-se segura e à vontade. É também recomendado que durante o TP e parto todas as mulheres têm direito a receber cuidados respeitosos, mantendo a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, assegurando a liberdade de escolha informada e garantindo a ausência de maus-tratos. Pretende-se que o EEESMO se foque nas necessidades da parturiente/casal,

de modo a promover a prestação de cuidados humanizados e a proporcionar uma experiência de parto positiva.

Segundo a OE (2019, p. 13562), o EEESMO “*cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina*”. Assim sendo, este capítulo permite a descrição e reflexão acerca das atividades de diagnóstico e de vigilância desenvolvidas, bem como das intervenções implementadas pelos EEESMO no Núcleo de Partos do CMIN, de modo a prevenir complicações e a promover o bem-estar da mãe e do recém-nascido.

## **2.1. Contextualização do estágio**

De modo a desenvolver competências, no contexto do TP e Parto, foi realizado um estágio no Núcleo de Partos do CMIN. Por motivos organizacionais da instituição, houve necessidade do estágio ser efetuado em dois momentos, pelo que decorreu no período de 9 de novembro de 2020 a 8 de dezembro de 2020 e de 4 de janeiro de 2021 a 18 de abril de 2021.

O Núcleo de Partos do CMIN encontra-se inserido no Serviço de Urgência (SU) de Obstetrícia e Ginecologia, sendo composto por: um gabinete de triagem e os respetivos gabinetes de avaliação médica; uma sala de enfermagem para avaliação inicial, exame físico e CTG; uma sala com seis camas, sendo que três destas camas são destinadas à monitorização de grávidas em início de TP espontâneo, designada por “Expectantes” e as outras três camas são destinadas à monitorização de grávidas submetidas a indução do TP; sete salas de parto individuais, sendo que atualmente devido à pandemia Covid-19, a primeira sala de partos é destinada a grávidas infetadas com Sars-Cov-2 e a última sala de partos é regularmente utilizada por mulheres em trabalho de abortamento/IVG/IMG; uma sala de reuniões; uma copa; e um gabinete de enfermagem, onde está presente a estação de telemetria que permite a observação de todos os traçados cardiotocográficos e um quadro com a identificação das parturientes e os seus dados clínicos como IG, paridade, grupo sanguíneo, resultado do rastreio ao SGB, motivo de internamento, características do colo uterino quanto à dilatação e extinção e outras observações consideradas relevantes tais como patologias maternas ou fetais, terapêutica administrada, entre outros. Para além disso, o serviço é também constituído pelo bloco operatório e recobro.

Este estágio permitiu uma variada experiência ao nível dos cuidados, da avaliação e da vigilância de mulheres em TP, durante o parto e no pós-parto imediato. Ao longo da

respetiva prática clínica foram executados 40 partos eutócicos, sob supervisão e orientação da enfermeira tutora, EEESMO no Núcleo de Partos do CMIN. Foi também possível a colaboração em 17 partos distócicos, dos quais: dois foram partos pélvicos, dois partos distócicos por fórceps e os restantes foram partos distócicos por ventosa. Para além dos 40 partos eutócicos realizados, foram executadas três episiotomias e corrigidas 24 lacerações de 1º e 2º grau, sendo que os restantes 13 partos resultaram em períneos íntegros.

## **2.2. Cuidados à mulher no 1º estadio do trabalho de parto**

A admissão de grávidas no Núcleo de Partos do CMIN pode ocorrer de duas formas: por desencadear espontâneo do TP ou por programação da indução do TP proposta pela equipa médica. Também as grávidas internadas na unidade de MMF eram admitidas à sala de partos por início do TP ou na presença de traçado cardiotocográfico não tranquilizador.

Perante uma suspeita de início de TP, as grávidas recorriam ao SU do CMIN para serem avaliadas. Entre as causas mais frequentes para recorrerem à urgência, salientam-se a presença de contrações uterinas dolorosas, a rotura de membranas, a hemorragia vaginal e a diminuição da percepção dos movimentos fetais. Relativamente à rotura de membranas (RM) ou RPM, todas as grávidas que apresentassem estes diagnósticos eram admitidas para internamento, segundo protocolo interno do serviço, fundamentado pelas complicações inerentes quer para a mãe, quer para o feto.

Por norma, todas as mulheres eram avaliadas na sala de enfermagem do SU. Durante a observação eram avaliados os motivos pelos quais recorriam ao SU, monitorizados os sinais vitais, realizado CTG para verificar o bem-estar fetal e eram prestados todos os cuidados necessários. Perante o diagnóstico, era ponderado o internamento na instituição, consoante a decisão clínica baseada nas necessidades individuais de cada mulher. No caso de se confirmar o diagnóstico de TP, a grávida era internada no Núcleo de Partos e alocada a uma das camas na unidade das expectantes ou numa das salas de parto, consoante o estadio e a fase do TP.

Habitualmente, as parturientes internadas encontravam-se no 1º estadio do TP, que se define pelo apagamento ou extinção e dilatação completa do colo uterino. Segundo Graça (2017), este estadio inicia-se com a presença de contrações uterinas que provocam um aumento da pressão hidrostática intramniótica, que exerce pressão sobre o segmento inferior enquanto as membranas estão íntegras. No momento da RM, a apresentação fetal passa a exercer pressão direta, contribuindo para o apagamento e dilatação do colo uterino.

O 1º estadio do TP pode ser dividido em duas ou três fases, segundo os diferentes autores. Contudo, segundo as últimas recomendações da World Health Organization (WHO, 2018), a fase latente ocorre desde o início das contrações uterinas dolorosas até uma dilatação de cinco centímetros e a fase ativa envolve a extinção completa do colo, com a presença de contrações uterinas regulares e uma dilatação superior a cinco centímetros até atingir a dilatação completa. Quanto à duração do 1º estadio do TP, a WHO (2018) define que não existe uma duração estabelecida para a fase latente e que varia de mulher para mulher, no entanto, a duração da fase ativa não se estende para além de 12 horas na nulípara e de 10 horas na múltipara.

O apagamento ou extinção do colo resulta da contratilidade uterina do miométrio, que promove um encurtamento considerável do colo durante a fase latente do TP, no qual o canal cervical se transforma num simples orifício circular, limitado por uma estrutura cervical delgada. A dilatação do colo uterino considera-se completa quando durante o toque vaginal deixa de ser possível tocar tecido do colo à frente da apresentação fetal, o que significa que o canal atingiu cerca de 10 cm de diâmetro. De realçar que, na nulípara, a extinção ocorre primeiro que a dilatação, enquanto nas múltiparas a extinção e dilatação ocorrem, por norma, ao mesmo tempo (Graça, 2017).

No momento do internamento no Núcleo de Partos é essencial o acolhimento feito às parturientes. Tal como explanado no capítulo anterior, a apresentação do EEESMO, da equipa multidisciplinar, do serviço e das suas rotinas, facilita o processo de integração e ajuda a diminuir a ansiedade, pois permite à mulher sentir-se mais segura, confiante e à vontade. O TP e parto é um evento gerador de altos níveis de stresse, pelo que um ambiente acolhedor ajuda a diminuir o medo e a ansiedade. Para além disso, era também efetuada a avaliação inicial, através da colheita de dados. Durante a realização do estágio, no momento da admissão, procedia-se à apresentação individual enquanto enfermeira e aluna do MESMO, apresentava também a enfermeira tutora que me acompanhava e, posteriormente, apresentava as instalações, as rotinas de serviço e as intervenções de enfermagem mais comuns no decorrer do TP, assim como esclarecia qualquer dúvida que pudesse surgir. De seguida, procedia-se a uma nova colheita de dados, de modo a complementar os dados recolhidos na admissão da cliente e a completar o processo clínico informático. Os registos de enfermagem são de extrema importância, na medida em que permitem à equipa multidisciplinar um melhor acompanhamento e vigilância da evolução do TP.

Devido à pandemia Covid-19, não era permitido a presença constante de acompanhante da grávida no Núcleo de Partos. Apesar da DGS (2021, p. 9), defender que *“as unidades hospitalares devem assegurar as condições necessárias para garantir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto”*, cada instituição define os seus critérios para evitar a propagação do vírus. No CMIN, durante a fase inicial deste estágio, as grávidas podiam usufruir da companhia do seu acompanhante apenas quando estivessem numa das salas de partos e a partir da fase ativa do TP. Para além disso, os acompanhantes tinham de

responder a um questionário clínico/epidemiológico e realizar teste à SARS-CoV-2, não havendo a possibilidade de permuta entre acompanhantes, permanecendo a mesma pessoa do início ao fim, era ainda limitado o número de entradas e saídas, de modo a diminuir a possibilidade de transmissão da infecção e o contacto do acompanhante com as outras utentes internadas. Perto do fim do estágio, as condições internas da instituição foram alteradas, sendo que a grávida podia desfrutar da presença do seu acompanhante a partir do momento que entrava numa das salas de partos.

A presença de um acompanhante ajuda a diminuir os níveis de ansiedade, contribuindo para uma experiência de parto positiva. Segundo Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert (2017), o apoio contínuo às mulheres durante o TP e parto aumenta a probabilidade da ocorrência de parto vaginal espontâneo e diminui a duração do TP, a probabilidade de ocorrência de parto vaginal instrumentado e de cesariana, o uso de qualquer tipo de analgesia, o índice de APGAR baixo ao quinto minuto de vida e a existência de sentimentos negativos em relação ao RN e ao parto. Neste estudo, não foi encontrado qualquer tipo de evidência científica que represente desvantagens do apoio contínuo durante o TP.

A DGS (2015, p. 4) define a indução do TP como “*a iniciação artificial de contrações uterinas rítmicas de forma a desencadear o trabalho de parto antes do seu início espontâneo, a partir das 22 semanas de gestação*”. Está indicada por quaisquer complicações maternas ou fetais como seja o caso da pré-eclâmpsia, RCIU, RPM, hipertensão arterial grave, suspeita de hipoxia fetal e gravidez pós-termo, que beneficiam com o término da gravidez e em que os riscos de continuar com a gestação são superiores aos da indução do TP (DGS, 2015; Graça, 2017). Contudo, está contraíndicada em situações de existência de cesariana anterior, cirurgia uterina prévia, antecedentes de rutura uterina, CTG não tranquilizador e todas as situações que contraíndicam o parto vaginal (DGS, 2015; Fonseca, 2016).

Relativamente aos métodos para realizar a indução do TP, podem ser farmacológicos ou mecânicos. Os métodos farmacológicos consistem na maturação cervical através do uso de prostaglandinas (dinoprostona ou misoprostol) e na administração de ocitocina em perfusão contínua; os métodos mecânicos consistem, essencialmente, na utilização da sonda de Foley (DGS, 2015; Fonseca, 2016). A escolha do método para indução é influenciada pelo estado de amadurecimento do colo. Perante um colo uterino favorável, ou seja, um Índice de Bishop superior a 5, a indução do TP é possível com apenas uma perfusão contínua de ocitocina. Perante um colo uterino desfavorável, ou seja, um Índice de Bishop igual ou inferior a cinco, o método mais consagrado para induzir o TP parece ser a utilização das prostaglandinas (Graça, 2017).

De acordo com o protocolo interno do CMIN, a indução do TP era feita através da administração de misoprostol por via vaginal. Contudo, é ponderada a administração de dinoprostona e ocitocina em perfusão, se não houver evolução do TP no espaço de 24 a 48 horas. Apesar da indução mecânica, com recurso à sonda de Foley, ser uma alternativa

igualmente eficaz, apenas mais lenta (DGS, 2015), esta técnica não se encontrava preconizada no serviço, tendo sido observada apenas uma vez, com intuito pedagógico.

Tal como recomendado pela DGS (2015), as grávidas em indução do TP encontravam-se com monitorização cardiotocográfica contínua, considerando o maior risco de complicações para a mãe e para o feto. Para além disso, a indução com métodos farmacológicos está associada a uma elevada utilização de analgesia epidural e a uma elevada taxa de partos instrumentados e de cesarianas urgentes. A taquissistolia uterina foi uma das intercorrências mais observadas nas grávidas submetidas a indução do TP. A indução do TP promove a hiperestimulação da contratilidade uterina, que se reflete num aumento da frequência das contrações uterinas, podendo implicar consequências para o bem-estar fetal como seja a hipoxia fetal (Graça, 2017). Durante a realização do estágio, perante situações que comprometessem o bem-estar fetal, eram implementadas algumas das intervenções protocoladas no serviço para melhorar a condição do feto, tais como: suspensão do método farmacológico de indução, administração de fluídos, posicionamento da parturiente em decúbito lateral esquerdo e administração de fármacos tocolíticos, tal como salbutamol, via intravenosa.

Quando através do uso dos métodos farmacológicos e/ou mecânicos não é possível atingir a fase ativa do TP, considera-se estar na presença de uma tentativa falhada da indução do TP. A ausência de sucesso na indução do TP não deve ser critério para a realização de uma cesariana (DGS, 2015). No CMIN perante uma tentativa falhada da indução do TP, caso não houvesse intercorrências na primeira tentativa, a parturiente era submetida a uma segunda tentativa de indução do TP após o seu consentimento, sendo que a equipa médica decidia optar pela cesariana após duas tentativas fracassadas.

Durante a fase latente do 1º estadio do TP, as parturientes internadas quer na unidade de expectantes, quer na unidade para induções, eram submetidas a algumas intervenções para vigilância do bem-estar materno-fetal. A monitorização dos sinais vitais estava protocolada uma vez por turno, exceto em situações de pré-eclâmpsia, hipertensão arterial e/ou febre intraparto em que era feita com maior frequência.

Também a monitorização do bem-estar materno-fetal, através da realização da CTG, se encontrava protocolada no serviço. Durante o estágio, perante uma grávida de baixo risco e na ausência de analgesia epidural ou indução do TP, a CTG era realizada de forma intermitente, sendo permitido à parturiente, nos intervalos, tomar refeições ligeiras, deambular por períodos curtos e utilizar outras estratégias, não farmacológicas, para o alívio da dor. De acordo com a WHO (2018) não é recomendada a realização contínua de CTG no 1º estadio do TP, em mulheres saudáveis, que iniciaram o TP de forma espontânea. Igualmente, a ACOG (2019) afirma que a monitorização contínua não apresenta vantagens na grávida de baixo risco, recomendando a monitorização intermitente, sendo que a monitorização contínua é legitimada em condições maternas adversas.

Para avaliar a evolução do TP, procedia-se à execução do toque vaginal. O toque vaginal é um tipo de exame ginecológico que permite a colheita de dados importantes para a avaliação da progressão do parto, nomeadamente as características da bacia, o estado da bolsa amniótica, a extinção e a dilatação do colo uterino, as características das perdas vaginais (presença de sangue ou líquido amniótico, quantidade, coloração e cheiro), a estática fetal e a descida da apresentação segundo os Planos de Hodge. Através da estática fetal podemos avaliar a atitude, a situação, a apresentação, a posição e a variedade fetal. Mediante a análise de todos estes aspetos é possível perceber se o feto apresenta critérios para um parto eutócico. Um feto mal posicionado contribui para um trabalho de parto prolongado que pode terminar num parto instrumentado ou numa cesariana (Graça, 2017).

Parece não existir uma opinião unânime, entre autores, quanto à frequência do toque vaginal. No seu estudo de 2013, Downe e colaboradores compararam a realização do exame vaginal de duas em duas horas e de quatro em quatro horas e concluíram que não houve diferença na duração do TP, no uso da analgesia epidural para o alívio da dor e na incidência de parto instrumentado ou cesariana entre os grupos submetidos ao toque vaginal a cada quatro horas ou a cada duas horas. A WHO (2018) recomenda a realização do toque vaginal de quatro em quatro horas, por rotina, em grávidas de baixo risco. No CMIN, o toque vaginal não está preconizado por rotina e não existe um horário estabelecido para a frequência da sua realização, sendo realizado quando necessário. Assim, durante o estágio, esta intervenção era realizada para execução de procedimentos como a indução do TP, amniotomia ou colocação do cateter epidural, em presença de alterações do CTG, se rotura espontânea de membranas ou em presença de dor ou de outros sinais referidos pela grávida.

Relativamente à ingestão oral, a WHO (2018) recomenda a ingestão de alimentos e líquidos, para grávidas de baixo risco, durante o 1º estágio do TP. Já a ACOG (2019) defende a ingestão oral em parturientes sem complicações, mas restringindo-a a líquidos claros, excluindo líquidos com partículas e alimentos sólidos. Durante o estágio, as grávidas em fase latente podiam tomar refeições ligeiras, sendo que a partir da fase ativa podiam ingerir gelatina e líquidos como água ou chá.

Múltiplas técnicas farmacológicas e não farmacológicas podem ser utilizadas durante o TP para ajudar a grávida a lidar com a dor. Enquanto as técnicas farmacológicas ajudam no alívio a dor, mas não atenuam a ansiedade e o medo sentidos pelas mulheres, as técnicas não farmacológicas parecem ajudar as mulheres a lidarem com a dor (ACOG, 2019). Apresentar à parturiente as diferentes estratégias, farmacológicas e não farmacológicas, disponíveis e informar sobre as suas vantagens/desvantagens é um aspeto fundamental na prática clínica do EEESMO durante o TP e parto (OE, 2012).

As estratégias não farmacológicas mais implementadas na fase latente do TP, durante o estágio, foram a verticalização, a deambulação e a utilização da bola de pilates. Os autores, Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles (2013) defendem que as posições verticalizadas e a

deambulação no 1º estágio do TP encurtam a duração do TP, promovem um maior controlo da dor, diminuem a necessidade de utilização de analgesia epidural e reduzem o risco de parto instrumentado ou cesariana. Contudo, tal como orienta a WHO (2018), estas recomendações aplicaram-se somente às grávidas de baixo risco. Relativamente ao uso da bola de pilates, Apriani e colaboradores (2020) referem que o seu uso durante o 1º estágio do TP promove a adoção de diferentes posições, permitindo a realização de diversos exercícios de forma confortável e eficaz. Esta estratégia demonstrou encurtar a duração do TP, melhorar o conforto, reduzir a dor, a ansiedade e o uso de analgesia, ajudar a acelerar o processo de recuperação e promover a descida da apresentação fetal. Todas estas técnicas foram utilizadas e explicados os seus benefícios às grávidas internadas no Núcleo de Partos do CMIN, quando não era contraindicado o seu uso por algum motivo clínico. A utilização da bola de pilates foi uma prática também promovida nas grávidas submetidas a indução do TP, uma vez que a sua mobilidade se encontrava limitada, devido à monitorização contínua para CTG, no entanto, era possível utilizarem a bola de pilates ao lado do cardiotocógrafo, junto à cama.

De modo a promovermos o relaxamento e a diminuir a ansiedade nas grávidas assistidas, foram realizados exercícios respiratórios. As grávidas eram incentivadas a realizar uma respiração torácica longa e profunda, no momento das contrações uterinas. Os exercícios respiratórios diminuem a sensação dolorosa das contrações uterinas, uma vez que a grávida se concentra e foca na técnica respiratória e não no TP. Em adição, esta técnica melhora os níveis de saturação materna e fetal de oxigénio e parece promover o relaxamento e diminuir os níveis de ansiedade (Cicek & Basar, 2017; Gallo et al., 2011).

Ao nível das possibilidades farmacológicas, oferecidas às grávidas que as solicitavam, entre os fármacos mais frequentemente administrados, destacou-se o Paracetamol e o Tramadol, via intravenosa. Em situações de grande descontrolo provocado pela dor, ainda nesta fase, era oferecida a possibilidade de colocação de cateter epidural.

No momento em que a grávida alcançava a fase ativa do TP, era transferida para uma das salas de parto. Nessa altura, a parturiente era questionada sobre a sua vontade de colocar o cateter epidural. Devido à dificuldade na gestão da dor, era frequente as mulheres solicitarem a analgesia epidural. A capacidade da mulher para lidar com a dor do TP é influenciada pela sua paridade, experiência de parto anterior, cultura, etnia, literacia, frequência do curso de preparação para o parto e por fatores psicossociais como o medo e a ansiedade (Allemudder et al., 2015).

Entre todos os métodos disponíveis, farmacológicos e não farmacológicos, a analgesia epidural parece ser a opção mais eficaz para o alívio da dor (Allemudder et al., 2015; Anim-Somuah, Smyth, Cyna & Cuthbert, 2018). A WHO (2018) e a ACOG (2019) defendem que, na ausência de contraindicações, a analgesia epidural deve estar disponível sempre que a parturiente o desejar. Embora a analgesia epidural apresente uma elevada taxa de eficácia,

esta técnica encontra-se associada a um aumento da duração do 1º e 2º estádios do TP, bem como uma maior probabilidade de indução do TP com ocitocina. Ao nível dos efeitos secundários estão descritos a hipotensão, o bloqueio motor, a febre intraparto e a retenção urinária (Anim-Somuah et al., 2018). O efeito secundário mais observado nas parturientes, no decorrer do estágio, foi o bloqueio motor.

Após solicitação da analgesia epidural, por parte da cliente, era contactado o anestesista. A colocação do cateter epidural era um procedimento realizado sob colaboração de cuidados entre o anestesista e o enfermeiro. Assim, procedia-se à preparação do material, posicionamento da parturiente, monitorização do CTG por períodos e fluidoterapia intravenosa para prevenir a hipotensão arterial materna. No Núcleo de Partos está protocolado a administração, em perfusão contínua, da analgesia, por via epidural, sendo programada a administração de bólus em SOS, consoante prescrição médica.

Depois da colocação do cateter epidural, eram monitorizados os sinais vitais maternos e iniciava-se a monitorização contínua por CTG. Também o repouso no leito era impreterível, devido ao bloqueio motor. Por causa do risco de retenção urinária, se após duas horas da colocação do cateter epidural não fosse restabelecida a eliminação urinária, procedia-se à algaliação da parturiente e à monitorização do débito urinário.

Nessa fase, a parturiente apresentava uma maior limitação de movimentos, não só pela diminuição da sensibilidade nos membros inferiores, ou pelo bloqueio motor, mas também pela necessidade de monitorização de CTG contínua, pela presença do cateter epidural, pela administração contínua de fluidos e pela algaliação. Assim, junto da parturiente, eram apresentadas e discutidas as diferentes estratégias para promover o seu conforto.

Algumas das intervenções consideradas para manter o conforto na fase latente do TP, são também adequadas à fase ativa, pelo que eram mantidas, como era o caso da ingestão oral de líquidos claros (água, chá ou gelatina) e os exercícios respiratórios. Relativamente aos posicionamentos, estes eram adaptados para o leito e consoante a capacidade da parturiente para mover os membros inferiores. Nas parturientes com sensibilidade dos membros inferiores eram incentivadas as posições de quatro apoios, as posições de joelhos na cama, as posições sentadas e os decúbitos laterais, enquanto na parturiente com maior bloqueio motor eram incentivadas as posições sentadas e os decúbitos laterais.

Nas posições de quatro apoios e de joelhos na cama, a atuação da força da gravidade promove a descida e a rotação fetal. Estas posições são também conhecidas pelos seus benefícios no alívio da dor do TP (Calais-Germain & Parés, 2007; Simkin, Hanson & Anceta, 2017). Para além disso, estas posições demonstraram ser úteis quando a parturiente sentia vontade prematura de realizar esforços expulsivos, apresentando resultados significativos quanto à manutenção de períneos íntegros (Lodge & Haith-Cooper, 2016).

As posições sentadas estão associadas a uma diminuição da duração do 1º e 2º estágio do TP, devido à verticalização que promove a descida da apresentação fetal (Simkin et al., 2017; Yang et al., 2020). Já os decúbitos laterais utilizam a gravidade para promover a rotação fetal, sendo recomendado a adoção do decúbito para o lado do dorso fetal em associação com a flexão do membro inferior, pois promove alterações ao nível da estrutura pélvica (Calais-Germain & Vives Parés, 2007; Simkin et al., 2017).

Tal como referido anteriormente, o TP e o parto associam-se a elevados níveis de stresse e a sentimentos como ansiedade e o medo. Nesta fase do TP já era permitida a presença do acompanhante, pelo que a parturiente podia usufruir da sua companhia e do seu suporte contínuo. Bohren e colaboradores (2017), assim como a ACOG (2019) recomendam para além do suporte da pessoa significativa e do apoio familiar, também o apoio contínuo por parte do EEESMO durante o TP, uma vez que promove melhores resultados associados ao TP e parto. Ainda com o objetivo de diminuir ansiedade e o medo, foram incentivados exercícios de relaxamento, bem como a massagem, tal como recomenda a WHO (2018).

Durante o estágio, alguns casais apresentaram à equipa o seu plano de parto. O plano de parto é um documento elaborado pelo casal que expressa os seus desejos e expectativas em relação ao TP e ao parto, e serve como elo com a equipa multidisciplinar de saúde (OE, 2012). Embora no CMIN não esteja preconizado a entrega formal de um plano de parto à grávida/casal, os seus desejos e necessidades eram analisados e discutidos, de modo a gerir as suas expectativas. Antes de qualquer procedimento tudo era explicado e obtido o consentimento da parturiente.

Por vezes, foi possível perceber que o TP não progredia da forma esperada, pelo que era necessário intervir. Ao TP que evolui de forma lenta e anormal por incompatibilidades fetopélvicas, contrações uterinas pouco eficazes e/ou anomalias na apresentação fetal, nas estruturas ósseas ou nos tecidos moles, designamos de TP prolongado (WHO, 2018).

NO CMIN, perante um TP prolongado, em primeira instância, era frequente administrar ocitocina em perfusão, de acordo com o protocolo interno do serviço e com a prescrição médica. A WHO (2018) não recomenda a administração de ocitocina em perfusão para a prevenção do TP prolongado, uma vez que o seu uso produz efeitos adversos como a hiperestimulação uterina, que pode provocar taquissístolia, hipoxia fetal e rotura uterina. Perante uma das complicações anteriormente referidas, suspendia-se a perfusão e era administrado salbutamol intravenoso, mantendo-se a administração de fluídos, a monitorização contínua por CTG e a parturiente era posicionada em decúbito lateral esquerdo.

A amniotomia era também realizada com frequência. Este procedimento consiste na rotura artificial das membranas amnióticas com o principal objetivo de acelerar o TP. Contudo, esta intervenção gera controvérsia entre diferentes autores. A WHO (2018) não recomenda a realização de amniotomia por rotina, uma vez que não existem evidências claras de que

os potenciais benefícios superam os potenciais danos. Já Smyth e colaboradores (2013) defendem a não realização da amniotomia porque não encurta o tempo de duração do TP, podendo estar relacionada com o aumento das taxas de cesarianas.

Durante o estágio, esta intervenção era realizada com alguma regularidade, mas sempre sob o consentimento informado da parturiente. Este procedimento era realizado com técnica asséptica. No momento da RM com a pinça de Herff, a apresentação era apoiada, de modo a prevenir o risco de prolapso do cordão umbilical. No final, era feita higienização perineal da parturiente e efetuados os registos de enfermagem: hora de rotura, características do líquido amniótico (quantidade, coloração e cheiro).

Na ausência de progressão da dilatação cervical, em qualquer um dos estádios, podemos estar na presença de um TP estacionário. O diagnóstico de TP estacionário é estabelecido quando não há progressão da dilatação cervical durante quatro horas, antes dos seis centímetros, ou durante duas horas depois dos seis centímetros (DGS, 2015). Perante a evidência de bem-estar materno-fetal, a DGS (2015) recomenda a consideração da realização de amniotomia e/ou indução com ocitocina. Se continuar a ausência de progressão durante quatro horas, deve-se considerar indicação para cesariana por TP estacionário. No CMIN, perante um TP estacionário confirmado, a parturiente era preparada para uma cesariana, sendo administrado citrato de sódio, por via oral, antes de ir para o Bloco Operatório.

### **2.3. Cuidados à mulher no 2º estágio do trabalho de parto**

Segundo Graça (2017), o 2º estágio do TP, conhecido por período expulsivo, começa com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto. Quanto à duração deste estágio, sem analgesia epidural, em nulíparas este período pode demorar até três horas e em múltiparas até duas horas. Com recurso à analgesia epidural, acresce uma hora aos tempos apresentados. Todavia, estes tempos variam de mulher para mulher, pelo que o seu prolongamento não traduz um desfecho materno-fetal desfavorável (WHO, 2018).

Na prática clínica, um pouco antes da parturiente atingir a dilatação completa, procedia-se à preparação do material para o parto. Quando a cliente atingia a dilatação completa, procedia-se ao seu posicionamento. No CMIN, no momento da expulsão fetal, está indicada a posição de litotomia, tanto no parto com analgesia epidural, como no parto sem qualquer tipo de analgesia.

Está demonstrado que as posições verticalizadas ajudam o útero a contrair com maior eficácia, promovem um melhor posicionamento da apresentação fetal e permitem uma maior flexibilidade da pélvis, facilitando a extensão da saída do feto (Berta, Lindgren, Christensson, Mekonnen & Adefris, 2019). Para além de que encurtam a duração do 2º estadio do TP, bem como reduzem a taxa de partos instrumentados e de episiotomias quando comparadas com a posição de litotomia (Berta et al., 2019; Gupta, Sood, Hofmeyr & Vogel, 2017). Porém, parece haver um aumento na incidência de lacerações do 2º grau e de perdas sanguíneas superiores a 500 ml (Gupta et al., 2017).

A posição de litotomia é desaconselhada pelo elevado risco de trauma perineal grave, TP mais prolongado, dor mais intensa e alterações nos padrões de frequência cardíaca fetal (FCF). Todavia, esta posição é a mais frequentemente utilizada pelos EEESMO e obstetras, visto que oferece uma posição mais conveniente para monitorizar o TP e implementar manobras práticas, sempre que necessário (Huang, Zang, Ren, Li & Lu, 2019). Na maioria dos casos, as parturientes encontravam-se com analgesia epidural em perfusão, o que se traduzia muitas vezes numa mobilidade reduzida devido ao bloqueio motor dos membros inferiores, pelo que os 40 partos executados foram realizados com a mulher na posição de litotomia.

Relativamente à passagem do feto pelo canal vaginal, a mecânica do parto consiste numa combinação de movimentos que ocorrem de forma separada e independente, mas que se conjugam de forma harmoniosa. Assim, os movimentos cardinais do parto são: o encravamento, a descida, a flexão da cabeça, a rotação interna, a extensão da cabeça, a rotação externa e a expulsão do feto (Graça, 2017). Nesta fase, era de extrema importância a avaliação através do toque vaginal, uma vez que permitia identificar a variedade e a posição do polo cefálico. As variedades anteriores traduziam uma passagem mais facilitada pelo canal de parto, enquanto as variedades posteriores significavam partos mais prolongados. Em todas as grávidas examinadas, durante o estágio, a apresentação era cefálica, mas em posições e variedades diferentes. Ainda através do toque vaginal, era indispensável avaliar a progressão da descida da apresentação fetal, considerando os planos de Hodge.

Nesta fase, vestia o equipamento de proteção individual e, seguindo as normas assépticas, colocavam-se as duas perneiras e a bolsa nadegueira com saco coletor. Na mesa de apoio dispunha-se o *kit* de parto e organizava-se o todo o material pela sua ordem de utilização.

A progressão da apresentação fetal desencadeia o estímulo involuntário de puxo na parturiente, também conhecido por reflexo de Ferguson. Este reflexo ocorre pela pressão da apresentação fetal sobre os recetores da face posterior da vagina, promovendo a libertação de ocitocina (Graça, 2017). No entanto, devido ao bloqueio provocado pela analgesia epidural, este estímulo está diminuído, pelo que muitas vezes, é incentivado o puxo dirigido. A manobra de Valsalva é frequentemente utilizada pelos profissionais de

saúde, para conduzir o puxo da parturiente, durante cada contração. Contudo, parece não haver evidência científica que justifique o uso desta manobra, pelo que a ACOG (2019) recomenda que cada parturiente deverá ser encorajada a puxar da sua maneira preferida e da forma mais eficaz. No decorrer do estágio, com parturientes sob analgesia epidural foi necessário incentivar ao puxo dirigido, visto que algumas referiam não sentir vontade de puxar, devido ao bloqueio motor, enquanto noutras se verificava a ineficácia dos esforços expulsivos. Nas parturientes sem analgesia epidural, o puxo espontâneo era conseguido com sucesso e as clientes verbalizavam constantemente essa necessidade.

Durante a descida, a cabeça do feto passa por fenómenos de moldagem, alterando a sua forma e reduzindo o seu tamanho, em resposta à resistência encontrada na passagem pelo canal de parto. No mecanismo de extensão, o vértice da cabeça assoma à vulva, ocorrendo a coroação da cabeça fetal (Graça, 2017). Nesta fase, é importante promover a integridade do períneo. Segundo Fatia & Tinoco (2016), a posição de nascimento, as características tecidulares da parturiente, o controlo no período expulsivo, a manipulação reduzida do períneo, os esforços expulsivos espontâneos, a verticalidade e a episiotomia seletiva são fundamentais e facilitadoras da promoção da integridade do períneo.

As lacerações perineais são uma complicação comum associada ao parto vaginal. Estima-se que ocorrem em aproximadamente 79% dos partos e podem causar hemorragia, infeção, dor crónica, disfunção sexual e incontinência urinária e/ou fecal (Arnold, Sadler & Leli, 2021). Segundo a ACOG (2018), as lacerações classificam-se em quatro graus distintos: o 1º grau traduz uma lesão superficial da pele perineal ou vaginal, sem afetar o músculo; o 2º grau atinge os músculos perineais, sem envolver o esfíncter anal; o 3º grau atinge o esfíncter anal na sua parte externa; e o 4º grau envolve a mucosa do esfíncter anal e o epitélio retal. Todavia, a maioria das lacerações perineais que ocorrem nos partos vaginais são de 1º e 2º grau.

A escolha das manobras para ajudar na extração e na expulsão fetal, parecem ter influência na prevenção do trauma perineal. Na sua revisão integrativa de literatura, Couto & Carneiro (2017) concluem que a técnica de restrição da manipulação do períneo, também conhecida por *Hands-Off*, quando comparada com a realização da manobra de Ritgen, foi associada a uma taxa reduzida de lacerações perineais, menor dor no pós-parto e uma maior satisfação na vivência do parto por parte da mulher. A manobra de Ritgen ajuda na exteriorização da apresentação através da controlada extração da cabeça fetal, evitando a expulsão violenta que pode provocar lesões perineais. Contudo, nesta revisão, não foram encontrados resultados significativos no risco de lesão perineal que indiquem o uso desta técnica. A WHO (2018) recomenda a técnica *Hands-On* em que uma mão apoia o períneo e a outra mão suporta a cabeça fetal, para proteção do períneo, uma vez que a técnica *hands-off* não favorece a incidência de períneos íntegros e parece estar associada a um aumento da taxa de lacerações de 1º grau. Relativamente à Manobra de Ritgen, a WHO (2018) não recomenda a sua prática, visto que os resultados da sua utilização são pouco concisos. Durante o estágio,

foi favorecido o uso da Manobra de Ritgen nos partos com analgesia epidural, enquanto nos partos sem qualquer tipo de analgesia era privilegiada a técnica *hands-on*.

A WHO (2018) recomenda ainda a realização da massagem perineal e a aplicação de compressas quentes durante o TP, dado que a evidência sugere que aumenta a probabilidade de manter o períneo íntegro e reduz o risco de lacerações de 3º e 4º grau. Também Couto & Carneiro (2017) defendem o uso destas técnicas, pelos mesmos benefícios apresentados. Estas estratégias não foram realizadas durante o estágio, dado não serem práticas utilizadas no CMIN.

A episiotomia seletiva consiste numa incisão no períneo, executada com o objetivo de prevenir lacerações perineais graves. A sua execução está indicada em situações de sofrimento fetal, progressão insuficiente do TP, partos vaginais distócicos, distocia de ombros, apresentação pélvica, rigidez perineal, macrosomia fetal e cicatrizes prévias (Couto & Carneiro, 2017; Fatia & Tinoco; 2016). O seu uso deve ser limitado, na medida em que pode acarretar algumas sequelas para a mulher, tais como: aumento do risco de infeção, maior perda sanguínea, risco de lesão grave no períneo, desconforto e maior tempo de recuperação no pós-parto, afetando o estabelecimento do processo de amamentação (Couto & Carneiro, 2017). Durante a prática clínica foi possível realizar três episiotomias, todas sob efeito da analgesia epidural e executadas na direção mediolateral esquerda, visto que apresenta menor risco de atingimento da mucosa anal, quando comparada com a incisão mediana.

A presença de circulares do cordão umbilical foi verificada em alguns dos partos eutócicos realizados. Perante essa situação, era pedido à parturiente para não puxar e avaliava-se a presença de uma circular larga ou apertada. Na presença de uma circular larga, procedia-se ao desenrolar do cordão à volta da cabeça. Na presença de uma circular apertada, procedia-se à clampagem e laqueação prévia do cordão.

Após a rotação externa da cabeça fetal, o ombro anterior aparece sob a sínfise púbica, seguido do ombro posterior que distende o períneo posterior, de modo a ocorrer a expulsão dos ombros e, em seguida, do resto do corpo. Quando, após a exteriorização da cabeça fetal, não é possível libertar os ombros com as manobras habituais, estamos perante uma distócia de ombros. Esta é uma emergência obstétrica rara e imprevisível, que resulta do bloqueio do diâmetro biacromial, anteriormente pela sínfise púbica e posteriormente pelo promontório (Graça, 2017).

A macrosomia fetal, a diabetes materna, a história de distocia de ombros em parto anterior e um 2º estadio do TP prolongado parecem ser alguns dos fatores de risco identificados. Ao nível das morbilidades maternas e fetais, na parturiente esta situação pode provocar hemorragias no pós-parto, lacerações do colo, lacerações perineais de 3º e 4º grau, traumatismos da bexiga, incontinência urinária e endometrite puerperal, enquanto no RN

pode provocar asfixia intraparto, paralisia do plexo braquial, trauma do nervo frênico e fraturas da clavícula e do úmero (Graça, 2017).

Durante o estágio foi possível observar duas situações de distócia de ombros. Após o diagnóstico, foram alertados diferentes EEESMO, o obstetra chefe de equipa e o pediatra que dá apoio ao Núcleo de Partos. Em ambos os casos, foi realizada uma episiotomia para alargar o espaço pélvico posterior e, de seguida, iniciaram-se as manobras de resolução. Tal como recomendado por Graça (2017), inicia-se com a manobra de McRoberts, através da hiperflexão das coxas da parturiente, considerada a manobra mais eficaz. Seguidamente, executa-se a manobra de Rubin I, isto é, exercendo pressão na região suprapúbica com o objetivo de rodar o ombro anterior em direção ao tórax do feto. No caso de estas manobras conjugadas não serem suficientes, pode-se recorrer ainda à manobra de Woods, à manobra Rubin II e à extração do ombro posterior. Estas manobras têm todas um objetivo comum, a rotação do diâmetro biacromial para uma posição oblíqua, em relação à pelve materna. As situações de distócia de ombros, presenciadas durante o estágio, foram resolvidas com a execução destas manobras, pelo que não houve necessidade de recorrer a manobras de último recurso como a sinfisectomia e/ou manobra de Zavanelli.

Imediatamente após o nascimento, verificava-se a hora do parto através do relógio pendurado na parede da sala de partos e avaliava-se a adaptação do RN à vida extrauterina, de acordo com o índice de APGAR. Ao nível mundial, os RNs são avaliados pelo índice de APGAR ao 1º, 5º e 10º minutos de vida. Esta escala permite avaliar a frequência cardíaca, a respiração, a irritabilidade reflexa (choro), a coloração da pele e o tônus muscular. O *score* obtido é um bom preditor das condições fisiológicas e da necessidade de vigilância do RN (ScharDOSim, Rodrigues & Rattner, 2018).

O RN é embrulhado num lençol, previamente aquecido, ao mesmo tempo que é colocado no abdómen materno, é executada a estimulação no dorso fetal. Procedia-se à laqueação do cordão umbilical, com a colaboração da mãe ou do acompanhante, conforme o que fora previamente estabelecido. No CMIN, está protocolada a clampagem tardia do cordão umbilical, pelo que esta era realizada depois do primeiro minuto de vida. Segundo a WHO (2018), a clampagem tardia do cordão umbilical, não antes do primeiro minuto de vida, está recomendada pelos melhores resultados de nutrição e na saúde materna e infantil.

Após o nascimento sem complicações, a WHO (2018) recomenda a realização de contacto pele-a-pele durante a primeira hora de vida, uma vez que previne a hipotermia, através da estabilização da temperatura corporal. Para além disso, o contacto pele-a-pele promove a amamentação, dado que influencia o aumento dos níveis de ocitocina materna e, potencia a vinculação e a ligação mãe/filho. Apesar dos seus grandes benefícios, na prática esta intervenção não pôde ser realizada. No momento em que decorreu o estágio, esta intervenção encontrava-se proibida pela direção do CMIN, pela morte de dois RNs durante essa prática, recentemente.

#### 2.4. Cuidados à mulher no 3º estadio do trabalho de parto

A dequitação, designação atribuída ao 3º estadio do TP, inicia-se após a expulsão fetal e termina com a expulsão da placenta e das membranas. Depois da expulsão do feto, o útero contrai espontaneamente, provocando uma diminuição súbita da dimensão uterina e uma redução da área de implantação da placenta, a qual sofre um espessamento. Devido à tensão exercida, ocorre a clivagem da camada esponjosa que origina um hematoma retroplacentar, que resulta na separação da placenta do seu local de inserção, seguida da sua expulsão para o exterior (Graça, 2017).

Existem dois tipos de mecanismo de dequitação. O mecanismo de Schultz caracterizado pelo descolamento da placenta se iniciar pela zona mais central, formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta. Neste, que é o mecanismo mais comum, a face fetal exterioriza-se primeiro e a hemorragia só ocorre após a expulsão total da placenta. O mecanismo de Duncan caracteriza-se por o descolamento da placenta se iniciar pela periferia, separando as membranas da parede uterina, pelo que a hemorragia resultante se exterioriza antes da placenta ser visível na vulva. Neste mecanismo, a face materna surge em primeiro lugar, acompanhada de uma hemorragia contínua (Fatia & Tinoco, 2016; Graça, 2017).

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma das maiores causas de morbidade e mortalidade materna e é uma das principais complicações do 3º estadio do TP (Güngörük, Olgaç, Gulseren & Kocaer, 2018). A HPP pode ser definida como a perda igual ou superior a 1000 ml nas primeiras 24 horas após o parto. Dado os elevados riscos para a mulher, a OMS (2014) recomenda uma gestão ativa do 3º estadio do TP, através da administração de uterotónicos, tração controlada do cordão e massagem uterina após a expulsão da placenta.

Durante o estágio, manteve-se uma conduta ativa na vigilância do 3º estadio do TP com o objetivo de prevenir complicações. Logo após o parto, procedia-se à colheita de sangue para células estaminais, conforme combinado com a mulher/casal anteriormente. Perante uma mulher com grupo sanguíneo O ou Rh negativo, também se colhia sangue do cordão umbilical para análise. Em seguida, desclampava-se o cordão umbilical, de forma a promover a mais rápida separação da placenta das paredes uterinas. A manobra de Kustner era executada para verificar se a placenta se encontra descolada. Assim, exercendo pressão no bordo superior da sínfise púbica, verificava se ocorria retração do cordão. A ausência de retração confirma o descolamento da placenta. Para auxiliar na expulsão da placenta, pedia-se à puérpera que executasse esforços expulsivos, enquanto se procedia à tração controlada do cordão, sem exercer demasiada tensão, de modo a evitar a sua rotura ou a inversão uterina.

No momento em que a placenta atingia o introito vaginal, executava-se a manobra de Dublin, que consiste na realização de movimentos rotativos até à completa exteriorização da placenta e das membranas. Por fim, iniciava-se ou dava-se continuidade à administração da perfusão de 10 UI de ocitocina, num soro glicosado de 1000 ml, por via intravenosa, mantido até ao seu término.

Na prática clínica, todas as dequitações decorreram sem intercorrências, pelo que não se verificaram casos de retenção placentar, de membranas fragmentadas ou de HPP. O tipo de dequitação mais frequentemente observado foi o de Schultz. Após o dequite, realizava-se a massagem uterina com o intuito de promover a contração do útero e estimular a formação do globo de segurança de Pinard. Posteriormente, procedia-se à palpação do abdómen da puérpera para verificar a sua formação (Montegro, 2014).

Era realizada a inspeção da placenta, das membranas e do cordão umbilical. Na placenta, avaliava-se a integridade dos folhetos amnióticos (âmnio e córion), a presença dos cotilédones e o tipo de inserção do cordão, enquanto no cordão se avaliava a presença de 2 artérias, 1 veia e da geleia de Warton, bem como a presença de nós verdadeiros e/ou falsos, ao longo do cordão umbilical (Graça, 2017). Todas as placentas observadas encontravam-se completas, embora algumas tivessem de ser enviadas para anatomia patológica, resultantes de gravidezes de alto risco.

O passo seguinte era a inspeção do canal de parto. Na presença de ferida cirúrgica, por episiotomia, era efetuada a episiorrafia. Na presença de lacerações, procedia-se igualmente à sua correção. Durante o estágio foi possível efetuar três episiorrafias e corrigir 24 lacerações, de 1º e 2º grau, não tendo sido observadas lacerações de 3º e 4º grau. A higiene perineal era sempre realizada antes da episiorrafia ou da correção da laceração.

Finalizada a sutura, procedia-se a uma nova inspeção do canal de parto e higiene perineal. Era avaliado novamente o globo de segurança de Pinard, vigiada a perda sanguínea e monitorizados os sinais vitais. Segundo Fatia & Tinoco (2016), o período da hemóstase ocorre na primeira hora após a expulsão da placenta. Neste período, há maior probabilidade de ocorrerem grandes hemorragia, pelo que durante esta fase é fundamental avaliar o útero através da palpação abdominal, confirmando que está contraído, e vigiar os sinais vitais e a perda sanguínea, valorizando as queixas maternas.

Posteriormente, procedia-se à remoção do cateter urinário, sendo necessário vigiar a 1ª micção pelo risco de retenção urinária. Caso a perfusão de ocitocina tivesse terminado e o parto tivesse decorrido sem complicações, removia-se o cateter epidural. Se a puérpera se encontrasse hemodinamicamente estável, era-lhe oferecida uma refeição ligeira. Nesta fase, era também promovida a amamentação durante a primeira hora de vida.

Relativamente ao RN, era avaliado pelo médico pediatra, sendo registado o seu peso, o comprimento, o perímetro cefálico, o sexo e o índice de APGAR ao 1º, 5º e 10º minutos de

vida. Segundo protocolo interno do CMIN, era administrada vitamina K e aplicada pomada oftálmica. Durante o estágio, apenas um recém-nascido necessitou de reanimação neonatal imediata, ao 1º minuto de vida, tendo sido estabilizado ao 11º minuto, e transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) com um prognóstico reservado, acabando por falecer ao 2º dia de vida.

Após todos os cuidados efetuados à puérpera e ao RN, procedia-se aos registos de enfermagem para documentar todas as intervenções realizadas. A puérpera e o RN ficavam sob vigilância no Núcleo de Partos durante as duas horas seguintes ao parto, sendo transferidos para o serviço de Puerpério no final desse período, caso tudo corresse dentro da normalidade.

### 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO AUTOCUIDADO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE

O puerpério corresponde ao conjunto de alterações físicas e psicológicas que ocorrem na mulher após o parto, com a finalidade de regressão até ao estado não gravídico. Este período tem uma duração de seis semanas, podendo ser dividido em três fases: puerpério imediato - que corresponde às primeiras 24 horas após o nascimento; puerpério precoce - desde as 24 horas até ao final da primeira semana e puerpério tardio - que termina ao final de seis semanas (Néné et al., 2016).

Durante este período são diversas as modificações anatómicas e fisiológicas que ocorrem ao nível dos vários sistemas e órgãos da puérpera. Contudo, o puerpério é sobretudo uma fase no ciclo de vida da mulher aonde esta se adapta ao RN e ao novo papel de grande responsabilidade que irá desempenhar (Néné et al., 2016). A adaptação ao desempenho do papel parental compreende o período de tempo que vai desde a gravidez até aos primeiros tempos após o parto (Cardoso, Paiva e Silva & Marín, 2015).

Os cuidados de enfermagem no pós-parto são promotores do desenvolvimento das competências que as mulheres/casais pretendem adquirir para cuidar do RN, logo o apoio do EEESMO é fundamental para proporcionar uma vivência mais adequada da transição para a parentalidade (Sousa e Silva & Carneiro, 2018).

A OE (2019, p. 13563) preconiza que é da competência do EEESMO cuidar “*da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade*”. Logo, a intervenção do EEESMO surge no âmbito da promoção do autocuidado, na prevenção e deteção precoce das complicações e no desenvolvimento das competências parentais.

#### 3.1. Contextualização do estágio

De modo a desenvolver competências, no contexto do autocuidado pós-parto e parentalidade, foi realizado um estágio entre 9 de dezembro de 2020 a 3 de janeiro de 2021, no serviço de Puerpério do CMIN.

Este serviço permite o internamento conjunto do RN e da puérpera, desde a admissão até ao momento da alta hospitalar. Atualmente, devido à pandemia da Covid-19, não estava autorizada a permanência 24 horas do acompanhante. Somente no caso dos casais com gémeos, foi concedida a presença do pai/pessoa significativa a tempo inteiro. Aos restantes pais/acompanhantes, foi apenas permitida a visita diária que ocorria durante o turno da tarde.

Relativamente à duração do internamento, o tempo que a puérpera e o RN permaneceram no serviço dependia do tipo de parto e do estado de saúde da mãe e do filho. Habitualmente, o internamento após a cesariana tinha uma duração média de três dias, enquanto o internamento após um parto vaginal tinha uma duração médias de dois dias, independentemente de ser um parto eutócico ou distócico por fórceps/ventosa.

Neste serviço foram prestados cuidados a 42 puérperas, contudo no Núcleo de Partos, durante o puerpério imediato, foram prestados cuidados a mais 60 puérperas, perfazendo um total de 102. Em relação aos RNs, foram prestados cuidados a 35 RNs no Puerpério e 67 no Núcleo de Partos, perfazendo um total de 102. Das 42 puérperas a quem foram prestados cuidados no serviço de Puerpério, 23 tiveram um parto eutócico, 14 por cesariana e 5 por parto distócico por fórceps, sendo que 23 eram primíparas.

### **3.2. Cuidados de enfermagem no pós-parto**

No CMIN, nas duas horas seguintes ao parto, a puérpera e o RN eram admitidos ao serviço de internamento de Puerpério. Tal como referido nos capítulos anteriores, o acolhimento tem um papel fundamental na experiência de internamento vivenciada pela mulher, uma vez que facilita o processo de integração. Assim, começava pela minha apresentação, da EEESMO tutora e da restante equipa multidisciplinar, descrevia-se o espaço físico do serviço, explicava as rotinas institucionais e referia o horário de visita, uma vez que nesta fase, ainda não era permitida a permanência 24 horas do acompanhante/pessoa significativa.

De seguida, procedia-se à avaliação inicial. Alguma informação era facultada pela EEESMO do Núcleo de Partos, aquando da transferência da puérpera e RN, nomeadamente o tipo de parto, hora de nascimento, tipo de analgesia, antecedentes pessoais relevantes, grupo sanguíneo, estado do períneo, características da perda sanguínea, contração uterina e terapêutica administrada. Os restantes dados foram recolhidos pela consulta do processo informático ou através da entrevista e do exame físico.

Posteriormente, monitorizava os sinais vitais. No puerpério imediato, esta vigilância foi realizada de 15 em 15 minutos até quatro registos normais, sendo avaliada uma vez durante a segunda hora. Na ausência de alterações nos parâmetros anteriores e de fatores de risco, Lowdermilk & Perry (2009) recomendam a monitorização antes do primeiro levante e depois com uma frequência de quatro a oito horas. No serviço de Puerpério do CMIN, os sinais vitais eram monitorizados na admissão, na altura do primeiro levante e uma vez por turno, salvo situações particulares em que eram monitorizados com maior frequência, se assim fosse necessário.

No momento da admissão, foi também realizado o exame físico. Este era executado numa avaliação cefalocaudal, tendo em conta a pele e mucosas, as mamas, a involução e contração uterina, o períneo, a perda sanguínea, a eliminação vesical e intestinal, os membros inferiores e a ferida cirúrgica, no desta ter sido realizada. O exame físico foi realizado pelo menos uma vez por turno.

Relativamente às rotinas, o serviço encontrava-se organizado da seguinte forma: no turno da manhã ocorriam as visitas médicas por parte do obstetra e do pediatra, a realização do diagnóstico precoce e a vacinação nos RNs que cumpriam critérios e preconizam-se também as altas das puérperas e dos RNs que tiveram cumprido o tempo estipulado de internamento, sem complicações associadas; no turno da tarde eram realizadas algumas das intervenções promotoras do desenvolvimento das competências parentais como os cuidados de higiene e os cuidados ao coto umbilical, uma vez que coincidia com o horário de visitas e permitia a presença do pai, para além de que possibilitava uma maior disponibilidade por parte do enfermeiro; no turno da noite eram efetuados os rastreios das cardiopatias e as restantes rotinas. Algumas das atividades de vigilância e intervenções foram transversais a todos os turnos, tais como o exame físico/vigilância da puérpera, a monitorização dos sinais vitais, a preparação e administração de terapêutica, o apoio na amamentação e o desenvolvimento das restantes competências parentais.

Neste sentido, os cuidados de enfermagem prestados pelo EEESMO incluíram avaliações periódicas com a finalidade de cumprir o padrão de normalidade esperado na recuperação pós-parto. Ao longo do estágio, foram diversas as atividades desenvolvidas com o intuito de promover o bem-estar materno, através da prevenção e deteção precoce de complicações.

A vigilância da cor da pele e das mucosas ocular e oral foi um dos aspetos observados durante o exame físico. Segundo Néné e colaboradores (2016), alguns dos sinais de alarme na puérpera são a pele descorada, fria, viscosa e desidratada. A alteração da coloração da pele e das mucosas é característica de anemia ou pode estar também associada a uma hemorragia.

A coloração da pele e das mucosas, assim como os sinais vitais apresentaram-se como importantes indicadores relativamente à perda sanguínea. A vigilância do globo de segurança de Pinard, da involução uterina e das características dos lóquios constituíram um dos principais focos de atenção dos EEESMO no serviço de Puerpério do CMIN, uma vez que

permitiram identificar precocemente complicações na puérpera, nomeadamente a atonia ou descompressão uterina. A atonia uterina define-se pela incapacidade do músculo uterino em contrair firmemente. É uma das complicações mais frequentes no pós-parto e uma das principais causas de HPP. A contração uterina promove a hemóstase e permite também que o útero involua até ao seu estado pré-gravídico, contudo, quando este não é capaz de contrair eficazmente, potencia a hemorragia devido ao não encerramento das arteríolas espiraladas e do sinus venoso (Graça, 2017; Néné et al., 2016).

Através da palpação uterina era verificada a contração e involução do útero. Logo após o parto, o útero pode ser palpado ao nível da linha média umbilical e espera-se uma diminuição de um a dois centímetros por dia, até deixar de ser palpável por volta do décimo dia pós-parto, recuperando o seu estado pré-gravídico entre a quarta e a sexta semana após o parto (Graça, 2017; Néné et al., 2016). Esta intervenção foi executada pelo menos uma vez por turno, sendo que durante a primeira avaliação, logo após a chegada da puérpera ao serviço, foi explicada a importância da contração uterina, o processo de involução uterina, os sinais de alerta e foi instruída a massagem uterina. Para além disso, eram também observados os lóquios e avaliadas as suas características. Durante o processo de cicatrização da ferida placentária, ocorre a expulsão vaginal de tecido decidual necrótico e sangue que se designa por lóquios (Graça, 2017).

Os lóquios apresentam diferentes características ao longo do puerpério. Nos primeiros três dias pós-parto designam-se por hemáticos, sendo predominantemente constituídos por sangue, decídua e resíduos trofoblásticos, apresentando-se numa cor vermelha e em quantidade abundante. Entre a terceiro e o quarto dia designam-se por sero-hemáticos, constituídos por sangue envelhecido, soro, leucócitos e restos tecidulares, com uma coloração rosada ou acastanhada. Após o décimo dia, designam-se por serosos, apresentando uma coloração amarelada/esbranquiçada com aspeto mucoide e espesso, sendo constituídos por leucócitos, decídua, células epiteliais, muco, soro e bactérias (Graça, 2017). A avaliação da quantidade de sangue perdido foi sempre verificada através da saturação do penso higiénico, tendo por base o seu grau de saturação num total de duas horas. Durante a primeira avaliação da puérpera após o parto foram explicadas as características dos lóquios, a duração esperada dos mesmos, os sinais de alerta e instruídos os cuidados necessários acerca da higiene íntima diária e da frequência adequada de troca do penso higiénico.

Entre as puérperas internadas que tiveram um parto vaginal, era comum algumas apresentarem algum tipo de trauma perineal. Este trauma manifestava-se quer na forma de edema ou hematoma, quer na forma de lacerações perineais ou episiotomias. Com o objetivo de avaliar o processo de cicatrização dos tecidos perineais e detetar quaisquer complicações, durante o decorrer do estágio, a observação do períneo da mulher fez também parte da prática clínica diária do EEESMO.

Segundo Graça (2017), durante o puerpério imediato é possível observar-se uma reação inflamatória nos tecidos do períneo através da presença de rubor, calor, edema e/ou dor, causada pelo aumento do fluxo sanguíneo e acumulação de fluidos nos tecidos. Durante o estágio foi explicado à puérpera, a importância de identificar precocemente os sinais de infecção da ferida perineal: presença de dor, calor e rubor no local, secreção purulenta, cheiro fétido e temperatura corporal aumentada. Para além disso, foi sempre reforçada a importância da higiene perineal, bem como da frequência adequada da troca do penso higiénico, tal como descrito anteriormente.

Perante uma mulher submetida a uma cesariana, era necessário vigiar a ferida abdominal. Segundo Zimmermann e colaboradores (2018), a infecção da ferida cirúrgica varia de 3 a 15% e pode ocorrer nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico, sendo que quando comparada a infecção da ferida perineal com a infecção da ferida abdominal é possível verificar-se um índice mais elevado de infecção na ferida causada pela cesariana. No CMIN, o penso da ferida cirúrgica era somente trocado no dia da alta, ou seja, três dias após a cesariana. Contudo, caso o penso se encontrasse extremamente repassado, era efetuado o tratamento da ferida. A vigilância do penso da ferida abdominal foi efetuada uma vez por turno, sendo que foi explicado à puérpera quais os sinais de infecção, a necessidade de transmitir à equipa qualquer aumento na dor abdominal e a necessidade de não fazer esforços que aumentassem a pressão intra-abdominal nas primeiras duas semanas.

No período pós-parto a sensação de dor esteve presente na maioria das puérperas. Entre as principais causas de dor, destacaram-se: a dor perineal, a dor abdominal, a dor mamilar e as hemorroidas. Relativamente à dor perineal, esta foi uma das principais queixas identificadas nas mulheres internadas que tiveram um parto vaginal. A dor do períneo é descrita como frequente e como uma consequência inevitável do pós-parto, sendo que é maioritariamente provocada pela ferida perineal (Gonçalves, Parreira & Coutinho, 2019).

Entre as estratégias não farmacológicas mais utilizadas no CMIN para promover o alívio da dor, destacou-se o uso da crioterapia. Este método promove um efeito analgésico e anti-inflamatório através da aplicação de gelo nos tecidos, diminuindo o edema, a temperatura local e reduzindo o risco de hemorragia (Francisco et al., 2018; Senol & Aslan, 2017). Através da sua revisão integrativa da literatura, Gonçalves, Parreira & Coutinho (2019) concluíram que a crioterapia se revela um método eficaz no alívio da dor no pós-parto, de fácil utilização e acesso, contudo carece ainda de investigação quanto à frequência de aplicação desta estratégia.

Para além da crioterapia, foram também implementadas outras estratégias não farmacológicas que contribuíram para o alívio da dor perineal e que foram igualmente eficazes no tratamento das hemorroidas, nomeadamente: incentivar a lavagem do períneo com água fria, incentivar a puérpera a deitar-se de lado sempre que possível e a usar uma almofada sempre que se sentasse.

Quanto às estratégias farmacológicas utilizadas nas puérperas que tiveram um parto vaginal, no CMIN era frequente administrar-se paracetamol via oral, ibuprofeno via oral e/ou ceterolac via intravenosa, consoante o grau de dor referido pela mulher. Nas puérperas submetidas a cesariana, era comum manterem o cateter epidural nas primeiras 24 horas após o nascimento, pelo que era administrado morfina e ropivacaína via epidural, associado à analgesia oral protocolada no serviço.

Durante o pós-parto, a eliminação urinária e intestinal foram focos de atenção do EEESMO devido ao risco de retenção urinária e de obstipação. Após o nascimento, o risco de retenção urinária está aumentado não só pelos possíveis traumatismos provocados pelo parto, como pelo aumento da capacidade vesical e da analgesia epidural (Néné et al., 2016). Assim, durante o estágio, foi vigiada e estimulada a eliminação vesical nas primeiras 24 horas após o parto, efetuados os ensinamentos necessários à puérpera em relação ao aumento da diurese nos primeiros dias após o parto e quanto aos riscos associados à retenção.

Relativamente à eliminação intestinal, existem vários fatores que podem dificultar a normalização do padrão de eliminação, tais como: jejum durante o TP e parto, desidratação, dor perineal e hemorroidas (Néné et al., 2016). Com objetivo de regularizar o padrão de eliminação intestinal, no CMIN, as puérperas foram incentivadas a deambular, a aumentar a ingestão hídrica e o consumo de fibras, sendo que em último recurso, era implementada a administração de laxantes, via oral ou retal, consoante prescrição. Segundo Néné e colaboradores (2016, p.457), as hemorroidas *“ficam mais exacerbadas devido aos esforços expulsivos, causam grande desconforto e dificultam a eliminação intestinal”*. Algumas das estratégias não farmacológicas anteriormente referidas neste subcapítulo foram eficazes no tratamento e alívio da dor provocado pelas hemorroidas. No CMIN encontrava-se protocolado a administração de bioflavonoides via oral e aplicação tópica de pomada anti-hemorroidária no tratamento das hemorroidas.

As mamas e os mamilos da puérpera foram também avaliados quanto à sua consistência e integridade, esta vigilância ocorria no momento do exame físico e durante a observação da mamada. A dor surgiu frequentemente associada à amamentação, uma vez que durante a mamada ocorre a contração uterina associada à produção de ocitocina, provocando desconforto na puérpera. Para além disso, no decorrer do estágio, foi comum as puérperas reportarem dor mamilar provocada por maceração ou fissura. Segundo Benedett e colaboradores (2014), a dor e desconforto ao amamentar, bem como os problemas na mama são as principais causas do desmame precoce. Posto isto, a intervenção primordial do EEESMO consistiu na correção da pega efetuada pelo RN. Contudo, foi também promovida a aplicação de algumas gotas de colostro no mamilo e aréola após a mamada, uma vez que facilita a cicatrização e a mulher foi incentivada a deixar secar o mamilo ao ar (Levy & Bértolo, 2012).

Quanto à higiene das mamas, as puérperas foram aconselhadas a lavar uma vez por dia durante a realização da higiene corporal, sendo recomendado evitar a utilização de sabão, cremes e óleos. Relativamente à aplicação de lanolina, o seu uso foi também recomendado durante a prática clínica. A lanolina promove a cicatrização da pele, dado que forma uma barreira que impede a perda da humidade natural das camadas mais profundas da pele e aumenta a velocidade de proliferação celular (Coca & Abrão, 2008). Apesar dos seus benefícios comprovados, vários autores defendem que o uso da lanolina parece ser mais indicado no tratamento da fissura mamilar (Nascimento, Jesus, Silva, Pinto & Menezes, 2020).

O primeiro levante da puérpera foi sempre efetuado sobre vigilância e acompanhamento da EEESMO. Os sinais vitais, em particular, o valor da tensão arterial foi sempre monitorizado antes, durante e após o procedimento. Na ausência de hipotensão ou qualquer outra queixa por parte da puérpera, era executada a técnica de levante. Segundo Lowdermilk & Perry (2009), no caso do parto vaginal, o primeiro levante deve ocorrer cerca de seis horas após o parto e, no caso da cesariana, deve ocorrer cerca de 12 horas após o parto. No CMIN, no caso do parto vaginal, o primeiro levante era realizado o mais precocemente possível, sendo que muitas vezes ocorria ainda no Núcleo de Partos durante o puerpério imediato. Já no caso da cesariana, o primeiro levante ocorria após seis horas de repouso no leito, devido ao procedimento cirúrgico. Destacou-se ainda a avaliação dos membros inferiores com recurso ao sinal de Homans. Assim, com o objetivo de prevenir a trombose venosa profunda, a puerpera foi incentivada a mobilizar os membros inferiores no leito e a deambular precocemente.

Segundo Néné e colaboradores (2016, p.446), o puerpério é *“a fase do ciclo de vida da mulher em que esta mais se encontra vulnerável ao desencadear ou agravar de perturbações psiquiátricas, uma vez que é a altura em que está mais focada na proteção do recém-nascido em detrimento de si mesma”*. Esta fase é acompanhada por alterações a nível hormonal, psicológico, familiar e social, ao mesmo tempo que assume o papel parental. Assim, fez parte do papel do EEESMO a vigilância do estado emocional da puérpera, bem como apoiar a mulher/casal no processo de adaptação e transição para a parentalidade. Neste sentido, durante a prática clínica, foram implementadas intervenções que promoviam a ligação mãe/pai-filho e providenciado suporte emocional.

Ao longo do estágio foram diversas as intervenções desenvolvidas com o intuito de vigiar o bem-estar e o desenvolvimento do RN. No momento da admissão do RN ao serviço, procedia-se à colheita de dados e, seguidamente, à avaliação inicial. Através dos registos efetuados quer pela EEESMO do Núcleo de Parto, quer pelo pediatra eram observados dados como: tipo de parto, hora de nascimento, sexo do RN, índice de APGAR, amamentação da primeira hora de vida, eliminação vesical e intestinal, dados antropométricos, presença de anomalias/malformações, características das fontanelas, presença de vernix caseoso, lanugo e avaliação dos reflexos.

Posteriormente, era realizado um exame cefalocaudal, sendo que este procedimento foi realizado uma vez por turno, com o objetivo de despistar precocemente complicações. À chegada ao serviço, foi sempre verificada a presença da pulseira de identificação, bem como a presença da pulseira eletrônica, utilizada na instituição como um sistema de alarme anti-rapto. Quanto ao exame físico, foram observados o crânio, as fontanelas, o abdômen, o coto umbilical e a sua adequada clampagem, o tônus muscular, o padrão respiratório para despistar sinais de dificuldade respiratória, os órgãos genitais e a perfuração do ânus, a coloração da pele e mucosas, a presença de gemido, os movimentos dos membros e os reflexos de Moro, Babinsky e de preensão palmar. Quanto ao reflexo de procura, sucção e de deglutição, estes foram avaliados durante as mamadas. Ao longo da prática clínica, os pais foram ensinados quantos às características do RN.

Relativamente à coloração da pele e mucosas do RN, esta encontrava-se rosada e com perfusão rápida. Todavia, é comum em alguns RN, estes poderem apresentar as extremidades cianosadas, sendo considerado um achado fisiológico. No entanto, quando o RN apresentava uma coloração amarelada da pele e das escleróticas, surgia a suspeita de icterícia neonatal.

Segundo a SPN (2013), a icterícia é uma das patologias mais frequentes no RN, sendo que na primeira semana de vida cerca de 60% dos RN de termo e 80% dos RN pré-termo ficam ictéricos. Uma icterícia que surge nas primeiras 24 horas ou 14 dias após o nascimento traduzem situações de maior gravidade. Após a detecção da coloração amarelada no RN, este era submetido a testes de doseamento sérico. Perante valores de hiperbilirrubinemia, iniciava-se o tratamento com fototerapia.

Face ao diagnóstico de icterícia neonatal e ao tratamento instituído com fototerapia, foi necessário ensinar os pais sobre a patologia, sobre o tratamento e, em particular, sobre a importância do padrão de alimentação e eliminação do RN, uma vez que são extremamente importantes no processo de eliminação da bilirrubina.

O internamento hospitalar após o parto traduz um período de adaptação intensa para o casal, na medida em que estes têm de desenvolver e adquirir competências para prestarem cuidados ao RN de forma autónoma e para prepararem o seu regresso a casa. Segundo Cardoso (2011, p. 52) as competências parentais definem-se como “*o conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança*”.

O apoio do EEESMO nesta fase é imprescindível, na medida em que este estabelece uma relação terapêutica de confiança com o casal, ajudando-os na transição para a parentalidade, através da melhoria dos conhecimentos e do desenvolvimento de capacidades.

São inúmeras as competências parentais, contudo as principais abordadas no decorrer do estágio no CMIN foram: amamentação, colocar a eructar, cuidados de higiene, cuidados ao coto umbilical, promoção e vigilância da saúde (nomeadamente perda fisiológica de peso, vacinação, diagnóstico precoce e icterícia neonatal) e segurança e prevenção de acidentes.

Em relação à amamentação, esta foi a competência em que o EEESMO gastava mais tempo nos cuidados prestados no serviço de Puerpério do CMIN. A observação da mamada, sempre que possível, do início ao fim, permitiu avaliar os conhecimentos e as capacidades da mulher quanto à técnica utilizada. Assim, no âmbito da promoção da amamentação, foram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: ensinar sobre benefícios da amamentação, ensinar sobre características do colostro e do leite, ensinar sobre critérios para decidir quando oferecer uma ou duas mamas, ensinar sobre o intervalo e duração das mamadas, ensinar sobre sinais de ingestão nutricional suficiente, ensinar sobre sinais de fome do RN, ensinar sobre sinais de saciedade do RN, ensinar sobre posição da mãe e do filho, ensinar sobre sinais de pega adequada, ensinar sobre estratégias para manter o bebé acordado durante a mamada, ensinar sobre sinais de produção e libertação de leite, ensinar sobre complicações da amamentação, ensinar sobre prevenção das complicações da amamentação, ensinar sobre tratamento das complicações da amamentação, ensinar sobre promoção/manutenção da lactação e ensinar sobre extração e conservação do leite materno (Cardoso, 2011). Quanto à eructação, foram explicados os seus benefícios à mulher/casal e instruído o posicionamento do RN para eructar.

Os cuidados de higiene eram realizados no turno da tarde, uma vez que permitia a presença do pai/acompanhante. No CMIN encontrava-se instituído que o primeiro banho ocorria após as primeiras 24 horas de nascimento. O primeiro banho tinha como objetivo a demonstração e explicação das técnicas, bem como a avaliação dos conhecimentos do casal. Já o segundo banho, era dado pela mãe ou pelo pai, sob supervisão do EEESMO, sendo avaliados conhecimentos e capacidades. No âmbito da promoção dos cuidados de higiene, foram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: ensinar sobre material necessário e condições prévias para o banho, ensinar sobre escolha de produtos de higiene, ensinar sobre frequência, duração e horário do banho, ensinar a lavar os olhos e ouvidos do RN, ensinar a dar banho ao RN, ensinar sobre cortar e limar as unhas, ensinar sobre material necessário para trocar a fralda, ensinar a lavar o períneo, ensinar a trocar a fralda, ensinar sobre eritema de fralda, ensinar sobre prevenção de eritema de fralda e ensinar a vestir/despír RN (Cardoso, 2011).

Associado ao momento do banho, surgiram os cuidados relacionados com o tratamento do coto umbilical. À luz da evidência científica mais atual, parece não existir um consenso quanto à técnica que é mais eficaz. Alguns autores defendem a utilização de álcool a 70%, enquanto outros defendem a utilização da técnica *dry care*. No CMIN foi recomendada a utilização do álcool a 70%, segundo protocolo da instituição. Assim, as intervenções de enfermagem implementadas para promover o tratamento ao coto umbilical foram: ensinar

sobre material necessário para desinfecção do coto umbilical, ensinar sobre a queda do coto umbilical, ensinar sobre a frequência de desinfecção do coto umbilical, ensinar como desinfetar coto umbilical e ensinar sobre sinais de infecção do coto umbilical (Cardoso, 2011).

Relativamente à segurança e prevenção de acidentes, é importante os pais adquirirem hábitos desde o nascimento para prevenir situações de risco e evitar consequências irremediáveis (Néné et al., 2016). Com o intuito de promover a prevenção de acidentes, foram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: ensinar sobre medidas de prevenção de asfixia/aspiração, ensinar sobre prevenção de quedas, ensinar sobre síndrome de morte súbita, ensinar sobre prevenção e fatores de risco da síndrome da morte súbita, ensinar sobre medidas de segurança para transporte no automóvel e ensinar sobre modo adequado de segurar/manipular RN (Cardoso, 2011).

A alta hospitalar traduz o momento ideal para rever e consolidar os conhecimentos e as habilidades adquiridas pela mulher/casal ao longo do internamento, bem como para esclarecer todas as dúvidas que possam surgir em última instância.

No CMIN, no dia da alta, a puérpera era submetida ao exame físico pelo obstetra em colaboração com o enfermeiro. Durante a realização do exame, foram abordados todos os cuidados relacionados com a recuperação física e emocional da mulher, nomeadamente: ferida (abdominal ou perineal), mamas, lóquios, involução uterina, padrão de eliminação intestinal e alterações emocionais. Para além disso, foi também explicado à puérpera o retorno à atividade sexual e explicados os diferentes métodos contraceptivos pelos quais poderia optar.

Assim sendo, a preparação do regresso a casa abrangia um reforço de todas as temáticas abordadas ao longo do internamento, tais como: importância do exercício físico, adequada ingestão nutricional, consulta de revisão do puerpério, sinais de alarme físicos, psicológicos e emocionais, competências parentais com principal destaque para a promoção da amamentação, entre outros.

Em relação à promoção e vigilância da saúde do RN, foi explicado aos pais a necessidade de realização do teste de diagnóstico precoce. Este teste, também conhecido por “teste do pézinho” permite o rastreio de algumas doenças graves, quase sempre genéticas, como a fenilcetonúria ou o hipotireoidismo congénito (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2010). Este teste é gratuito e deverá ser realizado entre o terceiro e o sexto dia de vida do RN.

No dia da alta foi também administrada a primeira dose da vacina contra a Hepatite B, de modo a cumprir o Plano Nacional de vacinação (DGS, 2020). Posteriormente, os pais foram ensinados quanto aos cuidados com o local de punção e quanto aos efeitos adversos/secundários da vacina. Por fim, foram entregues o boletim de saúde infantil e o boletim de vacinas e explicado aos pais a finalidade de cada um.

### **3.3. Transição para a parentalidade face ao recém-nascido prematuro: revisão integrativa da literatura**

Na atualidade, a investigação científica tem contribuído para o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão. Promover uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados é um dos principais objetivos dos enfermeiros, que procuram constantemente novos conhecimentos para fundamentar a sua prática clínica.

Uma prática de enfermagem baseada em evidência científica traduz uma tomada de decisão por parte do enfermeiro com a aplicação de informação relevante, válida e sustentada por pesquisa (Cullum, Ciliska, Haynes & Marks, 2010). A Prática Baseada na Evidência (PBE) é uma metodologia para a prática clínica que tem por base a utilização da mais atual evidência científica, desenvolvida com o máximo rigor, para conceber as melhores tomadas de decisão possíveis (Pedrosa, Oliveira, Feijão & Machado, 2015; Pedrolo et al., 2009).

A PBE contempla várias etapas: formulação da questão de investigação; planeamento e realização da revisão da literatura; análise e avaliação crítica da literatura; integração da evidência na prestação de cuidados e avaliação do processo (Cullum et al., 2010; Pedrosa et al., 2015; Pedrolo et al., 2009).

Dado o período pós-parto ser uma área tão abrangente, devido à quantidade e complexidade de informação disponível no âmbito da saúde, foi desenvolvido um trabalho de investigação, neste caso específico, uma revisão integrativa da literatura.

Uma revisão integrativa da literatura permite aprofundar o conhecimento científico numa área em particular, uma vez que analisa estudos anteriores sobre o fenómeno de investigação escolhido e sintetiza os resultados encontrados. Este método de investigação contempla 6 etapas: definição da questão de investigação; pesquisa em bases de dados; colheita e análise de dados; avaliação crítica dos estudos; interpretação dos resultados; e síntese do conhecimento adquirido na revisão (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

De realçar que, durante a avaliação crítica dos estudos, é importante avaliar o nível de evidência científica de cada artigo. Para avaliar os artigos selecionados, recorreu-se às escalas do nível de evidência do Joanna Briggs Institute (JBI, 2013).

### 3.3.1. Contextualização da temática

O nascimento de um filho assinala a passagem para uma nova fase do ciclo vital da família e acarreta mais mudanças do que qualquer outra etapa desenvolvimental, pelo que representa uma transição no ciclo de vida (Cardoso, 2011). Segundo Brito (2012, p. 29), a transição define-se como “*o ato, efeito ou modo de passar lenta e suavemente de um lugar, estado ou assunto para outro, passagem, fase ou período intermédio num processo evolutivo*”. Vivenciar uma transição exige, por parte do indivíduo, capacidade para adquirir novos conhecimentos, para alterar comportamentos e para redefinir os significados atribuídos. Por outro lado, as transições são moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas, pelos conhecimentos, pela habilidade na gestão das modificações e pelo impacto destas alterações todas ao nível do bem-estar (Brito, 2012).

Segundo Cardoso (2011, p. 35), a transição para a parentalidade corresponde a “*um processo irreversível, com início durante a gravidez, que acarreta mudanças pessoais e interpessoais, que ocorrem à medida que cada mulher se concebe como mãe e cada homem se concebe como pai de um filho*”. Esta transição compreende ainda o processo de incorporação dos novos papéis a desempenhar e o desenvolvimento das novas competências cognitivas, motoras e sociais.

Algumas transições estão associadas a eventos e momentos críticos. A sua identificação e descrição contribui para o planeamento e implementação das terapêuticas de enfermagem, com o objetivo de apoiar os indivíduos, uma vez que estes podem interferir no desenrolar da transição, influenciando a velocidade do processo, do envolvimento e da consciencialização (Brito, 2012). O nascimento de um filho prematuro é considerado um evento crítico, na medida em que vai dificultar o processo de adaptação ao papel parental, protelando a transição.

Segundo a OMS (2015), a prematuridade é a principal causa de morte neonatal e a segunda principal causa de morte em crianças até aos cinco anos de idade. Os RNs prematuros são mais propensos a desenvolver maior risco de infeção, complicações respiratórias, problemas nutricionais e dificuldades na regulação da temperatura corporal.

A prematuridade é caracterizada por um momento de crise e vulnerabilidade familiar. Uma vez que, na maioria dos casos, o nascimento de um RN prematuro está associado ao internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

A hospitalização pode representar para os pais um período complicado e angustiante, imposto pela condição clínica do RN. São vários os aspetos que influenciam e dificultam a adaptação à parentalidade. Segundo Bassegio e colaboradores (2017), a separação e o

contacto com o meio hospitalar afetam o estabelecimento do vínculo afetivo entre os pais e o RN. O internamento hospitalar é fonte de stresse e sofrimento, uma vez que a relação e os cuidados ao RN são dificultados pelo ambiente da UCIN e pelos procedimentos de que o bebé necessita durante a sua estadia.

No âmbito do estágio Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade, realizado no serviço de internamento de Puerpério do CMIN, foram acompanhados alguns casos de puérperas com RNs prematuros internados na UCIN. Enquanto aluna do MESMO, notou-se alguma dificuldade na gestão desta situação, pelo que surgiu interesse em investigar quais as necessidades do casal e que intervenções de enfermagem poderiam facilitar o processo de transição para a parentalidade durante o internamento hospitalar do RN prematuro.

### 3.3.2. Metodologia

Uma vez definida a temática, seguiu-se a primeira e a mais importante etapa de uma revisão integrativa da literatura: a definição da questão de investigação. É necessário a formulação de uma questão de investigação apropriada, com estrutura lógica, simples e direta, de modo a aumentar a área de pesquisa de evidências literárias.

A estratégia PICO é utilizada para “*questões de naturezas diversas, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas ente outras*” (Santos, Pimenta & Nobre, 2007, p.2). Assim, recorreu-se ao auxílio da estratégia PICO para formular a questão de investigação. Segundo JBI (2017), a estratégia PICO contempla os conceitos “Paciente” (P), “Intervenção” (I), “Comparação” (C) e “Outcomes/resultados” (O).

Tendo por base a aplicação da estratégia PICO à temática em estudo, foi possível formular a seguinte questão de investigação: “Que intervenções de enfermagem facilitam o processo de transição para a parentalidade durante o internamento hospitalar do RN prematuro?”

A próxima etapa da revisão integrativa da literatura consiste na pesquisa de evidência científica relevante para a problemática em estudo. A pesquisa decorreu entre os meses de agosto e setembro de 2021. Para isso, procedeu-se à pesquisa de artigos através do motor de busca EBSCOhost Web, que contempla o acesso às seguintes bases de dados: Academic Search Complete; Business Source Complete; CINAHL; Complete Medline; CINAHL Plus with Full Text; ERIC; Library; Information Science & Technology Abstracts; MedicLatin; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News SPORTDiscus with Full Text; PubMed.

Após a elaboração da pergunta PICO, foram identificados os termos/palavras-chave para proceder a uma pesquisa criteriosa e rigorosa na base de dados. Para tal, recorreu-se ao MeSHbrowser para encontrar os descritores mais adequados para esta pesquisa, tendo surgido neste caso: “premature newborn”, “transition to parentality”, “hospitalization”, “hospital admission” e “nursing care”. Posteriormente, utilizando o operador booleano “AND” e “OR”, procedeu-se à combinação dos descritores selecionados.

A aplicação dos critérios de inclusão permitiu restringir a pesquisa, tornando-a mais objetiva. Relativamente aos critérios aplicados, consideraram-se os artigos publicados entre 2015 e 2021, escritos em português, inglês e espanhol, que abordassem intervenções realizadas apenas por enfermeiros e os estudos cuja amostra incluísse RNs prematuros internados em UCIN. A pesquisa permitiu encontrar um total de 202 artigos. Após a exclusão dos artigos repetidos, procedeu-se à seleção através da leitura dos seus títulos e resumos, restando apenas 25 artigos. No final, depois da leitura integral dos artigos, selecionaram-se os 6 artigos mais relevantes e que melhor se adequavam à questão de investigação.

### 3.3.3. Análise e discussão dos resultados

Feita a seleção dos artigos a incluir nesta revisão integrativa da literatura, estes foram submetidos a um processo de avaliação da qualidade metodológica e do nível de evidência científica. A classificação dos artigos foi feita tendo por base os níveis de evidência do JBI (2013). Dos estudos selecionados, um estudo encontra-se no nível de evidência 4b por se tratar de um estudo transversal descritivo, um estudo no nível 4c por se tratar de um estudo de caso e os restantes quatro estudos no nível de evidência 4d, uma vez que traduzem estudos descritivos exploratórios. Seguidamente, procedeu-se à colheita e análise de dados e de modo a sistematizar a informação obtida é apresentada no Quadro 1 - Análise dos Artigos.

Título/Autor(es)/Ano/Local da Publicação	Objetivos	Metodologia	Resultados	Nível de Evidência
<p><i>“Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro”</i></p> <p><b>Nelita Fernandes &amp; Ernestina Silva</b></p> <p>2015</p>	<p>Identificar os sentimentos vivenciados pelos pais perante o nascimento</p>	<p><b>Estudo descritivo exploratório</b></p> <p>Foi realizada uma entrevista semiestruturada a 12 pais que tiveram o</p>	<p>Os dados recolhidos traduzem as vivências dos pais e os acontecimentos que marcaram o internamento</p>	<p><b>4d</b></p>

Portugal	antecipado de um filho; Demonstrar a influência da hospitalização na adaptação à parentalidade.	filho internado numa UCIN e analisado o conteúdo.	hospitalar do RN prematuro. Da análise de conteúdo, emergiram 7 categorias: impacto do nascimento prematuro; sentimentos/emoções dos pais; parentalidade face à hospitalização de um filho; acontecimentos marcantes para os pais relacionados com o RN; apoio recebido pelos pais; opinião dos pais face à hospitalização; e aspetos institucionais a melhorar. Através da análise das 7 categorias, foi possível de perceber as experiências vivenciadas pelos pais e o impacto que o internamento hospitalar do RN tem sobre os mesmos. Relativamente ao papel do enfermeiro, estes devem adotar o modelo de parceria de cuidados, nunca descuidando a exigência dos cuidados globais e individualizados.	
<p><i>“Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo”</i></p> <p><b>Marly Veronez, Nataly Borghesan, Darci Corrêa &amp; Ieda Higarashi</b></p> <p>2017 Brasil</p>	Descrever o processo de construção do cuidar materno mediado pelo enfermeiro durante o período de internamento e alta hospitalar do RN prematuro.	<p><b>Estudo descritivo exploratório</b></p> <p>Foi entregue um diário e orientaram-se 7 mães a escrever todas as experiências vivenciadas (algo relacionado com o internamento, interações com a equipa de enfermagem ou</p>	Da análise dos dados recolhidos surgiram 3 categorias (vivenciando a chegada do RN prematuro, inserção e participação da mãe nos cuidados ao RN prematuro e expectativas da família face à alta hospitalar) que	4d

		<p>superação de vivências pela díade mãe-bebé) sempre que sentissem necessidade.</p>	<p>resumem a trajetória e o processo de adaptação das mães na prestação de cuidados aos RN prematuros.</p> <p>Para além disso, foi possível concluir que o enfermeiro tem um papel fundamental na assistência à mãe durante todo o internamento hospitalar, em particular na fase inicial e na preparação da alta, enfatizando o acolhimento e a orientação permanente para estratégias promotoras da autonomia materna.</p>	
<p><i>“Weathering the Storm: Mothers’ and fathers’ experiences of parenting a preterm infant”</i> Aisling O’Donovan &amp; Elizabeth Nixon 2019 Irlanda</p>	<p>Explorar as experiências dos pais e mães de RNs prematuros. Compreender a subjetividade das experiências dos pais, no contexto do nascimento de um prematuro, durante os primeiros 2 anos de vida.</p>	<p><b>Estudo transversal descritivo</b></p> <p>Foi conduzida uma entrevista semiestruturada a 7 mães e 6 pais de crianças que nasceram prematuras, com idade atual igual ou inferior a 2 anos.</p>	<p>Através da análise de conteúdo, emergiram 4 temáticas principais: o processo traumático do nascimento prematuro; a desconexão como efeito imediato; o “restabelecimento” da ligação com o filho prematuro; a transição para o domicílio.</p> <p>Este estudo demonstrou que os pais sentiram falta de suporte e apoio por parte da equipa da UCIN, sentindo que este era limitado.</p>	4b
<p><i>“Parents of Preterm Children narrate constructive aspects of their experiences”</i></p>	<p>Explorar como os pais de RNs prematuros expressam os aspetos</p>	<p><b>Estudo qualitativo descritivo</b></p> <p>Foi realizada uma entrevista a 24 mães e 17 pais de RNs</p>	<p>A análise deos dados permitiu organizar as experiências relatadas pelos pais em 6 categorias:</p>	4d

<p>Ulkira Widding, Bruno Hägglöf &amp; Aijaz Farooqi 2019 Suécia</p>	<p>construtivos da sua experiência pessoal e perceber como é ter um filho prematuro.</p>	<p>prematuros que relataram a sua experiência pessoal enquanto pais de RNs prematuros.</p>	<p>aceitação do facto de tudo não ter corrido como planeado; gratidão e reconsideração da situação; reavaliação dos relacionamentos íntimos; confiança na capacidade de lidar com a situação; gratidão pelo que tinham; abertura à exposição da situação e da partilha de experiências. A equipa da UCIN deve estar preparada para cuidar dos pais dos RNs prematuros, sendo possuidores de conhecimentos que podem auxiliar os pais não só a aprender a cuidar um do outro, como a encontrar estratégias e práticas familiares mais adequadas à sua situação e quotidiano, uma vez que um RN prematuro implica uma vivência diferente da esperada e preparada ao longo da gravidez.</p>	
<p><i>“Vivência de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal”</i> Denice Bassegio, Marta Dias, Simone Brusque, Tagma Donelli &amp; Patricia Mendes 2017 Brasil</p>	<p>Compreender como as mães e os respetivos bebês vivenciam o período de internamento na UCIN.</p>	<p><b>Estudo de casos</b> Trata-se de uma pesquisa qualitativa com estudo de casos múltiplos. Foi realizada uma entrevista semiestruturada a 3 mães de bebês prematuros, observado o processo clínico e a interação entre as respetivas duplas.</p>	<p>Através da análise de conteúdo, constatou-se que, a vivência do internamento hospitalar numa UCIN, interfere negativamente na separação da díade mãe-bebé e nos sentimentos vivenciados pela mãe. É possível concluir que o relacionamento das mães com a equipa de</p>	<p>4c</p>

			enfermagem é essencial para que possam vivenciar esta experiência de forma mais harmoniosa, sentindo-se mais envolvidas no processo de recuperação e na prestação de cuidados ao filho.	
<p><i>“Experiências maternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro”</i></p> <p>Karolina Silva, Nalú Kerber, Cleonara Silva, Marialda Christoffel, Evanilda Carvalho, Silvia Passos &amp; Luciano Santos 2019 Brasil</p>	Compreender a experiência materna face à hospitalização do RN prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	<p><b>Estudo descritivo exploratório</b></p> <p>Foi realizada uma entrevista a 13 puérperas com RN prematuros hospitalizados.</p>	Através da análise de conteúdo, foi possível perceber que a experiência materna, na UCIN, é marcada por sofrimento, medo e crenças negativas sobre a prematuridade. O enfermeiro tem um papel fulcral, na medida em que devem planejar intervenções que: possam amenizar os sentimentos/emoções sentidos pela mãe; possam envolver as mães nos cuidados e explicar-lhe os mesmos para que sintam mais confiança; e que promovam o conforto psicoemocional da puérpera, através do apoio e suporte social e familiar.	4d

**QUADRO 1:** Análise dos artigos

A análise dos artigos selecionados permitiu identificar os sentimentos/emoções e as experiências vivenciadas pelos pais, perante o nascimento de um filho prematuro e durante o seu respetivo internamento hospitalar. Segundo Fernandes & Silva (2015), o nascimento

de um RN prematuro traduz um momento de crise e vulnerabilidade familiar, uma vez que a imaturidade biológica e a fragilidade destes bebês têm consequências no processo de adaptação familiar, influenciando a ligação mãe/pai-filho e a vinculação. Também Widding, Hägglöf & Farooqi (2019) afirmam que o nascimento prematuro é para os pais um momento de elevado stresse e está associado a sentimentos de medo, preocupação, impotência e culpa. No estudo de O'Donovan & Nixon (2019) sobre as experiências de pais e mães que cuidaram do seu RN prematuro, o parto prematuro é descrito como um evento traumático para os pais. A rapidez do nascimento, a hospitalização do bebê, a alteração do papel dos pais e a ameaça da vida materna/neonatal são alguns dos fatores que contribuem para que os pais vivenciem o momento do nascimento como sendo traumatizante.

A chegada de um filho prematuro altera profundamente as dinâmicas familiares e os relacionamentos pessoais, dado que os pais estão a vivenciar o luto do filho imaginado. As fantasias e representações sobre o filho idealizado começam ainda antes e durante a gravidez. Com o nascimento de um bebê prematuro, os pais passam por um processo de luto do mesmo, sendo que esta situação pode dificultar a ligação e vinculação com o RN (Bassegio et al., 2017; Fernandes & Silva, 2015; Veronez, Borghesan, Corrêa & Higarashi, 2017).

Relativamente à experiência e ao desempenho do papel parental, estes são significativamente diferentes quando comparados os pais de RNs de termo com os pais de RNs prematuros. A prematuridade parece estar associada ao atraso na transição para a parentalidade, uma vez que os bebês são inicialmente cuidados pela equipa de enfermagem (O'Donovan & Nixon, 2019). Verificou-se também que o desempenho do papel parental está marcado por uma ambivalência de sentimentos, em que os pais lidam diariamente com sentimentos de culpa, podendo sentir-se responsáveis pela prematuridade, ao mesmo tempo que lidam com a ansiedade provocada pela evolução clínica, celebrando também as pequenas vitórias que os seus filhos vão alcançando (Bassegio et al., 2017; Fernandes & Silva, 2015).

Frequentemente o PPT está associado à hospitalização do RN prematuro na UCIN. O internamento do filho constitui para os pais uma experiência difícil, desafiante e angustiante, na medida em que a relação e os cuidados iniciais ao RN, são agora dificultados pela sua presença na unidade hospitalar e pelos procedimentos a que o bebê poderá ser sujeito. Adicionalmente, a vivência da separação do bebê, o medo da doença, o ambiente hospitalar, a incerteza quanto à evolução clínica do bebê e sobre a sua sobrevivência parecem ser fatores que dificultam a aceitação do internamento (Bassegio et al., 2017; Veronez et al., 2017). A separação do RN está associada a um distanciamento imposto pelo internamento e aos internamentos longos, não só pela separação física, como também pela sensação de perda do filho (Veronez et al., 2017; Widding et al., 2019).

A UCIN representa para os pais um ambiente assustador, pela presença dos equipamentos e dos aparelhos tecnológicos para suporte terapêutico, usadas pelos enfermeiros, nos casos

de RN prematuro. No estudo de Silva e colaboradores (2019), a realização de procedimentos invasivos contribuiu para aumentar o sofrimento das puérperas durante os dias de internamento, dado que se sentiam impotentes, apreensivas pelo estado de saúde do bebé e com medo do prognóstico clínico. Este facto decorre da crença de que a utilização destes recursos, assim como a realização de procedimentos invasivos está relacionada com o agravamento da condição clínica do RN prematuro.

De igual modo, as características do RN prematuro impressionam os pais, uma vez que este não corresponde às expectativas criadas ao longo da gravidez. Este fator interfere na formação do vínculo afetivo (Fernandes & Silva, 2015; O'Donovan & Nixon, 2019; Veronez et al., 2017).

No seu estudo, O'Donovan & Nixon (2019) refletem sobre os sentimentos de desconexão da identidade parental após o PPT. A desconexão emocional é descrita como uma estratégia de *coping* usada pelos pais para lidar com o evento traumático. Os pais entrevistados neste estudo referiram que encontraram barreiras físicas, como a limitação do seu papel parental na UCIN, o facto de terem de pedir permissão, na UCIN, para tocarem, interagirem e cuidarem do filho e o facto de não serem o seu principal cuidador, sentindo que esse papel pertencia aos enfermeiros. Contudo, no mesmo estudo, é também abordado o comportamento de superproteção parental associado à reconexão com o RN. O contacto físico e o envolvimento na prestação de cuidados traduziam para os pais uma experiência muito significativa, na medida em que proporcionava segurança e parecia ser um ponto de viragem na conexão com os seus filhos.

Os estudos consultados refletem também sobre os fatores facilitadores para a adaptação e a transição para a parentalidade face ao RN prematuro. Era transversal a todos que a parceria de cuidados entre a equipa de enfermagem/pais e a participação dos pais nos cuidados ao RN promoviam não só a ligação mãe/pai-filho e a vinculação, como também envolvia os pais no processo de recuperação do RN, além de que os pais apresentavam níveis mais elevados de satisfação e, conseqüentemente, ajudava a diminuir sentimentos como o stresse, o medo e a angústia.

Segundo Fernandes & Silva (2015), o apoio familiar, o apoio da equipa de enfermagem e a evolução clínica favorável são alguns dos aspetos descritos como facilitadores no processo de transição. Já Bassegio e colaboradores (2017) descrevem como um aspeto facilitador um ambiente na UCIN que normalize o funcionamento familiar. Todos estes fatores referidos parece terem um impacto significativo na diminuição da ansiedade e do stresse sentido pelos pais.

Nos seus estudos, Silva e colaboradores (2019) e Widding e colaboradores (2019) referem o toque ao RN como um aspeto facilitador e fundamental no processo de transição. A possibilidade de ter acesso livre, tocar diariamente e interagir com o RN promovia sentimentos/emoções de alegria e esperança nas mães e nos pais.

A partilha de experiências pessoais com outros pais que vivenciaram situações semelhantes é abordada no estudo de Widding e colaboradores (2019), sendo identificada como um aspeto facilitador durante a transição para a parentalidade. Segundo estes autores, esta partilha de experiências permitiu aos pais identificarem-se uns com os outros, ouvirem outras perspetivas e aprenderem a lidar com várias pessoas.

Por último, mas não menos importante, ter conhecimento do estado clínico, dos procedimentos executados e dos equipamentos utilizados nos cuidados ao RN parecia também diminuir a ansiedade sentida pelos pais, visto que se sentiam mais envolvidos no processo de saúde/doença do filho prematuro (Bassegio et al., 2017).

É possível constatar que a intervenção dos enfermeiros, em particular do EEESMO, pode ser significativa no processo de adaptação e na transição para a parentalidade face a um RN prematuro. A admissão hospitalar do RN prematuro na UCIN altera a dinâmica familiar e os relacionamentos pessoais, pelo que o internamento é um momento extremamente desafiador e desgastante (Bassegio et al., 2017; O'Donovan & Nixon, 2019).

Cabe ao enfermeiro, implementar uma prática de cuidados humanizados que proporcionem uma maior proximidade entre pais e bebés, ajudando os pais, através de cuidados individualizados, a desenvolverem competências e estratégias para lidarem e cuidarem do RN prematuro.

As boas práticas de enfermagem orientam para o processo de acolhimento e integração dos pais. Acolher os pais no momento de hospitalização e informar sobre as rotinas/estruturas do serviço facilita o seu processo de integração, minimiza as dificuldades provocadas pelo internamento hospitalar e orienta quanto à prestação de cuidados ao RN no domicílio (Fernandes & Silva, 2015). No estudo de Veronez e colaboradores (2017), a chegada das mães à UCIN é vista pela equipa de enfermagem, como um momento de extrema delicadeza, pelo que é necessário ambientá-las para vivenciarem essa experiência da forma menos traumática possível, diminuindo os seus medos e esclarecendo todas as suas dúvidas.

No seu estudo exploratório-descritivo, Fernandes & Silva (2015) referem que é da competência do enfermeiro apoiar os pais no momento de crise e a enfrentá-lo, assim como apoiar os pais a conhecerem, entenderem e aceitarem o seu filho. O mesmo estudo refere, ainda, que compete ao enfermeiro propiciar condições para que os pais se sintam aptos para prestarem cuidados ao RN e, posteriormente, estabelecerem uma parceria de cuidados com os pais. A parceria de cuidados é emergente na medida em que não só promove a vinculação, como permite capacitar os pais para cuidarem do filho em casa.

Veronez e colaboradores (2017) reforçam, igualmente, a importância de o enfermeiro inserir a mãe nos cuidados ao RN e do estabelecimento da parceria de cuidados. No estudo de Silva e colaboradores (2019), o envolvimento da mãe nos cuidados ao RN permitiu fortalecer o

vínculo entre os ambos e ajudar a mãe a ultrapassar os medos e os sentimentos negativos associados ao internamento hospitalar.

A transmissão de más notícias constitui um momento muito exigente para o enfermeiro. O profissional deve ter habilidade e sensibilidade na escolha das palavras, de modo a evitar destruir as expectativas criadas pelos pais em relação à evolução do filho (Veronez et al., 2017).

A experiência do país na UCIN é marcada por sofrimento, sendo fundamental que o enfermeiro providencie suporte emocional ao casal, com o objetivo de amenizar este sentimento e as suas implicações ao longo da estadia na unidade (Silva et al., 2019).

Os resultados do estudo de O'Donovan & Nixon (2019) sugerem que os pais beneficiariam se fossem informados pelos profissionais de saúde sobre a experiência traumática a que o PPT pode estar associado. Para além disso, ressaltam a importância de monitorizar o bem-estar e a saúde mental dos pais durante a hospitalização do filho.

Por fim, o estudo de Widding e colaboradores (2019) reflete sobre a importância de os profissionais de saúde informarem e orientarem os pais para grupos de apoio, permitindo assim partilha de experiências e o apoio mútuo. Permitir-lhes-á, ainda, perceberem como as famílias com RNs prematuros são diferentes, pois precisam de alguns cuidados diferenciados e assim os enfermeiros podem ajudar os pais a desenvolver estratégias e práticas familiares que se adequem ao seu caso particular e ao seu dia-a-dia.

#### **3.3.4. Conclusão**

Podemos dizer que a hospitalização interfere no processo de adaptação e na transição para a parentalidade, uma vez que interfere no desenvolvimento da ligação mãe/pai-filho, da vinculação, e provoca sentimentos/emoções ambivalentes nos pais, predominando sentimentos negativos. Devido à hospitalização, o papel parental está comprometido, dado que os pais se sentem impotentes e incapazes de dar resposta às necessidades do RN.

Os enfermeiros têm o importante papel de promover a proximidade entre os pais/bebé, através da parceria de cuidados, contribuindo para o alívio do stresse familiar e ajudando os pais a adaptar-se ao RN prematuro.

Existem intervenções de enfermagem, transversais a todas as áreas de cuidar, que embora simples têm grande impacto na adaptação face a um internamento inesperado: o

acolhimento na UCIN, a informação sobre as rotinas e a estrutura do serviço e o apoio/suporte emocional.

Quanto às intervenções específicas, adequadas para facilitar a transição para a parentalidade, face a um RN prematuro, salientam-se: apoiar os pais na vivência do momento de crise; apoiar os pais a conhecerem, entenderem e aceitarem o RN prematuro; facilitar condições para os pais prestarem cuidados ao RN prematuro; estabelecer uma parceria de cuidados; informar/orientar para a existência de grupos de apoio.

Apesar de nos estudos analisados se encontrar alguma reflexão sobre *coping*, sobre os significados dificultadores e ainda as características do RN prematuro, não foram identificadas intervenções específicas da prática de enfermagem. Embora a parceria de cuidados, entre enfermeiros e pais, seja um dos principais temas abordados nos estudos analisados, nenhum deles reflete sobre a importância do desenvolvimento das competências parentais. Estas foram, por isso, algumas das lacunas identificadas e que ficaram por colmatar.

Assim, conclui-se que o EEESMO, apesar de não estar diretamente na UCIN, acompanha e assiste a puérpera durante o seu internamento no Puerpério, tendo um papel fundamental face à adaptação parental. As intervenções implementadas, apesar de limitadas, facilitam a transição para a parentalidade, face ao RN prematuro, na medida em que foram observadas melhorias significativas após a sua implementação.



## ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

A realização do Estágio de natureza profissional constituiu um importante marco pessoal na formação acadêmica, na medida em que permitiu a aquisição e o desenvolvimento das competências preconizadas pela OE juntamente com a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Durante o estágio foi possível prestar cuidados a mulheres em diferentes contextos clínicos, que proporcionaram uma rica e diversificada experiência de aprendizagem, desde o acompanhamento da grávida saudável e de baixo risco ou da gestante com complicações a necessitar de internamento para vigilância e manutenção da gravidez, no decorrer do TP, do parto e do nascimento, bem como durante o puerpério da mulher e os primeiros dias de vida do RN.

O processo de aprendizagem, enquanto estudante do MESMO, foi supervisionado e teve por base a implementação de cuidados de enfermagem de qualidade, alicerçados pela evidência científica mais atual. Contudo, algumas das intervenções relatadas nos capítulos anteriores foram desenvolvidas segundo protocolos em vigor na instituição, à data da realização dos respetivos estágios.

Relativamente ao estágio desenvolvido no âmbito da gravidez com complicações, este possibilitou o contacto com diversas patologias do foro obstétrico, exigindo um maior conhecimento e estudo. Contudo, as intervenções implementadas eram comuns à maioria das patologias, o que facilitou o desenvolvimento e aquisição de competências nesta área.

Ainda no âmbito deste estágio, poderia ter desenvolvido algumas intervenções em grupo sobre temas relativos à preparação para o parto e para a parentalidade, porém, a realização deste género de atividades estava limitada devido à pandemia da Covid-19, bem como pela falta de estrutura física do serviço.

Uma das dificuldades mais sentidas neste estágio foi na intervenção junto de mulheres que foram submetidas a IMG. Enquanto estudante constatou-se alguma dificuldade em perceber quais as verdadeiras necessidades da mulher/casal e quais as intervenções que facilitavam o seu processo de luto. Assim, recorreu-se à bibliografia mais atual para procurar colmatar estas lacunas e tentar contribuir de forma significativa para ajudar a mulher/casal a lidar com a perda gestacional.

Já o estágio desenvolvido no âmbito do TP e Parto demonstrou ser o mais desafiante. Ao contrário dos serviços de internamento, o núcleo de partos demonstrou ser um serviço que não pode ser caracterizado por rotinas, uma vez que a imprevisibilidade associada à admissão de parturientes e à evolução do TP não o permitia. A execução de 40 partos eutócicos, bem como a assistência de 17 partos distócicos permitiu a implementação de diferentes intervenções, consoante o desenrolar do TP. Para além disso, permitiu constatar que o envolvimento da mulher através da discussão, validação e valorização das suas escolhas, contribuía para uma experiência de parto positiva.

Numa fase inicial, as principais dificuldades sentidas relacionaram-se com a execução da técnica de TP e com realização da episiotomia, sendo que os primeiros partos, episiotomias e episiorrafias apesar de serem sempre supervisionados e acompanhados pela EEESMO tutora, foram realizados sob alguma insegurança, uma característica comum associada ao processo de aprendizagem. Na fase final deste estágio, foi possível presenciar um caso de morte neonatal. Este caso permitiu, acima de tudo, a aprendizagem da gestão das emoções pessoais.

Quanto ao estágio desenvolvido no âmbito do Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade, distinguiu-se o papel do EEESMO, não só na vigilância da puérpera e do RN, como também no apoio à mulher/casal no desenvolvimento das competências parentais. Destacou-se a amamentação como a principal competência parental a ser desenvolvida junto da puérpera, contribuindo para o seu sucesso.

A falta de experiência profissional, no contexto da prática clínica, foi uma das principais dificuldades sentidas no início de cada um dos estágios realizados. Todavia, o apoio e o incentivo por partes das enfermeiras tutoras dos respetivos serviços foi fundamental no processo de desenvolvimento e aquisição de competências, assim como o estudo diário das temáticas envolventes.

Segundo a Lei n.º 26/2017, de 30 de maio, a obtenção do título profissional de EEESMO, reconhecido pela OE, preconiza um conjunto de experiências clínicas mínimas obrigatórias, entre as quais: realização de consultas de grávidas e de 100 exames pré-natais; assistência a 40 grávidas em situação de risco; assistência a pelo menos 40 parturientes; realização de 40 partos eutócicos, número que poderá ser reduzido para 30, no caso de faltarem parturientes, na condição de participar em mais 20 partos assistidos; participação ativa em partos de apresentação pélvica, no caso da sua impossibilidade, deverá ser realizado parto simulado em contexto formativo; prática de episiotomia e episiorrafia de feridas resultantes de episiotomia ou laceração perineal; assistência e cuidados (incluindo exames) a pelo menos 100 puérperas e recém-nascidos; vigilância e cuidados a puérperas e recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais; cuidados a mulheres que apresentem patologias do foro ginecológico/obstétrico.

Ao longo do estágio foi possível cumprir todos os critérios preconizados na Lei n.º 26/2017, sendo que houve a possibilidade de participar ativamente em dois partos pélvicos, para além da prática simulada.

As experiências clínicas ao longo do estágio foram registadas em impresso próprio, e, posteriormente, foram validadas pela enfermeira tutora no mesmo documento. Na Tabela 1 - Registo global das experiências clínicas obrigatórias sintetiza-se o número de experiências vivenciadas ao longo do Estágio de natureza profissional.

Grávidas		Parturientes							Puérperas e Recém-Nascidos			
Assistência Pré-Natal (100)	Com Complicações (40)	Assistência Intra Parto (40)		Partos Executados (40)			Partos Colaborados		Puérperas (100)		Recém-Nascidos (100)	
		BR	R	E	SE	S	P	O	BR	R	BR	R
182	117	40	17	3	37	24	2	15	86	16	81	21

**TABELA 1:** Registo global das experiências clínicas obrigatórias (BR - Baixo Risco; R - Risco; E - Episiotomia; SE - Sem Episiotomia; S - Suturas/Episiorrafias; P - Pélvico; O - Outras)



## CONCLUSÃO

Através da elaboração deste relatório de estágio possibilitou refletir de forma crítica acerca do percurso formativo, enquanto estudante do MESMO, durante este último ano letivo. Este documento espelha todas as atividades experienciadas e desenvolvidas ao longo da prática clínica supervisionada, tendo por base a mais atual evidência científica.

A realização do estágio implicou três áreas de intervenção distintas: Gravidez com Complicações, TP e Parto e Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade, permitindo o desenvolvimento e a aquisição de competências específicas do EEESMO. Podemos dizer que todos os objetivos propostos foram atingidos com sucesso, sendo cumpridos todos os requisitos necessários para a atribuição do título de EEESMO, conforme preconiza a Lei n.º 26/2017.

Ao longo do estágio foram sempre priorizados os cuidados de enfermagem humanizados, adequados às necessidades de cada mulher/casal, com o objetivo primordial de a/os empoderar na tomada de decisão de forma consciente, livre e informada.

Devido aos conhecimentos e competências alargadas, o EEESMO representa o profissional mais habilitado, na área da saúde materna e obstétrica, para apoiar e assistir a mulher/casal no processo de adaptação e transição para a parentalidade.

Apesar de todas as dificuldades sentidas, ao longo do ano letivo, em conciliar a vida pessoal com a vida académica e profissional, a motivação e o empenho para atingirem os objetivos estiveram sempre presentes. Assim, terminado este percurso, surge uma sensação de dever cumprido, associada à concretização de um projeto pessoal.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alleemudder, D., Kuponiyi, Y., Kuponiyi, C., McGlennan, A., Foutain, S. & Kasivisvanathan, R. (2015). Analgesia for labour: an evidence-based insight for the obstetrician. *The Obstetrician & Gynaecologist*, Vol.17, p.147-155. DOI:10.1111/tog.12196 Disponível em: [https://elearning.rcog.org.uk/sites/default/files/Obstetric%20analgesia%20and%20anaesthesia/2015\\_Alleemudder\\_TOG.pdf](https://elearning.rcog.org.uk/sites/default/files/Obstetric%20analgesia%20and%20anaesthesia/2015_Alleemudder_TOG.pdf)

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). *Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth*. Disponível em: [https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth?utm\\_source=redirect&utm\\_medium=web&utm\\_campaign=otn](https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth?utm_source=redirect&utm_medium=web&utm_campaign=otn)

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Practice Bulletin No. 209: Obstetric Analgesia and Anesthesia. *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 133, 3, p.208-225. Disponível em: <https://www.zdrav.by/pdf/1167.pdf>

American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). Practice Bulletin No. 198: Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery, Vol. 132, p.87-102. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30134424/>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 128, 4, p. 155-164. Disponível em: [https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2016/10000/Practice\\_Bulletin\\_No\\_\\_171\\_Management\\_of\\_Preterm.61.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2016/10000/Practice_Bulletin_No__171_Management_of_Preterm.61.aspx)

Anim-Somuah, M., Smyth, R., Cyna, A. & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus Non-Epidural or No Analgesia for Pain Management in Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, 5, CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub4. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000331.pub4/full?cookiesEnabled>

Antoniuzzi, M., Siqueira, A., & Farias, C. (2019). Aspectos Psicológicos de uma Gestação de Alto Risco em Primigestas Antes e Depois do Parto. *Pensando Famílias*, 23 (2), pp.191-207. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v23n2/v23n2a15.pdf>

Apriani, A., Herfanda, E. & Utami, F. (2020). The Effectivity of Birth Ball Exercise on Labor: A Systematic Literature Review. *Advances in Health Sciences Research*, Vol. 24, p. 189-194. DOI: 10.2991/ahsr.k.200311.037 Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/340380351\\_The\\_Effectivity\\_of\\_Birth\\_Ball\\_Exercise\\_on\\_Labor\\_a\\_Systematic\\_Literature\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/340380351_The_Effectivity_of_Birth_Ball_Exercise_on_Labor_a_Systematic_Literature_Review)

Arnold, M., Sadler, K. & Leli, K. (2021). Obstetric Lacerations: Prevention and Repair. *American Academy of Family Physicians*. Disponível em: <https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/journals/afp/Arnold.pdf>

Assembleia da República (2007). Lei n.º 16/2007 de 17 de abril. *Diário da República*, n.º 75, 1.ª Série. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/519464>

Bassegio, D., Dias, M., Brusque, S., Donelli, T. & Mendes, P. (2017). Vivências de Mães e Bebês Prematuros durante a Internação Neonatal. *Temas em Psicologia*, Vol. 25, n.º 1, p.153-167. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n1/v25n1a10.pdf>

Benedett, A., Silva, I., Ferraz, L., Oliveira, P., Fragoso, E., & Ourique, J. (2014). A dor e desconforto na prática do aleitamento materno. *Cogitare Enfermagem*, p.136-140. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483647660020.pdf>

Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S. & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, Vol. 19, p. 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0> Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-019-2620-0.pdf>

Bohren, M., Hofmeyr, G., Sakala, C., Fukuzawa, R., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017*, 7, CD003766. Doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6 Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/informati#versionTable>

Brito, A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - Uma teoria explicativa*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Disponível em: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese\\_alicebrito\\_reconstrucao\\_autonomia\\_autocuidado.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese_alicebrito_reconstrucao_autonomia_autocuidado.pdf)

Calais-Germain, B. & Vives, N. (2007). *Parir en Movimiento. Las Movilidades De La Pélvis En El Parto*. La Liebre de Marzo: Espanha.

Cardoso, A., Paiva e Silva, A. & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, N.º 4, p. 11-20. Disponível em: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2486&id\\_revista=24&id\\_edicao=77](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2486&id_revista=24&id_edicao=77)

Cardoso, A. M. (2011). *Tornar-se Mãe, Tornar-se Pai - Estudo Sobre a Avaliação das Competências Parentais*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Disponível em: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae\\_tornarse%20pai\\_Estudo%20sobre%20avaliacao%20competencias%20parentais.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornarse%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20competencias%20parentais.pdf)

Cicek, S. & Basar, F. (2017). The Effects of Breathing Techniques Training on the Duration of Labor and Anxiety Levels of Pregnant Women. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, p. 1-17. DOI: 10.1016/j.ctcp.2017.10.006. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/320481566\\_The\\_effects\\_of\\_breathing\\_techniques\\_training\\_on\\_the\\_duration\\_of\\_labor\\_and\\_anxiety\\_levels\\_of\\_pregnant\\_women](https://www.researchgate.net/publication/320481566_The_effects_of_breathing_techniques_training_on_the_duration_of_labor_and_anxiety_levels_of_pregnant_women)

Clode, N., Jorge, C. C., & Graça, L. M. (2016). *Normas de Atuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Santa Maria*. 3ª Edição. Lisboa: Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia.

Coca, K. & Abrão, A. (2008). Avaliação do efeito da lanolina na cicatrização dos traumas mamilares. *Acta Paul Enferm*, Vol. 21, p.11-16. Disponível em: <https://www2.unifesp.br/acta/pdf/v21/n1/v21n1a2.pdf>

Couto, C. & Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermaria Global*, Nº47, p. 552-563. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt\\_1695-6141-eg-16-47-00539.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt_1695-6141-eg-16-47-00539.pdf)

Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, B. R. & Marks, S. (2010). *Enfermagem Baseada em Evidências: Uma Introdução*. Porto Alegre: Artmed.

Dias, C. (2012). Vigilância pré-natal e decisão do parto. *Nascer e Crescer: Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, Vol XXI, n. °3, pp. S159-S166. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/nas/v21n3/v21n3a12.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2021). *Orientação n.º 018/2020 atualizada a 20/04/2021. COVID-19: Gravidez e Parto*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Orientação\\_018\\_2020\\_act\\_20\\_04\\_2021.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Orientação_018_2020_act_20_04_2021.pdf)

Direção Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). Orientação n.º 001/2015. Trabalho de Parto Estacionário. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). Orientação n.º 002/2015. Indução do trabalho de parto. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>

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

Dodd, J. M., Jones, L., Flenady, V., Cincotta, R., & Crowther, C. A. (2013). Prenatal Administration of Progesterone for Preventing Preterm Birth in Women Considered to be at Risk of Preterm Birth (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, 7, CD004947. Doi: 10.1002/14651858.CD004947.pub3. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004947.pub3/epdf/full>

Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p. 308-320). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, LDA.

Favalina, L. P., Oliveira, R. R., Melo, E. C., Varela, P. L., & Mathias, T. A. (2017). Hospitalização Durante a Gravidez Segundo Financiamento do Parto: Um Estudo de Base Populacional. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, pp. 1-8. disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017032403317>

Fernandes, N. & Silva, E. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, n. °4, p.107-115. Disponível em: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2496&id\\_revista=24&id\\_edicao=77](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2496&id_revista=24&id_edicao=77)

Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto. In Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p. 353-366). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, LDA.

Francisco, A., Oliveira, S., Steen, M., Nobre, M., & Souza, E. (2018). Ice pack induced perineal analgesia after spontaneous vaginal birth: Randomized controlled trial. *Women Birth*, p.334-340. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29337008/>

Gallo, R., Santana, L., Marcolin, A., Ferreira, C., Duarte, G. & Quintana, M. (2011). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Feminina*, vol. 39, N. °1, p.43-48. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>

Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal (5ª Edição Atualizada)*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, LDA.

Gonçalves, A., Parreira, V. & Coutinho, E. (2019). A eficácia da crioterapia no períneo para alívio da dor no pós-parto. *Investigação Qualitativa em Saúde*, vol.2, p.1655-1664. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2396>

Gupta, J., Sood, A., Hofmeyr, G. & Vogel, J. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017,

5, CD002006. Disponível em:  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub4/full?cookiesEnabled>

Gungorduk, K., Olgaç, Y., Gulseren, V. & Kocaer, M. (2018). Active management of the third stage of labor: A brief overview of key issues. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 15, p. 188-192. Disponível em: [http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article\\_19544/tjod-15-188-En.pdf](http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_19544/tjod-15-188-En.pdf)

Huang, J., Zang, Y., Ren, L., Li, F. & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International Journal of Nursing Sciences*, Vol. 6, p. 460-467. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2352013219301309?token=8A365D78160B718E182DC06A318DB74E7918CEEE72C4187187BDFE7978BF44D0EF2B6F40E4B4F13AC19FBF13692EB24A&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210905192158>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2010). *Diagnóstico Precoce*. Disponível em:  
<http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/DiagnosticoPrecoce/Paginas/diagnosticoprecoce.aspx>

Joanna Briggs Institute. (2013). JBI Levels of Evidence FAME. *JBI Approach*, p. 2-6.

Koch, M. C. (2014). *Ultrapassar a Perda Involuntária da Gravidez: Um Modelo de Intervenção de Enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18293>

Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15:251, p. 1-8. Disponível em:  
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-015-0683-0.pdf>

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, J., & Styles, C. (2013). Maternal Positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*, 10, CD003934. Doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4. Disponível em:  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/epdf/full?cookiesEnabled>

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. *Comité Português para a UNICEF: Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. Disponível em:  
<https://www.unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Lodge, F. & Haith-Cooper, M. (2016). The Effect of Maternal Position at Birth on Perineal Trauma: A Systematic Review. *British Journal of Midwifery*, Vol. 24, p. 172-180. DOI:

10.12968/bjom.2016.24.3.172.

Disponível

em:

<https://www.semanticscholar.org/paper/The-effect-of-maternal-position-at-birth-on-trauma%3A-Lodge-Haith-Cooper/4265a1f8acb90c6ff1a452764f3c44e0e28e0cb7>

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.

Mendes, K., Silveira, R. & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Vol. 17, n. °4, p.758-764. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>;

Montenegro, N. R. (2014). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3, XXV, p.399-413.

Disponível

em:

<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/15736/1/Adapta%20parental%20ao%20nascimento%20de%201%20filho%20%28Moura-Ramos%2c%202007%29.pdf>

Nascimento, T., Jesus, U., Silva, L., Pinto, K. & Menezes, M. (2020). Uso da lanolina para tratamento de fissura mamilar em puérperas. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, vol. 6, p.43-56.

Disponível

em:

<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/7705/3866>

Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A. A., & Canavarro, M. C. (2010). Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional. *Revista Peritia*, 3, p. 37-46. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14322/1/Avalia%20e%20interven%20psicol%20na%20perda%20gestacional.pdf>

Neto, A., Córdoba, J., & Peraçoli, J. (2011). Etiologia da Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU). *Revista Comunicação em Ciências da Saúde*, 22, p. S21-S30. Disponível em: [https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/artigos/etiologia\\_restricao\\_crescimento.pdf](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/artigos/etiologia_restricao_crescimento.pdf)

Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, LDA.

O'Donovan, A. & Nixon, E. (2019). "Weathering the storm:" Mothers' and fathers' experiences of parenting a preterm infant. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 40, p.573-587. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/imhj.21788>

Oliveira, D., & Mandú, E. (2015). Mulheres com Gravidez de Maior Risco: Vivências e Percepções de Necessidades e Cuidado. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19 (1), p. 93-101. Doi: 10.5935/1414-8145.20150013 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Zmx4qBMrpVCywS6kMWY7bFw/?format=pdf&lang=pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Parecer N.º 7/2012: Plano de Parto. *Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO\\_Parecer\\_7\\_2012\\_Plano\\_de\\_parto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Promover e Aplicar Medidas Não Farmacológicas no Alívio da Dor no Trabalho de Parto e Parto. *Projeto MCEESMO-OE: Maternidade com Qualidade*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Medidasnaofarmacologicas\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento Das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República - Regulamento n.º 391/2019, 85 (2ª Série)*. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

Ordem dos Médicos (2021). Repouso no leito em grávidas com gravidez gemelar, restrição do crescimento fetal, antecedentes de aborto, risco de parto pré-termo ou doença hipertensiva. *Colégio da Especialidade de Ginecologia-Obstetrícia da Ordem dos Médicos*. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/repouso-no-leito-em-gravidas-com-gravidez-gemelar-restricao-do-crescimento-fetal-antecedentes-de-aborto-risco-de-parto-pre-termo-ou-doenca-hipertensiva/>

Organização Mundial de Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120082/WHO\\_RHR\\_14.20\\_por.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120082/WHO_RHR_14.20_por.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Pedrolo, E., Danski, M. T. R. D., Mingorance, P., Lazzari, L. S. M., Méier, M. J. & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enferm*, 14(4), p. 760-763. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16396>

Pedrosa, K., Oliveira, I., Feijão, A. & Machado, R. (2015). Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. *Cogitare Enferm*, 20 (4), p. 733-741. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1128/40768-166899-1-pb.pdf>

Pereira, D., Magalhães, A., Jesús, N., & Trajano, A. (2014). Restrição de Crescimento Intrauterino. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, Vol. 13, n. 03, p. 32-39. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/viewFile/12135/9978>

Rodrigues, M. C. (2012). Etiologia. *Nascer e Crescer: Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, Vol. XXI, n. 03, p. S156-S158. Disponível em: <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1400/1/v21n3a11.pdf>

Santos, C. M. C., Pimenta, C. A. M., & Nobre, M. R. C. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 15(3). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=pt&format=pdf>

Schardosim, J., Rodrigues, N. & Rattner, D. (2018). Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento. *Av. Enferm*, Vol. 36, p. 197-208. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-973964?src=similardocs>

Senol, D. & Alsan, E. (2017). The Effects of Cold Application to the Perineum on Pain Relief After Vaginal Birth. *Asian Nursing Research*, 11, p.117-122. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29290275/>

Silva, K., Kerber, N., Gomes e Silva, C., Christoffel, M., Carvalho, E., Passos, S. & Santos, L. (2019). Experiências maternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Rev Soc Bras Enferm Ped*, vol, 19, n. °1, p.7-15. Disponível em:

[https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/2238-202X-sobep-19-1-0007/2238-202X-sobep-19-1-0007.x48393.pdf](https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-19-1-0007/2238-202X-sobep-19-1-0007.x48393.pdf)

Silva, M. (2018). *Intervenções de Enfermagem em Contexto Hospitalar Facilitadoras do Processo de Luto Após Perda Gestacional*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/27967>

Simkin, P., Hanson, L. & Anceta, R. (2017). *The Labor Progress Handbook*. 4ª Edição: Willey Blackwell.

Smyth, R., Alldred, S. & Markham, C. (2013). Amniotomy for Shortening Spontaneous Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*, 1, CD006167. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub3. Disponível em:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub3/epdf/full?cookiesEnabled>

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2020). Tradução Portuguesa das Guidelines de 2018 da ESH/ESC para o tratamento da Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, n. °76, p. 66-69. Disponível em:

[https://www.sphta.org.pt/files/revista\\_76\\_2020\\_0304\\_supl.pdf](https://www.sphta.org.pt/files/revista_76_2020_0304_supl.pdf)

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). Consenso Clínico. *Restrição de Crescimento Fetal*. Disponível em:

<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/Consenso-RCF.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). Consenso Clínico. *Icterícia Neonatal*.

Disponível em: [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia\\_neonatal.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf)

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). Consenso Clínico. *Rastreamento e Prevenção da Doença Perinatal Causada Pelo Streptococcus Agalactiae*. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-StreptoB.pdf>

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2018). Normas de Orientação Clínica SPOMMF. *Corticoterapia para Maturação Pulmonar Fetal*. Disponível em: <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/01/Corticoterapia-para-Maturação-Fetal-Pulmonar.pdf>

Sousa e Silva, C. & Carneiro, M. (2018). Pais pela primeira vez: aquisição de competências parentais. *Acta Paul Enferm*, 31, 4, p. 366-373. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/fPjqLYzfxngJNKgmfgWwFfk/?lang=pt>

Veronez, M., Borghesan, N., Corrêa, D. & Higarashi, I. (2017). Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38 (2), p.1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/qcc5DQtFFpSHjwdggWntS6j/?format=pdf&lang=pt>

Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Moller, A., Watananirun, K., Bonet, M., & Lumbiganon, P. (2018). The Global Epidemiology of Preterm Birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Vol. 52, p. 1-10. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003> Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/324786752\\_The\\_global\\_epidemiology\\_of\\_preterm\\_birth](https://www.researchgate.net/publication/324786752_The_global_epidemiology_of_preterm_birth)

Yang, L., Yi, T., Zhou, M., Xu, X., Sun, Q., Lin, X., Li, J. & Meng, Z. (2020). Clinical Effectiveness of Position Management and Manual Rotation of the Fetal Position with a U-Shaped Birth Stool for Vaginal Delivery of a Fetus in a Persistent Occiput Posterior Position. *Journal of International Medical Research*, Vol. 48, p. 1-9. DOI: 10.1177/0300060520924275. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7273577/pdf/10.1177\\_0300060520924275.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7273577/pdf/10.1177_0300060520924275.pdf)

Widding, U., Hägglöf, B. & Farooqi, A. (2019). Parents of preterm children narrate constructive aspects of their experiences. *Journal of Clinical Nursing*, p.1-9. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14948>

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for positive childbirth experience*. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

World Health Organization. (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Disponível em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf?sequence=1)

Zimmermann, J., Nunes, T., Pereira, M. & Duarte, A. (2018). Infecção em cicatriz de cesariana: revisão da literatura e relato de caso. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 20, p.178-183. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/329412294\\_Infeccao\\_em\\_cicatriz\\_de\\_cesarian\\_a\\_revisao\\_da\\_literatura\\_e\\_relato\\_de\\_caso](https://www.researchgate.net/publication/329412294_Infeccao_em_cicatriz_de_cesarian_a_revisao_da_literatura_e_relato_de_caso)