

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstétrica**

**A INFLUÊNCIA DA DEAMBULAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE  
PARTO NA PERCEÇÃO DA DOR MATERNA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**

Mariana Rainho Gonçalves

A Influência da Deambulação Durante o Trabalho de Parto na Percepção da Dor Materna

Mariana  
Gonçalves



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A INFLUÊNCIA DA DEAMBULAÇÃO  
DURANTE O TRABALHO DE PARTO NA  
PERCEÇÃO DA DOR MATERNA.

THE INFLUENCE OF AMBULATION DURING  
LABOR ON THE PERCEPTION OF MATERNAL  
PAIN.

Relatório de Estágio de natureza profissional  
orientado pela Professora Doutora Marinha  
Carneiro

Mariana Rainho Gonçalves

Porto, 2020



*"O futuro não é um lugar onde estamos indo, mas um lugar que estamos criando. O caminho para ele não é encontrado, mas construído e o ato de fazê-lo muda tanto o realizador quando o destino."*

*Antoine de Saint-Exupéry*



## AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório representa uma ferramenta essencial para o culminar de uma das etapas mais importantes, marcantes e decisivas do meu percurso pessoal e profissional. É com extrema alegria que me encontro junto da meta final, por estar a um pequeno passo de concretizar um dos maiores sonhos da minha vida. Por este motivo, não posso deixar de expressar os meus mais sinceros agradecimentos às pessoas que contribuíram para a sua elaboração e respetivo sucesso.

À minha orientadora, Professora Doutora Marinha Carneiro, por toda a sua dedicação, disponibilidade, colaboração e empenho prestados durante a orientação destes últimos anos, pelas suas sugestões e críticas construtivas, pela transmissão de conhecimentos, através da sua competência científica e da sua formação académica, assim como por me ter acompanhado desde o início deste percurso até ao término.

À restante equipa Docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto por terem contribuído para a evolução do meu percurso académico e profissional, especialmente pela transmissão de conhecimentos e apoio disponibilizado.

Às Enfermeiras Especialistas tutoras, Hermínia Lopes e Maria José Lemos e ao Enfermeiro Especialista tutor António Melo, por toda a orientação, disponibilidade, empenho, instrução e acompanhamento na aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, todos esses momentos vão ficar sempre bem presentes na minha memória. Aproveito, também, para agradecer à chefia e restante equipa de enfermagem presente em todo o estágio do CHUSJ, pelas excelentes condições de trabalho que me proporcionaram.

Aos meus maravilhosos pais, pelo amor incondicional, apoio infinito, ternura, dedicação, por terem sempre acreditado em mim e nunca me terem deixado desistir da concretização do meu sonho, especialmente nos dias mais desafiantes em que os desabafos foram regra recorrente, proporcionando-me força e demonstrando alegria e entusiasmo pelo meu sucesso e por sempre me terem ajudado a crescer pessoalmente, transmitindo-me os melhores valores e princípios que alguma vez já vi. Não há palavras suficientes para a gratidão que lhes sinto e pelo orgulho que tenho em ser filha deles.

Ao meu irmão especial, por todo o apoio e disponibilidade demonstrados, especialmente no auxílio nas atividades informáticas, ramo que domina, e pela paciência por todas as conversas esclarecedoras e desabafos presentes durante este caminho.

À minha restante família, por todo o apoio incondicional e pela compreensão e tolerância de tantos momentos de ausência, especialmente aos meus avós que sempre foram uma fonte de inspiração para mim.

Ao Ruben, por ter sido o meu melhor amigo desde sempre, por toda a confiança, carinho, atenção, amor e apoio que sempre me transmitiu, e por todas as confidências, desabafos e conversas estimulantes que sempre me deram força para continuar no meu caminho, sendo uma luz repleta de paz na minha vida.

Aos meus restantes amigos, especialmente ao Diogo, à Catarina, ao Roberto, à Andreia, ao Guilherme, à Daniela, à Maria, à Márcia e ao Bernardo, por terem sido uma força da natureza incansável de apoio e disponibilidade nas horas mais difíceis, pelas palavras reconfortantes, e nas horas mais felizes, vivendo comigo e com alegria as minhas vitórias e sucessos.

À minha atual chefe no serviço hospitalar em que me encontro a trabalhar e a todas as minhas colegas de equipa, por toda a disponibilidade e apoio nesta fase de conclusão do presente relatório.

Por fim, e não menos importante, a Deus, por toda a força, amor e coragem que me transmitiu em mais uma fase decisiva da minha vida que exigiu um grande esforço e dedicação.

A todos, muito obrigada, nunca me esquecerei!

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AM** - Aleitamento Materno

**APEO** - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

**APPT** - Ameaça de Parto Pré-Termo

**bpm** - batimentos por minuto

**CHUSJ** - Centro Hospitalar Universitário de São João

**cm** - centímetros

**CTG** - Cardiotocografia

**DGS** - Direção Geral da Saúde

**DPPNI** - Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida

**DUM** - Data da Última Menstruação

**EESMO** - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

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

**FC** - Frequência Cardíaca

**FCF** - Frequência Cardíaca Fetal

**IG** - Idade Gestacional

**IHAB** - Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés

**kg** - quilogramas

**LA** - Líquido Amniótico

**mg** - miligramas

**mg/dl** - miligramas por decilitro

**min** - minutos

**ml** - mililitros

**NICE** - *National Institute of Clinical Excellence*

**nm** - nanómetros

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PA** - Pressão Arterial

**RN** - Recém-Nascido

**RPM** - Rotura Prematura de Membranas

**SGB** - *Streptococcus* do Grupo B

**SMSL** - Síndrome de Morte Súbita do Latente

**SPP** - Sociedade Portuguesa de Pediatria

**TP** - Trabalho de Parto

**UNICEF** - *United Nations Children 's Fund*

## RESUMO

Este relatório assenta na síntese do estágio de natureza profissional, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, em que se procede a uma descrição e reflexão das atividades desenvolvidas ao longo do percurso académico nas áreas: gravidez com complicações, trabalho de parto e parto, pós-parto e adaptação à parentalidade, tendo como principais objetivos: adquirir e desenvolver as competências específicas referentes ao enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

O campo de atuação possibilitou a tomada de decisão, o desenvolvimento do pensamento crítico e a promoção da autonomia nas ações desenvolvidas, pelo que se delineou estratégias interventivas, nomeadamente, no desenvolvimento de competências de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem especializadas à mulher/casal e família, no processo da maternidade, na vivência do trabalho de parto e parto e na transição para a parentalidade, promovendo-se práticas emancipatórias, com base no conhecimento adquirido ao longo do mestrado.

No presente relatório também é apresentado um estudo de natureza qualitativa em que o objetivo primordial assenta em: compreender as implicações da deambulação na perceção da dor materna durante o trabalho de parto, tendo subjacente uma revisão integrativa da literatura. A deambulação durante o trabalho de parto, tem vindo a ser uma escolha cada vez mais adotada pela mulher, visto que há evidências científicas que comprovam o seu benefício para a parturiente, no sentido de encurtar o tempo de trabalho de parto e aliviar a dor percebida, promovendo uma maior tolerância da vivência da dor neste período tão complexo, dinâmico e importante na vida mulher, contribuindo para uma experiência mais satisfatória.

Por fim, salienta-se a necessidade de realização de outros estudos acerca desta problemática, de modo a dar uma maior consistência à evidência encontrada, com o objetivo de continuar a evoluir na investigação, ampliando e desenvolvendo os conhecimentos científicos, no sentido de contribuir para um aperfeiçoamento das práticas clínicas.

Palavras-chave: Deambulação, dor, trabalho de parto, Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, competências.



## ABSTRACT

This report, written in the context of a professional clinical placement within a Master's Degree in Maternity and Obstetrics Nursing, reflects over the activities developed during the academic course, including the following areas of focus: pregnancy complications, labour, delivery, postpartum and adaptation to parenthood. The main objectives are: the acquisition and the development of clinical skills specific to the role and competencies of the maternity and obstetrics specialist nurse, as defined by the Nursing Order.

The specificities of the clinical environment provided opportunities to develop and improve different aspects of the specialist nurse role, such as decision making, critical thinking and autonomy. Interventional strategies were delineated with distinct attention to the development of diagnosis supportive competencies and nursing interventions specialized on the women/couple and family, the maternity process, labour and postpartum, transition to parenthood and promotion of emancipatory practices for the fulfillment of this same role. Being the foundation for these different strategies all the knowledge acquired during the Master'.

In the present report, it will also be included a qualitative study with particular and primordial aim at comprehending the implications of ambulation on the maternal pain perception during labour, under the integrative revision of literature method. Ambulation during labour is a strategy adopted by an increasing number of women due to the existent scientific evidence showing its benefits when it comes to shortening the length of time of labour and alleviating the perceived pain, then promoting a better and more pleasant experience during such a complex, dynamic and important period for the woman.

To conclude, it's important to accentuate the need for more investigation to be done within this thematic, so there's a more robust, consistent and recent body of scientific knowledge, which will improve the current clinical practices and the general quality and safety of the care provided.

Key words: Ambulation, pain, labour, Maternity and Obstetrics Specialist Nurse, competencies.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	17
1. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	19
1.1. Gravidez com Complicações .....	19
1.2. Trabalho de Parto e Parto.....	31
1.2.1. A influência da deambulação durante o trabalho de parto na percepção da dor materna: revisão integrativa da literatura .....	57
1.2.1.1. Introdução ao Problema .....	57
1.2.1.2. Método .....	59
1.2.1.3. Apresentação dos Resultados .....	62
1.2.1.4. Discussão dos Resultados .....	71
1.2.1.5. Conclusão .....	73
1.3. Autocuidado no Pós-Parto e Adaptação à Parentalidade .....	74
2. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS .....	110



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - ESTUDO: MATERNAL POSITIONS AND MOBILITY DURING FIRST STAGE LABOUR. (REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA) .....	62
TABELA 2 - ESTUDO: FREEDOM OF MOVEMENT AND POSITION IN THE FIRST STAGE OF LABOR.....	64
TABELA 3 - ESTUDO: ROLE OF DEAMBULATION DURING LABOUR: A PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY.....	66
TABELA 4 - ESTUDO: PAIN DURING THE LABOR ACTIVE PHASE: THE EFFECT OF WALKING.....	67
TABELA 5 - ESTUDO: WALKING AND DIET DURING LABOR: PERCEPTIONS FROM A GROUP OF POSTPARTUM WOMEN. ....	69
TABELA 6 - SÍNTESE DO REGISTO DE EXPERIÊNCIAS. ....	110

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - NÚMERO DE GRÁVIDAS ALVO DE CUIDADOS .....	97
FIGURA 2 - NÚMERO DE PARTOS EXECUTADOS COM E SEM EPISIOTOMIA E PARTICIPADOS (CEFÁLICOS). ....	97
FIGURA 3 - NÚMERO DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS ALVO DE CUIDADOS E VIGILÂNCIA. ....	97



## INTRODUÇÃO

De modo a obter o grau académico de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, procedeu-se à elaboração de um relatório de estágio profissionalizante que assenta na descrição e reflexão das atividades desenvolvidas no estágio: gravidez com complicações, Trabalho de Parto (TP) e parto, pós-parto e adaptação à parentalidade. Estas atividades foram desenvolvidas ao longo de um ano letivo no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), no Porto, em que a finalidade consistiu no cumprimento do Regulamento do segundo ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), de modo a atingir as competências específicas inerentes ao EESMO preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019).

Com a realização deste relatório, pretende-se demonstrar os conhecimentos e as competências referentes ao processo de cuidados de enfermagem, no âmbito da saúde materna e obstétrica, com base na transmissão dos conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, bem como apresentar as competências no âmbito da investigação em enfermagem e o conhecimento com base em evidências científicas, através da elaboração de uma revisão integrativa da literatura sobre uma problemática que se considera pertinente, contribuindo para o aperfeiçoamento da prática clínica.

Na sua prática profissional, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) assume a responsabilidade de realizar intervenções autónomas em situações de baixo risco e intervenções autónomas e interdependentes em situações de médio e de alto risco inerentes ao processo da maternidade, englobando as componentes: gravidez, TP e parto, pós-parto e adaptação à parentalidade. De modo a aumentar o nível de qualidade dos cuidados prestados, foi essencial o contínuo desenvolvimento do conhecimento e de competências a nível de investigação para exercer uma prática clínica baseada na evidência científica atualizada, rumo à excelência.

A problemática desenvolvida, como forma de aprofundar os conhecimentos científicos e adquirir competências de investigação para uma prática clínica baseada na evidência, centrou-se na “influência da deambulação durante o TP na perceção da dor materna”. Segundo Davim, Torres e Melo (2007), para algumas mulheres, a dor percecionada no parto caracteriza-se como a pior experiência dolorosa das suas vidas, tornando-se, assim, necessário refletir acerca de estratégias facilitadoras de promoção de conforto e gestão da dor da parturiente, de modo a promover o seu bem-estar e aumentar o grau satisfatório da sua experiência. Segundo Mamede, F. V., Almeida, Nakano, Gomes e Panobianco (2007), a deambulação da mulher no TP proporciona diversas vantagens, promovendo a eficácia das contrações uterinas, um fluxo sanguíneo placentário mais abundante, uma diminuição na duração do TP e uma menor intensidade da dor percecionada.

Posto isto, a escolha da problemática a abordar é justificada pela necessidade de ampliar e desenvolver o conhecimento científico, acerca de uma estratégia não farmacológica facilitadora do alívio da dor, que promova o conforto e o bem-estar da mulher, diminuindo a percepção da dor num período tão complexo, dinâmico e importante como o TP, de forma a contribuir para um aperfeiçoamento da prática clínica.

No sentido de cumprir os objetivos preconizados, o presente relatório encontra-se estruturado e organizado em dois capítulos, sendo que o primeiro se relaciona com o relatório de estágio profissionalizante, em que se partilha a descrição e a reflexão das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, englobando as áreas de atuação: gravidez com complicações, TP e parto, pós parto e adaptação à parentalidade, salientando a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas do EESMO, bem como a apresentação da revisão integrativa da literatura sobre a “influência da deambulação durante o TP na percepção da dor materna”. O segundo capítulo refere-se à análise crítica e reflexiva sobre o percurso desenvolvido no estágio de cariz profissionalizante.

Por fim, no que diz respeito à metodologia adotada como suporte ao desenvolvimento do estágio e do relatório, esta assenta na prática baseada na evidência sustentada por uma extensa pesquisa bibliográfica, através das bases de dados Cochrane Database of Systematic Reviews, PUBMED, SCIELO, RCAAP, Nursing Reference Center, DOAJ, MEDLINE e GOOGLE Scholar.

# 1. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Aquisição e o desenvolvimento de competências no âmbito do Estágio: Gravidez, TP e parto e autocuidado no pós-parto e adaptação à parentalidade

O projeto individual de estágio de cariz profissionalizante foi realizado em diferentes unidades de cuidados, englobando os módulos gravidez com complicações (100 horas), TP e parto (500 horas) e autocuidado no pós-parto e adaptação à parentalidade (300 horas), num total de 900 horas, no CHUSJ, bem como 25 horas de Seminários e 75 horas de Orientação Tutorial, das quais 25 horas de contacto direto com a professora orientadora. De acordo com o regulamento do estágio de 2016/2017, é esperado que o estudante desenvolva competências no âmbito da prestação de cuidados especializados nessa mesma área específica, tal como são preconizadas pelo Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019) destacando-se os seguintes objetivos para este estágio:

Adquirir, desenvolver e demonstrar competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família na gravidez com complicações;

Adquirir, desenvolver e demonstrar competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família no TP e parto;

Adquirir, desenvolver e demonstrar competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família no puerpério e ao Recém-Nascido (RN) saudável e de risco;

Analisar e refletir criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;

Operacionalizar competências de análise e síntese inerentes à elaboração do relatório final de estágio de cariz profissionalizante.

## 1.1. Gravidez com Complicações

O módulo: Gravidez com complicações possibilitou a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas, essenciais para a implementação de cuidados especializados à mulher grávida com patologia associada, no sentido de contextualizar e mobilizar conhecimentos com base na prática baseada em evidências e no pensamento crítico para a tomada de decisão. Na unidade Medicina Materno-Fetal, as intervenções centraram-se essencialmente na prestação de cuidados à mulher internada com gravidez de risco, garantindo uma vigilância pré-natal, tendo em conta uma abordagem holística na

componente biológica, clínica, cultural e psicossocial, com o objetivo de minimizar as complicações que poderiam comprometer a saúde e o bem-estar da grávida e do feto.

A gravidez é um processo fisiológico e natural em que a mulher passa por diversas modificações físicas, psicológicas e sociais (Castro, Wichr, Lima & Guedes, 2012). Estas alterações representam uma situação nova que pode implicar riscos maternos e fetais, nomeadamente em grávidas possuidoras de certas características individuais, levando a uma maior probabilidade de vir a adquirir complicações durante a gravidez, sendo consideradas grávidas de risco. Já Graça (2010), define gestação de risco quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto é superior à incidência dessa complicação na população em geral.

Para além de ser um processo fisiológico, a gravidez também é considerada um processo de transição, dado que envolve a mudança e a forma como esta é incorporada na vida da pessoa, assim como o modo como esta responde aos eventos de vida, quando necessita de integrar novos e diferentes aspetos no seu dia-a-dia, assumindo um novo papel pessoal e social. Por sua vez, o EESMO deve consciencializar-se que o seu papel é essencial em todo o processo, de forma a satisfazer as necessidades das gestantes, a facilitar a resposta às novas mudanças da mulher/família através do apoio e educação para a saúde, bem como dar o acompanhamento adequado a cada situação específica, sobretudo se a gravidez apresentar complicações ou patologia associada, promovendo o bem-estar das mesmas (Meleis, A. I., Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000; Meleis, A. I., 2010).

Assim, de modo a caminhar rumo aos cuidados de excelência, o EESMO é aconselhado a seguir as orientações inerentes ao regulamento de competências específicas preconizado pela OE (2019), assumindo a competência de cuidar da mulher inserida na família e na sua comunidade durante o período pré-natal com o objetivo de diagnosticar/prevenir e tratar precocemente complicações e promover a saúde/bem-estar materno e fetal.

No atendimento à grávida/casal, no internamento, o momento inicial centrava-se no acolhimento através de um clima organizacional favorável, promovendo o conforto e o bem-estar dos mesmos. No primeiro contacto com a grávida, foi realizada uma avaliação inicial em que consistia numa anamnese e observação geral da mesma, onde era fornecida toda a informação necessária relativamente ao internamento e o motivo do mesmo, juntamente com uma leitura simultânea do processo da grávida, de modo a averiguar toda a situação clínica, assim como os antecedentes pessoais, obstétricos, ginecológicos e familiares.

Ainda nesta abordagem, era clarificado com a mulher/casal toda a informação que pudesse ser útil no processo de individualização dos cuidados. Esse momento foi essencial para se estabelecer a relação de ajuda, demonstrando um espírito de abertura, disponibilidade, empatia e escuta ativa, de modo a que os mesmos se sentissem confortáveis para expor todas as suas questões, preocupações, dúvidas e problemas, criando uma ligação de confiança e de entajuda. Tornou-se um excelente meio para se desenvolver as

competências comunicacionais e compreender a situação da mulher como um todo "individualizado" (visto que cada caso é único) através de uma abordagem holística, envolvendo todas as vertentes clínica-biológica-social-psicológica-cultural.

De modo a garantir a vigilância da gravidez, foi necessário compreender cientificamente todo esse processo e ter os conhecimentos acerca do diagnóstico de gravidez bem presentes. Graça (2010) refere que a identificação correta da Idade Gestacional (IG) é essencial para a orientação da tomada de decisão adequada, para a detecção do risco da gravidez (baixo, normal, alto) e prever atempadamente a existência de riscos maternos e fetais. O método mais fidedigno para determinar a IG é a ecografia realizada no 1.º trimestre, apesar de muitas mulheres se basearem primariamente pela Data da Última Menstruação (DUM), no entanto este último método é considerado pouco fiável, visto que algumas grávidas, por diversos fatores, não se lembram concretamente desse dia.

Durante a vigilância pré-natal, foi aplicado o processo de enfermagem, possibilitando a identificação de focos de atenção e diagnósticos, assim como intervenções de enfermagem, no sentido de prevenir complicações e, também, minimizar e evitar riscos inerentes à gravidez com complicações. Uma das competências desenvolvidas ao longo de todo o processo de vigilância diz respeito à capacidade de estabelecer uma relação empática e uma comunicação terapêutica com as grávidas/conviventes significativos, tendo especial relevância, pelos cuidados que assim exigem, em casos de gravidez de risco, sendo essencial demonstrar apoio, confiança, disponibilidade, escuta ativa, informação e conforto aos mesmos (Graça, 2010).

Ao longo deste módulo, foram prestados cuidados a grávidas com diferentes patologias e complicações obstétricas, sendo os diagnósticos clínicos mais frequentes: Rotura Prematura de Membranas (RPM), Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT), Metrorragia do 1.º, 2.º e 3.º Trimestre, Diabetes Gestacional controlada com dieta, insulinocontrolada e Tipo I, Pielonefrite Aguda, Colestase intra-hepática gravídica, doenças Hipertensivas Maternas (hipertensão gestacional, hipertensão crónica e pré-eclâmpsia), Abortamentos, Placenta Prévia e Alterações Fluxométricas associadas a Restrição de Crescimento Intra-uterino.

De modo a descrever as atividades desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados à grávida com patologia, procurou-se fazer referência às situações mais frequentes que requereram intervenções de enfermagem, contextualizando os conhecimentos teóricos, através da prática baseada na evidência, sendo estas a RPM e APPT.

Relativamente à RPM, Lowdermilk e Perry (2008) definem-na como a rotura do saco amniótico e, conseqüentemente, a perda de Líquido Amniótico (LA), que ocorre antes do início do TP. No entanto, quando acontece antes das 37 semanas de gestação, é definida como RPM pré-termo. A RPM apresenta uma incidência de 2% a 18% das gestações de termo e entre 20% a 40% das gestações de pré-termo, sendo 30% a 40% dos casos considerada a causa principal de partos prematuros e 20% dos óbitos perinatais (Golino, Chein & Brito,

2006). Já Graça (2010), informa que a sua etiologia é multifatorial, podendo estar associada a fatores infecciosos, estruturais ou mecânicos, contudo, acrescenta que, em termos de complicações maternas, pode contribuir para a possibilidade de ocorrer o parto pré-termo, maior taxa de parto distócico por cesariana, maior taxa de infecção e descolamento prematuro da placenta, por outro lado, em termos de complicações fetais, pode resultar em prematuridade, deformações fetais, hipoxia fetal, sépsis fetal e neonatal, hipoplasia pulmonar e doença da membrana hialina.

Quanto ao seu diagnóstico diferencial, foi importante determinar o momento em que ocorreu a rotura e caracterizar o LA em termos de cor, consistência, odor e quantidade, bem como excluir situações que pudessem induzir a grávida/casal em erro, tais como: a incontinência urinária, a leucorreia infecciosa, a expulsão do rolhão mucoso e o fluxo vaginal aumentado, característico da gravidez.

Perante o diagnóstico RPM estabelecido, o internamento é obrigatório, podendo haver duas intervenções, sendo estas a ocorrência do parto ou a conduta expectante, consistindo apenas em vigiar e avaliar a situação. Todavia, esta tomada de decisão é realizada segundo certos fatores associados, entre os quais, a IG, a maturidade pulmonar fetal, a presença de infecção, as características que indiquem sofrimento fetal e a disponibilidade de recursos de assistência neonatal. Graça (2010) refere que os maiores riscos são a imaturidade fetal e a morte neonatal, pelo que geralmente se opta pela atitude expectante, em casos em que não haja evidência de corioamniotite e até às 34 semanas de gestação, sendo recomendado repouso no leito e uma vigilância do estado materno-fetal.

O ensino clínico proporcionou várias oportunidades de aprendizagem e experiência em casos de RPM, antes e após as 34 semanas de gestação. Através do protocolo de atuação do serviço e segundo Montenegro, N., Rodrigues, Ramalho e Campos (2014), era iniciada a antibioterapia para minimizar risco de infecção e a corticoterapia para acelerar a maturidade pulmonar, nas grávidas com menos de 35 semanas de gestação. Por outro lado, nas grávidas com mais de 35 semanas de gestação, geralmente aplicava-se o protocolo de indução de TP, assim como era iniciada a profilaxia da infecção por *Streptococcus* do Grupo B (SGB), se positivo ou desconhecido.

Relativamente à corticoterapia antenatal para a estimulação da maturidade fetal, a evidência científica demonstra que os benefícios desta terapêutica surgem a partir das 24 semanas de gestação, estendendo-se até às 34 semanas, diminuindo significativamente a partir desta altura. A corticoterapia deve ser iniciada o mais precocemente possível e, especialmente, quando estamos perante uma situação de APPT, RPM e em qualquer outra que poderá resultar em parto pré-termo. Montenegro N., et al (2014) acrescentam, ainda, que a administração de glucocorticoides apresenta imensas vantagens, contudo o seu benefício é maior e mais eficaz quando o intervalo de tempo entre o início da terapêutica e o nascimento é superior a 24 horas e inferior a 7 dias.

Os corticosteroides utilizados são a betametasona e a dexametasona, porém, no serviço hospitalar onde se realizou o estágio, o corticosteroide de eleição era a dexametasona, dado que, segundo Graça (2010), a betametasona apresenta um risco acrescido de diminuição da atividade fetal, da variabilidade, da Frequência Cardíaca (FC) e dos movimentos respiratórios, regredindo após 3 a 7 dias. Por outro lado, na administração de dexametasona, esses efeitos apresentam risco de ocorrer em menor escala. No momento da administração de glucocorticoides, a grávida/casal era informada acerca do regime terapêutico, dos seus benefícios e dos seus possíveis efeitos secundários, como por exemplo a alteração da FC, o aumento da Pressão Arterial (PA), a retenção de líquidos, as cefaleias, as tonturas e a dor e, apesar de serem continuamente vigiadas, foram também incentivadas a estarem atentas à manifestação desses sinais, comunicando ao profissional da saúde, caso surgissem.

Em situações de RPM, as intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção de complicações centraram-se essencialmente na vigilância do bem-estar fetal e na deteção de alterações como: a presença de contrações uterinas, através da cardiocografia (CTG), a vigilância e deteção de alterações das características do LA (cor, cheiro, consistência e quantidade), a vigilância das características do corrimento vaginal, a avaliação da presença de dor à palpação uterina, a avaliação da temperatura basal e os restantes sinais vitais (Graça, 2010).

Durante a vigilância: avaliou-se o estado emocional da grávida e ofereceu-se apoio psicológico; informou-se acerca da necessidade de repouso absoluto no leito, alertando para a possibilidade de ocorrer um aumento da perda de LA se se sentasse ou levantasse, assim como a importância da presença do LA para o desenvolvimento fetal e o seu bem-estar - reforçou-se que o repouso é uma das atitudes terapêuticas essenciais na RPM e contribui para a probabilidade de restabelecimento da integridade das membranas.

No entanto, em casos de repouso prolongado, foi sempre administrada terapêutica preventiva de tromboembolismo, sendo este um dos riscos associados. Também, se incentivou a realização de movimentos passivos dos membros inferiores; ensinou-se e instruiu-se a grávida sobre os cuidados perineais com antisséptico na direção da vagina-ânus, realizando sempre que evacuasse, de modo a minimizar o risco de infeção; ensinou-se a gestante sobre sintomas de alerta (febre, dor, contrações uterinas...); ensinou-se a grávida sobre a vigilância e a contagem dos movimentos fetais, alertando se verificasse uma diminuição significativa; informou-se a mulher acerca da necessidade de aumentar a hidratação oral, no sentido de regularizar o trânsito intestinal, reduzir o esforço ao defecar e minimizar o risco da perda de LA; observou-se e registou-se as características do LA, alertando a equipa médica se necessário; avaliou-se a temperatura materna, sempre que necessário; avaliou-se o bem-estar fetal através da auscultação dos ruídos cardíacos pelo doppler e/ou CTG, uma vez por turno; proporcionou-se apoio nas atividades de vida diária, segundo o grau de dependência da gestante e demonstrou-se sempre disponibilidade para

ouvir, assistir e proporcionar o máximo de conforto possível, de modo a contribuir para o seu bem-estar geral (Graça, 2010).

A maior parte das grávidas que se encontravam internadas no serviço com esse diagnóstico tinham menos de 35 semanas de gestação, sendo, por isso, orientadas maioritariamente a conduta expectante, caso não existissem sinais de complicações. Uma das grávidas a quem se prestou cuidados com RPM (33 semanas de gestação e repouso absoluto no leito prescrito), no momento de acolhimento ao serviço, mostrou-se um pouco indignada por não poder ser completamente autónoma no seu autocuidado, destacando "exijo ir tomar banho à casa de banho pelo meu pé e sozinha, de certeza que isso não vai trazer complicações, é rápido", mostrando-se pouco recetiva às orientações.

Perante esse caso, tentou-se vários tipos de estratégias adaptativas à nova situação em que a pessoa se encontrava, nomeadamente, reforçou-se os ensinamentos e as explicações acerca da sua patologia e riscos que acrescia, incentivou-se a grávida no autocuidado da higiene, de forma a realizá-lo autonomamente no leito, proporcionando-lhe o máximo de conforto e privacidade possível, apenas se assistiu na preparação dos materiais necessários, também se procurou ligar sempre a televisão e colocar no canal preferido da mulher, assim como se mostrou sempre uma abordagem calma, recetiva, paciente e de escuta ativa. A mesma ficou internada durante duas semanas até completar as 35 semanas de gestação, sendo nesse turno aplicado o protocolo de indução de TP com dinoprostona vaginal (prostaglandina E2), sendo, posteriormente, encaminhada para a sala de partos. Foi notória a mudança de atitude por parte da gestante, durante essas duas semanas de internamento, pelo que se foi mostrando cada vez mais recetiva, calma e disponível, tanto para as intervenções de enfermagem que eram necessárias realizar como para o diálogo no âmbito de educação em saúde. Apesar de ter sido um caso particularmente desafiante, tornou-se numa experiência extremamente enriquecedora (Montenegro N., et al, 2014).

No internamento, a APPT também foi um dos diagnósticos médicos mais identificados, apresentando uma etiologia desconhecida e multifatorial. Montenegro N., et al (2014) definem APPT como a ocorrência de contratilidade uterina regular e frequente, mas sem alterações cervicais. Por sua vez Graça (2010), acrescenta que se houver modificações na dilatação e na extinção do colo uterino, estamos perante um caso de TP pré-termo. É importante clarificar bem a diferença entre estes dois diagnósticos, visto que apesar de definidos, muitas vezes são difíceis de diferenciar.

Segundo Graça (2010), a morbidade e a mortalidade perinatal a longo prazo ocorrem predominantemente nas crianças que nascem antes das 34 semanas de gestação. A prevenção do parto pré-termo tem como principal objetivo evitar ou minimizar os desfechos neonatal e infantil desfavoráveis e não propriamente o prolongamento da gravidez, apesar de esta também ser uma das intenções pela qual se recorre aos agentes tocolíticos. Contudo, existem determinadas situações de risco de parto pré-termo em que está contraindicado

implementar a terapêutica tocolítica, nomeadamente, em casos de corioamniotite, de Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida (DPPNI) e de metrorragias do 3.º trimestre, visto que a tentativa de adiar o parto pode resultar em piores consequências maternas e fetais.

Os agentes tocolíticos reduzem bastante a probabilidade de ocorrer nascimentos até 7 dias após o início do tratamento, apesar de não haver evidência científica que demonstre benefícios na diminuição da morbimortalidade perinatal. Segundo Montenegro N., et al (2014), essa terapêutica apresenta algumas vantagens nas grávidas em TP pré-termo com IG entre as 24 e as 35 semanas de gestação, associado à existência de contrações uterinas rítmicas e dolorosas com repercussão cervical, assim como às gestantes que ainda não completaram o ciclo de corticoterapia antenatal para a estimulação da maturação pulmonar fetal, de modo a evitar e a minimizar o risco de síndrome de dificuldade respiratória e de hemorragia intraventricular fetal.

No sentido de reduzir a contratilidade uterina espontânea que ocorre antes do termo da gestação, podem ser utilizados vários agentes de diferentes grupos farmacológicos, sendo os mais utilizados a Nifedipina (inibidor dos canais de cálcio), o Salbutamol (beta-adrenérgico) e a Indometacina (anti-inflamatório não esteróide). No serviço hospitalar onde se estagiou, um dos tocolíticos de eleição era o Atosiban (inibidor dos receptores de ocitocina), visto que, apesar de ter um custo monetário muito superior, desencadeia menos efeitos colaterais maternos e fetais. Sempre que se administrava qualquer medicação tocolítica, a grávida era informada acerca de todo o regime terapêutico e esclarecidas todas as dúvidas. Até ao final da administração, realizava-se a vigilância dos sinais vitais maternos e fetais através da CTG, bem como os efeitos secundários, podendo ocorrer cefaleias, tonturas, náuseas e vômitos, taquicardia, hipotensão e hiperglicemia (Graça, 2010).

Em situações de APPT, as intervenções de enfermagem autónomas no âmbito da prevenção de complicações centraram-se essencialmente na vigilância: do bem-estar fetal na evolução da atividade uterina, através da CTG, das características do corrimento vaginal, da perda hemática vaginal, da tonicidade uterina através da palpação, da temperatura basal da gestante e dos restantes sinais vitais. Foi incentivado o repouso no leito, aconselhando a adoção da posição de decúbito lateral esquerdo, de modo a melhorar a perfusão placentária, favorecendo a oxigenação fetal, e a reduzir a pressão exercida no colo uterino, bem como a administração terapêutica tocolítica e corticosteroides, vigiando-se os efeitos secundários, e a administração de antibioterapia para SGB.

Durante a vigilância: avaliou-se o estado emocional da grávida e ofereceu-se apoio psicológico; informou-se acerca da necessidade de repouso no leito, no entanto, em casos de repouso prolongado, foi sempre administrada terapêutica preventiva de tromboembolismo, sendo este um dos riscos associados, e também, se incentivou a realização dos movimentos passivos dos membros inferiores; ensinou-se a gestante sobre

sintomas de alerta (febre, dor, contrações uterinas, algias lombares, abdominais ou pélvicas, RPM...); ensinou-se a grávida sobre a vigilância e a contagem dos movimentos fetais, alertando se verificasse uma diminuição significativa; informou-se a mulher acerca da necessidade de aumentar a hidratação oral, no sentido de regularizar o trânsito intestinal e reduzir o esforço ao defecar; avaliou-se a temperatura materna sempre que necessário; avaliou-se o bem-estar fetal através da auscultação dos ruídos cardíacos pelo doppler e/ou CTG, uma vez por turno; proporcionou-se o apoio nas atividades de vida diária segundo o grau de dependência da gestante e demonstrou-se sempre disponibilidade para ouvir e assistir, proporcionando o conforto, de modo a contribuir para o seu bem-estar geral (Graça, 2010).

No CHUSJ, um dos procedimentos de atuação na RPM e APPT passa pelo repouso no leito, sendo que, no primeiro diagnóstico, foi essencial especialmente pelo elevado risco de prolapso de cordão umbilical e conseqüentemente sofrimento fetal, no segundo, centrou-se essencialmente na prevenção da ocorrência do parto pré-termo (Montenegro, N., et al, 2014). Apesar de não existir evidência científica que corrobore a sua eficácia na redução da taxa de nascimentos pré-termo, é prescrito e incentivado, no sentido de melhorar a perfusão uteroplacentária e a perfusão renal.

O repouso no leito encontra-se associado a certos efeitos adversos na saúde e bem-estar da gestante, no que diz respeito ao fator psicossocial, físico e económico. Ao fator económico relaciona-se essencialmente os prejuízos associados à perda do rendimento materno por absentismo laboral e outros custos inerentes ao repouso no leito quer no meio hospitalar, quer no domicílio. No âmbito físico, para além de se tornar bastante desconfortável para a mulher após algum tempo, pode, ainda, provocar perda de peso, fraqueza muscular, diminuição do volume plasmático e do débito cardíaco, aumento do risco de tromboflebites, descalcificação e desmineralização óssea, fadiga e alterações de sono, obstipação, assim como uma possível recuperação mais lenta no pós-parto.

As grávidas foram incentivadas a adotar a posição de decúbito lateral, promovendo a perfusão uterina e a oxigenação fetoplacentária, e conseqüentemente, a diminuição da pressão sobre a veia cava ascendente e a aorta abdominal, evitando a hipotensão de decúbito. Foi, também, essencial demonstrar à gestante a forma como se devia levantar da posição de decúbito lateral, lenta e gradualmente, no sentido de minimizar a tensão exercida no dorso e a hipotensão ortostática condicionada pelas alterações de posição (Sosa, Althabe, Belizan & Bergel, 2015).

Relativamente ao fator psicossocial, algumas gestantes, por vezes, apresentavam-se ansiosas, solitárias, tristes e aborrecidas. Durante o internamento, uma utente com 32 semanas de gestação referiu várias vezes, que se sentia muito sozinha, ansiosa por todos os medos e receios que possuía, e conseqüentemente, insegura, tendo sido necessário adotar algumas estratégias de prevenção desse estado emocional, entre as quais, demonstrar-lhe

apoio, disponibilidade e receptividade perante as suas dúvidas e receios, reforçando que está a ser acompanhada por toda a equipa multidisciplinar; sugerir aos familiares que lhe tragam a sua própria almofada para poder descansar melhor e sentir-se mais cómoda, assim como um livro e um computador portátil com internet para poder assistir ao que gosta e comunicar com quem deseja; envolvê-la na organização do seu plano de cuidados, juntamente com os elementos da equipa multidisciplinar e dialogar com a gestante sempre que a mesma o solicitasse. Nos momentos de diálogo com a grávida, aproveitou-se para explorar temas inerentes aos cuidados ao RN, área onde a mulher apresentava mais défice de conhecimentos, como por exemplo, a amamentação, o padrão de eliminação intestinal e urinário, o choro, a preparação do enxoval, os cuidados inerentes ao banho, etc (Sosa et al., 2015).

Independentemente de a grávida apresentar RPM ou APPT, a mesma era incentivada a planear períodos de repouso e relaxamento, sobretudo à medida que a gravidez avançava. O relaxamento consciente é caracterizado como o processo de libertação da tensão do corpo e da mente, através de práticas voluntárias e deliberadas que vão possibilitar o alívio de desconfortos normais inerentes à gravidez, potenciar a autoconsciencialização e confiança nas suas próprias capacidades e funções a desempenhar, aliviando o stress e a ansiedade já sentidas nesta fase e, posteriormente, quando o momento chegar, poderá diminuir o esforço e minimizar a perceção dolorosa durante o TP, algo que também lhes causa algum nível de preocupação e receio (Lowdermilk & Perry, 2008).

A prestação de cuidados às utentes não se baseou apenas nas intervenções relacionadas com a patologia, também foram direcionadas para a promoção da saúde, nomeadamente no incentivo ao autocuidado, autocontrolo e à capacidade da gestante para manter a sua saúde e bem-estar durante a gravidez. Ao longo dos momentos de interação com as utentes, foi avaliada a sua adaptação à gravidez e a sua preparação para a parentalidade, nomeadamente se a grávida iniciou ou pretendia realizar as sessões de preparação para o parto, as expectativas e os receios relativamente ao parto, as crenças e valores em relação ao processo de parentalidade, assim como todas as necessidades identificadas e explicadas pela grávida, sendo estes fatores que possibilitaram a implementação de intervenções específicas direcionadas, através da individualidade de cuidados, com o objetivo de tornar esta realidade o mais gratificante possível para todos os envolventes.

De modo a garantir a participação e o envolvimento do casal no processo de cuidados, foi essencial reforçar o conhecimento em saúde, nomeadamente no que se refere às alterações esperadas que a gravidez acarreta e na identificação dos possíveis sinais de alerta, com o intuito de promover o autocuidado, o autocontrolo, a autovigilância, assim como diminuir a ansiedade do casal e contribuir para uma experiência saudável e realista. Relativamente aos efeitos colaterais da gravidez, estes encontram-se associados a desconfortos e alterações que afetam a vida da grávida/casal. Ao longo deste ensino clínico, os desconfortos mais

referidos pelas grávidas, independentemente da patologia associada, foram a azia, os vômitos e as náuseas, a obstipação, a dor na região lombar e o edema.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), a azia é causada pelo refluxo do conteúdo do estômago para a porção inferior do esôfago, provocado pelo aumento da pressão intra-abdominal, pela diminuição do tônus do esfíncter esofágico inferior ou cárdia e pelo atraso no esvaziamento gástrico. Neste módulo prestou-se cuidados a uma grávida de 22 semanas de gestação, internada com o diagnóstico médico pielonefrite aguda, que referia muito este desconforto, considerado muito característico do segundo trimestre da gravidez. Tornou-se, assim, importante informar e clarificar a mulher acerca de algumas estratégias para alívio da sintomatologia, como por exemplo, evitar posturas fletidas após as refeições, optando por caminhar um pouco e manter a coluna vertebral direita; usar roupa confortável e ligeiramente larga, de modo a não pressionar em demasia a região abdominal; repartir a alimentação em 5/6 refeições diárias e ligeiras; optar por comer mais lentamente e mastigar bem os alimentos antes de os deglutir. Ao longo do internamento, verificou-se que as estratégias incentivadas foram implementadas pela grávida e obtiveram resultados muito positivos.

Relativamente às náuseas e vômitos, esta alteração fisiológica é causada pelo efeito da progesterona e aumento do tempo de esvaziamento gástrico, pela alteração do metabolismo dos hidratos de carbono, de vitaminas e de ferro, pelo decréscimo dos níveis de glicose no sangue, pela fadiga e pela ingestão insuficiente de nutrientes, ocorrendo com mais frequência durante o primeiro trimestre da gestação, terminando entre as 16 e as 20 semanas de gestação. Durante o módulo, algumas grávidas foram internadas com o diagnóstico de "hiperémese gravídica", apresentando mais períodos de náuseas e vômitos no período da manhã (desde o acordar até à hora de almoço). A maior parte das grávidas com esse diagnóstico tinham prescrita dieta zero, nesses casos, as nossas intervenções centravam-se na vigilância do peso diário; na administração de fluidoterapia até tolerar a alimentação oral; na monitorização da ingestão hídrica da gestante, assim como do balanço hídrico; na vigilância da pele, mucosas, características da urina e sinais de hipotensão, tonturas e vertigens; na assistência à retoma da alimentação oral, após 24 horas sem vomitar, iniciando com líquidos claros; na orientação para não ingerir líquidos às refeições e para não passar mais de 12 horas sem comer, evitando assim episódios de hipoglicemia, assim como na promoção de um ambiente tranquilo e no apoio às necessidades da grávida. Nos casos em que tinham dieta prescrita, de modo a aliviar a sintomatologia, prestaram-se alguns ensinamentos à grávida/casal, nomeadamente, antes de se levantar, ingerir pão ou bolachas secas; sempre que acordar à noite, ingerir certos alimentos leves do seu agrado que um familiar pode trazer (pode aliviar a má disposição matinal); estabelecer uma hidratação adequada e suficiente, optando por ingerir pequena quantidade de água de cada vez, entre as refeições; manter uma alimentação equilibrada e rica em nutrientes, repartindo a alimentação em 5/6 refeições diárias e ligeiras. A grávida também foi

incentivada ao autocontrole e autovigilância, nomeadamente no que diz respeito à monitorização do seu peso, assim como observar várias vezes ao dia o estado da sua pele, cabelo e mucosas, de forma a compreender se a hidratação estava a ser eficaz (National Institute of Clinical Excellence [NICE], 2008).

A obstipação foi um dos desconfortos mais referidos pelas grávidas do terceiro trimestre, sendo causada pelo aumento da pressão exercida pelo útero no intestino e pela ação relaxante da progesterona sobre o músculo liso, diminuindo o peristaltismo intestinal. A maior parte dessas queixas vinham associadas a grávidas internadas com patologia que exigia repouso absoluto, nomeadamente as utentes com RPM e APPT. No sentido de aliviar este desconforto, foi ensinado à grávida/casal algumas estratégias facilitadoras, entre as quais, aumentar a ingestão hídrica para 6 a 8 copos por dia, ingerir alimentos ricos em fibras, ingerir líquidos tépidos pela manhã, realizar massagem circular abdominal (exceto as grávidas com APPT) e tentar estabelecer hábitos de eliminação intestinal. Em algumas situações de desconforto intestinal associados a 2/3 dias sem evacuar, foi sugerido à gestante fazer emolientes das fezes ou expansores do volume fecal, surtindo, geralmente, efeito de imediato (NICE, 2008).

As lombalgias são caracterizadas como outro dos efeitos colaterais da gravidez do terceiro trimestre, sendo causadas pelo aumento de peso, pela laxidão dos ligamentos e pela hiperlordose fisiológica. Às grávidas que apresentavam queixas álgicas na região lombar, foi incentivado a adoção de uma postura corporal correta, foi oferecido massagem nessa região, assim como aconselhado o uso de cinta adequada para as mesmas.

Também o edema, considerado mais um dos efeitos colaterais da gravidez, maioritariamente frequente no segundo e terceiro trimestre de gestação, foi muitas vezes referenciado com alguma preocupação pelas gestantes. Os fatores etiológicos dos edemas estão associados ao aumento da permeabilidade capilar, ao aumento da pressão venosa, ao aumento da retenção de água e sódio, assim como a uma dieta pobre em proteínas e rica em sódio e, também, a uma hidratação inadequada durante a gravidez. Perante estes casos, as grávidas foram aconselhadas a realizar períodos de prática de exercício físico (com a bola, pequenas caminhadas ao longo do serviço, etc), a estabelecer uma hidratação adequada (promove a eliminação urinária), a realizar períodos de repouso, a elevar os membros inferiores e a utilizar meias de contenção (Lowdermilk & Perry, 2008).

No sentido de promover o conhecimento em saúde das grávidas/família, procurou-se esclarecer, ensinar e instruir acerca de todas as dúvidas/défices de conhecimento encontrados nomeadamente, no que diz respeito, à preparação para o parto e para a parentalidade. Dentro deste campo, as utentes referiram défice de conhecimentos relacionados com os sinais de alerta na gravidez, os sinais que evidenciavam o início de TP, a amamentação, a nutrição adequada, o desenvolvimento fetal, a ligação mãe/pai-filho, o exercício físico na gravidez, a atividade sexual, a importância de um padrão de sono e

repouso adequado, o uso de substância na gravidez, a importância de manter uma saúde mental adequada, as medidas de segurança para prevenir acidentes, entre outras. Perante estas situações, procurou-se realizar intervenções no sentido de orientar, ensinar, instruir e vigiar, facilitando todo este processo quando as grávidas/família demonstravam disponibilidade para aprender, o que nem sempre foi esse o caso, dando como exemplo a situação da gestante com o diagnóstico de RPM referenciada anteriormente (NICE, 2008).

Nos casos em que foi diagnosticado um défice de conhecimento sobre os sinais de alerta na gravidez, procedeu-se à intervenção no âmbito do ensino, na preparação da alta clínica, explicando que em todas as situações se ocorrer algum destes sinais, é necessário dirigir-se ao centro de saúde ou hospital, sendo estes: a perda vaginal de sangue ou LA, a presença de febre, a diminuição súbita dos movimentos fetais, a presença de uma contração uterina em cada 10 minutos, durante uma hora e dor intensa abdominal, lombar e pélvica. Por outro lado, existem também outros sinais e acontecimentos que podem revelar problemas e até patologia gestacional, sendo necessário uma observação, uma assistência e vigilância mais frequente e especializada, sendo estes: as náuseas e os vômitos persistentes, a dor epigástrica, a disúria, a urgência urinária, o desconforto supra-púbico, o corrimento vaginal com prurido e com ardor e/ou odor fétido associado, as cefaleias intensas ou contínuas com perturbações visuais associadas, assim como os acidentes e/ou os traumatismos na gravidez. Estes são também complicações e sinais de alerta que podem estar associados a patologia gravídica, sendo por isso necessário, recorrer precocemente ao centro de saúde e hospital mais próximo.

Relativamente aos sinais de TP, também foram ensinados e explicados à grávida/casal, sendo estes: perceção de contrações uterinas regulares, dolorosas e de duração e intensidade crescente, aproximando-se cada vez mais, expulsão do rolhão mucoso, rotura espontânea das membranas placentares e extinção e dilatação do colo uterino, sendo este último mais difícil de ser percecionado pela gestante, apesar de confirmar o verdadeiro TP em si (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015).

Em modo reflexivo, durante este módulo, foi possível reconhecer a importância do papel do EESMO, devido às suas competências, aptidões e conhecimentos direcionados para a área de gravidez com complicações, visto que se verificou diariamente que intervenções como o conhecimento da IG, dos sinais e sintomas de alerta, a avaliação e a interpretação adequada dos sinais vitais e da CTG, assim como a realização do exame físico e a

valorização das queixas da grávida, são essenciais para a deteção precoce de complicações na gravidez e promoção da saúde materna e fetal, sendo este o objetivo primordial desta etapa (Graça, 2010).

## 1.2. Trabalho de Parto e Parto

Este módulo possibilitou a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas, imprescindíveis para a prática de cuidados especializados à parturiente e sua família durante o TP e parto, assim como ao RN, facilitando a sua adaptação à vida extra-uterina, garantindo sempre um ambiente seguro com o objetivo de otimizar a saúde de todos os intervenientes, tal como preconizam as diretrizes propostas pelo Regulamento das competências do EESMO (OE, 2019).

Neste contexto, serão descritas as intervenções e os cuidados prestados desde a admissão da parturiente e do seu acompanhante no bloco de partos até à sua saída para o serviço de internamento do puerpério, contextualizando e mobilizando os conhecimentos necessários com base na prática baseada em evidências e no pensamento crítico para a tomada de decisão.

O EESMO tem um papel fulcral em todo este processo, visto que o acontecimento de um parto é uma experiência única na vida da mulher, englobando aspetos emocionais, sociais, físicos e culturais, sendo necessário um atendimento humanizado, de modo a promover um ambiente seguro e confortável, respeitando as vontades e as necessidades da parturiente, contribuindo para o seu bem-estar. Uma das particularidades inerentes a este acontecimento singular e íntimo da vida da mulher, assenta no facto da mesma ser envolvida por sentimentos de insegurança, ansiedade, dúvidas e medo, dificultando, muitas vezes, as intervenções realizadas pelos EESMOs (Carraro et al., 2008).

Durante o estágio hospitalar observaram-se várias situações em que a mulher se encontrava num estado de tal ansiedade que acabava por influenciar todo o processo em si, contribuindo para a ocorrência de desfechos pouco satisfatórios, destacando um caso, em particular, em que se visualizou que a parturiente mostrou pouca confiança na enfermeira especialista que lhe estava a prestar cuidados, mostrando pouca colaboração no período expulsivo, tendo comportamentos como "fechar os membros inferiores, gritar desenfadadamente e não escutar as orientações fornecidas, assim como não realizar os esforços expulsivos eficazmente", acabando por ocorrer um parto distócico por ventosa, em vez de ocorrer um parto eutócico, uma vez que as características do períneo e da sua bacia, mostravam uma adequada compatibilidade feto-pélvica, indicando asseguradamente esse desfecho. Infelizmente acabou por ser uma situação pouco favorável para a mulher e para todos os intervenientes, influenciando o próprio decurso em si, nomeadamente o desfecho do parto distócico que era algo que a mulher queria evitar. Após o parto, tentou-se explorar a situação e compreender o porquê daquela abordagem e daquele comportamento durante o período expulsivo, sendo que a mulher desabafou que se sentia bastante apavorada por nunca ter sido mãe e por ser a primeira vez que estava a parir, e sentiu que os profissionais da saúde que a acompanharam durante o TP não mostraram a disponibilidade necessária ao

ponto de conseguir esclarecer todos os seus receios, medos e dúvidas, contribuindo para que a mesma não se sentisse capacitada para o momento do parto em si, entrando em pânico e dificultando todo o processo.

Esta situação tornou-se numa experiência bastante enriquecedora de aprendizagem, realçando a importância dos enfermeiros especialistas no estabelecimento da comunicação terapêutica eficaz, na promoção de estratégias de apoio, de conforto e de empatia que transmitem segurança emocional e física, destacando a escuta ativa, a disponibilidade constante, o diálogo, o toque terapêutico, entre outros, de modo a prestar cuidados de excelência, contribuindo para uma vivência positiva de todas as partes. Por outro lado, observou-se que os profissionais da saúde que apresentavam posturas mais frias e distantes, que colocavam o seu foco de atenção na fisiologia do TP, descurando as necessidades emocionais da mulher, colocando os seus desejos e questões pessoais em segundo plano, que privilegiavam o atendimento medicalizado e a patologia, contribuíram para os desfechos menos favoráveis e para as situações vivenciadas menos positivas (Marque, Dias & Azevedo, 2006). Torna-se, então, necessário, reforçar que o estabelecimento de uma relação empática, em que se coloca o foco na valorização da mulher e do seu empoderamento para a tomada de decisões, contribuindo para a sua participação ativa em todo o processo de TP e parto, facilitando a sua execução e o seu desfecho, é essencial para tornar o momento mais marcante e importante da vida da mulher numa experiência agradável e positiva, satisfazendo todas as suas necessidades (Graça, 2010).

A mulher que se encontrava em TP podia ser admitida no bloco de partos através da consulta de urgência ou da transferência do serviço de medicina materno-fetal, o internamento de grávidas de risco. O serviço de Sala de Partos do CHUSJ, onde se realizou o estágio, apresentava-se dividido em três setores: a admissão onde eram atendidas as mulheres de urgência obstétrica e de ginecologia; os cuidados intermédios onde eram acompanhadas e vigiadas durante a fase latente do TP; os quartos individuais onde eram acompanhadas e vigiadas durante a fase ativa do TP e onde eram realizados os partos.

Por norma, quando uma grávida era admitida na sala de partos, realizava-se uma breve apresentação do serviço (se possível) e elaborava-se uma entrevista inicial, com o objetivo de conhecer a pessoa a quem se iria prestar cuidados, com base na sua história clínica, pessoal e familiar e na sua situação atual, questionando-se se realizou as sessões de preparação para o parto e parentalidade, se tinha plano de parto preparado, sendo, também, efetuada uma colheita de dados significativos para a identificação de necessidades individuais, englobando o número de gestações, a paridade, o tipo de parto anterior, a existência de patologia associada, o tipo sanguíneo, os exames laboratoriais, a presença de SGB positivo ou desconhecido, o conhecimento de alergias medicamentosas e alimentares, os hábitos de saúde, assim como as expectativas da mulher no que diz respeito ao TP e parto.

Esta abordagem inicial e a realização da colheita de dados minuciosa foi extremamente importante, no sentido de responder adequadamente às necessidades de cada parturiente, tornando-se o momento ideal para estabelecer uma relação de confiança e de empatia, mostrando receptividade e disponibilidade para as mulheres exporem todos os seus sentimentos, preferências, dúvidas, preocupações e receios que, algumas vezes, optaram por não expor a não ser que fossem questionadas. (Lowdermilk & Perry, 2008). Durante o diálogo, as mulheres eram interpeladas acerca da presença do companheiro significativo, das características ambientais na sala de partos, oferecendo-se a presença de música, a temperatura e a luminosidade ao seu gosto, das diversas estratégias farmacológicas e não farmacológicas do controlo da dor, que serão descritas mais à frente no presente relatório, assim como das decisões acerca do RN na transição à vida extrauterina, nomeadamente a participação ativa na laqueação do cordão umbilical, do interesse na realização do contacto pele-a-pele e da amamentação na primeira hora de vida.

Relativamente ao impacto da presença do acompanhante significativo, podendo este ser o companheiro atual/pai do RN ou outro familiar/amigo próximo à sua escolha, tem bastante influência no decorrer do TP e parto. Sendo este um acontecimento que gera muita ansiedade na mulher, o acompanhante possibilitava uma experiência mais tranquila, confortável e agradável à mesma, visto que não só se baseava em observar o que se estava a passar, como era explicado a importância de ter um papel ativo em todo este percurso, colaborando nos cuidados à mesma, dentro do possível. Este apoio contínuo durante o TP e parto encontrava-se associado à diminuição de analgesia farmacológica, ao aumento de partos eutócicos, à redução de partos distócicos por cesariana e instrumentados e, conseqüentemente, ao aumento da satisfação e alegria da parturiente com o acontecimento do parto (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017). Por outro lado, o papel da parturiente não deve ser esquecido, sendo necessário uma postura ativa e orientadora de todo o processo, no sentido de se obter os melhores resultados possíveis, uma vez que o parto é considerado como um fenómeno fisiológico e a mesma desempenha o papel principal, reforçando o empoderamento da mulher em todo o TP (Sodré, Bonadio, Jesus & Merighi, 2010). Aquando a sua entrada na sala de partos, foi também realizado um exame físico em que se avaliou a Frequência Cardíaca Fetal (FCF), a frequência das contrações uterinas, a dilatação e a extinção do colo uterino através do exame vaginal, a avaliação do estado das membranas, e se houver rotura de membranas, as características do LA, assim como as características da apresentação fetal e da bacia da mulher. Ainda no momento da admissão, puncionava-se uma veia com um cateter venoso periférico, de modo a garantir um acesso venoso para a administração de soroterapia e eventuais fármacos durante o TP. As parturientes que se mostravam interessadas acerca da utilização de microlax, estes eram-lhes fornecido caso o desejassem, visto que se sentiam mais confortáveis com a diminuição do risco da libertação de fezes durante o período expulsivo, no entanto, não era um cuidado recomendado de rotina, nem tão pouco obrigatório (Reveiz, Gaitán & Cuervo, 2013).

Após estas intervenções acima descritas, o passo seguinte foi direcionar a parturiente para a área de internamento, conforme o período de TP em que se encontrava. Posto isto, foi importante refletir sobre a caracterização do TP, sendo este um processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as restantes membranas para o exterior do útero, através do canal de parto, encontrando-se dividido em quatro períodos: a dilatação (em que se insere a fase latente e a fase ativa do TP), o período expulsivo, a dequitação e o período de hemóstase (Montenegro, C. B. A. & Rezende Filho, 2014).

### **Período da Dilatação**

Este primeiro período de TP divide-se em duas fases: a fase latente em que decorre desde a regularidade das contrações uterinas até à extinção completa do colo uterino e à dilatação de três a quatro centímetros (cm) do mesmo, e a fase ativa em que decorre o seguimento da descida da apresentação fetal até à dilatação completa do colo uterino. Segundo Graça (2010), a duração deste primeiro estágio de TP pode ser até 20 horas na nulípara e até 14 horas na múltipara, porém, há fatores que podem influenciar este tempo específico, derivados das diversas intervenções dos profissionais da saúde, perante as características de cada TP.

Segundo a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO, 2009), os sinais que indicam o início de TP assentam: no início da extinção e da dilatação do colo do útero, na existência de contrações uterinas regulares, na expulsão do rolhão mucoso e na saída de LA. Para que se conseguisse planejar intervenções adequadas, foi necessário ter presente estes sinais e proceder ao registo de todas as alterações e a evolução do TP no partograma e no sistema informático. O partograma é um método acessível de comunicação entre a equipa multidisciplinar, onde se insere a gestão do TP e a sua evolução, incluindo as seguintes informações: IG, número de gestações, paridade, tipo sanguíneo, SGB positivo ou desconhecido, patologias associadas, extinção e dilatação do colo uterino, contratilidade uterina, planos de Hodge (progressão da apresentação fetal), FCF, sinais vitais maternos, data e hora da rotura de membranas (espontânea ou artificial) e características do LA, administração de terapêutica, entre outras intervenções ou dados relevantes. Um dos seus principais objetivos é a realização de uma avaliação adequada do TP em que se consegue visualizar as informações significativas do mesmo, no sentido de diminuir as intervenções obstétricas realizadas desnecessariamente. Contudo, a evidência científica demonstra que a utilização do partograma na fase latente do TP pode apresentar implicações no aumento da realização da amniotomia, no aumento da administração de ocitocina e, conseqüentemente, na elevação da taxa de partos distócicos por cesariana, sendo mais vantajoso o seu registo ser apenas iniciado na fase ativa do TP (Lavender, Cuthbert & Smyth, 2018).

Uma das intervenções que se realizou durante TP foi o exame tocológico em que se baseia na caracterização da extinção e dilatação do colo uterino, na compreensão do tipo de

apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), na classificação da situação fetal (longitudinal, oblíqua ou transversa), na determinação da variedade fetal (posterior, anterior ou transversa), na posição fetal (esquerda ou direita) na progressão da apresentação fetal através dos planos de Hodge e na averiguação da integridade das membranas amnióticas (Graça, 2010). Este exame era feito no momento da admissão, quando havia indícios da evolução do TP (aumento da contratilidade uterina, alterações da FCF), após algumas intervenções que o justificassem (colocação de cateter epidural, amniotomia) e quando a parturiente se encontrava com queixas significativas (aumento da pressão perineal, aumento da dor percecionada). Contudo esta prática era realizada o mínimo possível, de modo a prevenir lesões perineais, edemas do colo do útero, infeções, sendo feita sempre com técnica asséptica e com a utilização de gel lubrificante, de maneira a reduzir o desconforto causado na mulher e sempre com o consentimento informado da mesma, respeitando sempre a sua privacidade (Montenegro C. A. B. & Rezende Filho, 2014).

Um dos aspetos que mais suscitou dificuldades, durante o módulo prático, assentou exatamente na caracterização das estruturas pélvicas através do toque vaginal e na compreensão da variedade e da descida da apresentação fetal através dos planos de Hodge, sendo estes indicadores da relação entre o feto e uma linha imaginária traçada entre as espinhas isquiáticas da pelve. No entanto, procurou-se ser sempre proativa e dinâmica aproveitando todas as oportunidades possíveis com o objetivo de evoluir na aquisição de conhecimentos práticos desta vertente, proporcionando uma proximidade cada vez maior com uma avaliação adequada nesse sentido (Lowdermilk & Perry, 2008).

Outra forma que possibilitou compreender a disposição do feto foi através da realização das manobras de Leopold, uma vez que consegue transmitir informações acerca do tipo de apresentação fetal, da situação fetal e da posição fetal, assim como na determinação do foco fetal para a colocação da CTG utilizada na vigilância materno-fetal durante o TP.

No que diz respeito à monitorização através da CTG, alguns autores consideram este método como um meio de prevenção da morbilidade intra-parto e sofrimento fetal, dado que possibilita a avaliação da FCF, podendo indicar sinais de hipoxia fetal (Devane, Lalor & Bonnar, 2007). No ambiente hospital, a CTG era, geralmente, utilizada de forma contínua após a admissão, em qualquer parturiente, apesar do protocolo do serviço indicar que o seu uso deve ser de forma intermitente e realizado por 20/30 minutos (min) em cada 2 horas, na fase latente do TP, apresentando alguma contradição. Assim, uma vez que existe algum contrassenso na aplicação deste método, foi bastante pertinente aprofundar a pesquisa científica de forma, a compreender esta temática, o melhor possível. Segundo Porto, Amorim e Souza (2010), a utilização contínua do CTG não apresenta melhorias significativas relativamente ao prognóstico neonatal, tendo algumas implicações na morbilidade materna, destacando desvantagens como a limitação da liberdade para a deambulação materna, o aumento da probabilidade de intervenções, como por exemplo, o parto distócico por cesariana e partos instrumentados, visto que poderá haver alguns resultados caracterizados

como falsos-positivos que podem induzir em erro indicando situações de sofrimento fetal, quando na realidade não existem, devido à complexidade dos padrões da FCF.

Segundo Harvey (2004), o uso da CTG deve ser realizado de forma intermitente nas grávidas de baixo risco, desaconselhando a utilização contínua do mesmo após a admissão da parturiente em TP, demonstrando através de estudos realizados que o primeiro apresenta maior eficácia, mantendo sempre a salvaguarda de alterar o meio de avaliação para contínuo, caso seja detetado algum sinal de risco ou alguma alteração significativa. Também refere que os melhores momentos para a colocação da CTG intermitente sejam min antes e durante a contração uterina, no sentido de haver possibilidade de comparação de dados referentes ao estado fetal nas diferentes situações. Um outro estudo realizado por Alfirevic, Devane e Gyte (2013), demonstrou que o uso da CTG contínuo apresenta uma redução no número de casos de convulsões neonatais, contudo, não demonstra nenhum resultado acerca da alteração do número de casos de paralisia cerebral, da morbidade e da mortalidade infantil, realçando, apenas, um aumento significativo de partos distócicos por cesariana, bem como de partos instrumentados. Por outro lado, o uso da CTG permite a possibilidade do registo contínuo das contrações uterinas, identificando a sua frequência que será sempre uma avaliação bastante útil no que diz respeito à evolução do TP, assim como, o registo contínuo da variabilidade da FCF, podendo esta suscitar algumas interpretações diferentes por parte dos profissionais da saúde, levando a uma atuação precoce por intervenções desnecessárias perante sinais suspeitos, resultando numa diminuição da morbidade da mulher e, conseqüentemente, uma diminuição da humanização do parto, que por si só, se torna mais desvantajoso para a mulher (APEO, 2009). Assim, conclui-se que, a maior parte dos autores defendem que a auscultação intermitente deve ser a opção escolhida durante o TP, optando pela monitorização contínua somente em situações que demonstrem um risco elevado de comprometimento materno e/ou fetal (Graça, 2010). No entanto, no meio hospitalar, apercebeu-se que é muito complicado realizar somente a monitorização intermitente em todas as parturientes internadas, justificado pelo rácio EESMO-parturiente, tornando-se a monitorização contínua da CTG na fase ativa do TP, a opção mais segura para todos os intervenientes, pois assim, conseguiu-se uma melhor vigilância e atenção a qualquer sinal de alarme que pudesse existir.

Perante esta situação que pode originar várias interpretações diferentes, tornou-se fulcral conhecer adequadamente todos os padrões que dizem respeito à CTG, contribuindo assim para uma melhor e correta avaliação do mesmo. Segundo Montenegro, N., et al (2014), o traçado cardiotocográfico é classificado em três categorias, sendo estas identificadas como traçado tranquilizador, traçado não tranquilizador e traçado patológico. Um traçado tranquilizador inclui as seguintes características: a linha de base com FCF entre 110 e 160 batimentos por minuto (bpm), a presença de acelerações, a ausência de desacelerações da FCF e uma variabilidade normal (>5 bpm e <25 bpm), assegurando o bem-estar fetal. Este tipo de traçado assegura sempre o bem-estar fetal, demonstrando uma adequada

oxigenação fetal, tornando-se pouco provável a hipótese de existir acidose e/ou hipoxia fetal.

Um traçado suspeito ou não tranquilizador apresenta sinais como: bradicardia fetal ligeira (90-110 bpm), taquicardia fetal ligeira (160-180 bpm) com a parturiente apirética, variabilidade diminuída sem estarem associadas a padrões periódicos, desacelerações ligeiras ou moderadas com variabilidade normal da FCF basal, desacelerações tardias acompanhadas por certas contrações uterinas, entre outros. Estes sinais podem indicar situações de hipoxia fetal, derivado da hipertermia materna que resulta em taquicardia fetal, da hipertonia uterina, da hipotensão materna, do inadequado posicionamento da mesma que pode comprometer a oxigenação fetal, da terapêutica administrada, como por exemplo, opiáceos, entre outros (Montenegro, N. et al, 2014).

Perante estas situações, foi essencial uma experiente e adequada interpretação, sendo, muitas vezes, necessário a aplicação de algumas estratégias, de modo a despistar e reverter as possíveis causas, nomeadamente: a alteração da posição da parturiente, com o objetivo de melhorar a perfusão útero-placentária; o aumento da administração de soroterapia, para reverter um caso de hipotensão materna e, conseqüentemente, os riscos para o feto; a realização do exame tocológico, no sentido de despistar um caso de prolapso do cordão umbilical; a interrupção da indução de TP; a realização de tocólise em casos de taquissístolia, e, poderá, também, ser aplicado a oxigenoterapia, apesar de esta última não ser devidamente comprovada como prática correta, devido à ausência de estudos que demonstrem benefícios ou desvantagens da mesma para melhorar o bem-estar fetal (Fawole & Hofmeyr, 2012). Na maior parte das situações experienciadas, estas medidas foram suficientes para reverter os sinais de alarme, não sendo necessário a extração imediata do feto, nem a realização de parto por cesariana emergente. No entanto, este tipo de traçado, encontra-se, muitas vezes associado, a um elevado número de falsos-positivos, pois gera diferentes interpretações, uma das quais o diagnóstico de “sofrimento fetal”, contribuindo para um aumento da taxa de partos distócicos por cesariana desnecessários, que não é de todo o que se pretende, realçando assim, mais uma vez, a importância de uma avaliação cuidada, adequada e experiente destes casos, no sentido de reduzir a morbidade materna e promover a humanização do parto (Robinson, 2008; Graça, 2010).

Por fim, um traçado patológico é caracterizado pela presença de um ou mais dos seguintes critérios apresentados: variabilidade curta reduzida, variabilidade longa reduzida, padrão sinusoidal, desacelerações repetitivas com variabilidade reduzida ou desacelerações prolongadas e FCF basal <100 bpm e >180 bpm. Este tipo de traçado encontra-se, geralmente, associado a casos de asfixia e, conseqüentemente, sofrimento fetal, podendo ser causados por compressão grave do cordão umbilical, hemorragia feto-materna, DPPNI, infeção fetal, atraso de crescimento intra-uterino, insuficiência útero-placentária, hiperestimulação uterina, entre outras. Nestas situações, dificilmente se consegue reverter

a causa de imediato, sendo a atuação mais eficaz a ocorrência de parto distócico por cesariana e a extração do feto o mais rapidamente possível (Montenegro, N. et al, 2014).

Durante a fase ativa do TP, a monitorização da CTG contínua é realizada externamente, sendo apenas introduzida internamente nas situações em que há uma recorrente perda de sinal da FCF ou em parturientes muito obesas em que se tem muita dificuldade em colocar e fixar o sensor cardiotocográfico, sem se conseguir captação contínua da FCF.

Durante o módulo, vivenciaram-se duas situações de hipoxia aguda fetal, em que ambas as parturientes eram primigestas e com gestações de termo, apresentando um traçado tranquilizador desde o início do internamento na sala de partos. Na primeira situação, enquanto se observava o traçado através da CTG, verificou-se uma diminuição brusca e duradoura da FCF, mantendo-se abaixo da linha de base com uma amplitude superior a 15 bpm. Perante este acontecimento, convocou-se de imediato duas enfermeiras especialistas que se dirigiram para junto da parturiente, contactando-se o médico obstetra que se encontrava de serviço. De modo a conseguir-se compreender e consequentemente reverter a causa da desaceleração prolongada, uma vez que já estava a decorrer há três minutos, a primeira atitude a tomar, após se verificar que os sinais vitais da parturiente se mantinham estáveis, foi suspender a ocitocina em perfusão, no sentido de aumentar o intervalo entre as contrações uterinas e ajudar a recuperação da oxigenação. A segunda atitude foi a realização de um exame tocológico, aproveitando o facto da parturiente se encontrar na posição dorsal, de modo a diagnosticar o possível prolapso do cordão umbilical, uma vez que a mesma tinha apresentado a rotura espontânea de membranas há aproximadamente 20 min e, ao mesmo tempo, avaliar as condições tocológicas, no sentido de se decidir a via do parto, caso não ocorresse uma reversão rápida da situação. Após se ter verificado que não se tratava da existência de prolapso do cordão umbilical, resolveu-se orientar a parturiente para o lado esquerdo, de forma a aumentar a perfusão uteroplacentária, evitando a compressão do útero sobre a veia cava inferior, pelo que, finalmente, após cinco min desde o início da desaceleração, a FCF começou a estabilizar, rondando os 120/130 bpm. Durante este processo, manteve-se sempre muita atenção aos limites do tempo, visto que a equipa de profissionais presente estava preparada para tomar a decisão de realizar o parto distócico por cesariana, se o tempo excedesse os sete min. Após este acontecimento, manteve-se uma vigilância mais ativa e atenta à monitorização da CTG, não havendo mais nenhuma situação de alarme até ao momento do parto eutócico que ocorreu sem intercorrências. Na segunda situação que envolveu a outra parturiente também primigesta e com uma gestação de termo, apresentando um traçado tranquilizador desde o início do internamento na sala de partos e uma contratilidade uterina regular, aproximadamente 3/4 contrações por cada 10 min, também, posteriormente, se verificou uma diminuição brusca e duradoura da FCF, mantendo-se abaixo da linha de base com uma amplitude superior a 15 bpm, enquanto se observava o traçado através da CTG. No entanto, nesta situação, a causa da desaceleração, foi mais facilmente detetada, visto que no momento em que se verificou a diminuição da

FCF, apercebeu-se que a parturiente se encontrava em taquissistolia, apresentando mais de cinco contrações uterinas num intervalo de 10 min, sendo considerado um caso de hipercontratilidade espontânea, uma vez que não foi submetida a indução nem aceleração do TP. Deste modo, enquanto se verificava que os sinais vitais maternos se encontravam estáveis junto das duas enfermeiras especialistas, o médico obstetra do serviço foi contactado, apresentando-se logo de seguida junto da utente. Após uma rápida avaliação da situação, verificando que a hipercontratilidade uterina espontânea era a causa mais provável do sucedido, o obstetra prescreveu uma terapêutica inerente à tocolise aguda, sendo o salbutamol o fármaco escolhido, pelo que foi administrado, por via endovenosa, uma ampola de 0,5 miligramas (mg) em 100 mililitros (ml) de soro fisiológico, numa bomba perfusora a 300 ml/hora durante cinco min. Após o fim da administração dessa terapêutica, verificou-se que não foi suficiente para a estabilização da FCF e, visto que a desaceleração se prolongou por sete minutos, a tomada de decisão médica imediata recaiu no parto distócico por cesariana emergente, uma vez que não existiam condições tocológicas favoráveis para a realização de um parto instrumentado. O desfecho da situação acabou por ser satisfatório, dado que tanto a mulher como o RN se encontraram estáveis após a realização do parto distócico por cesariana. Estas duas situações mencionadas foram extremamente importantes para a aquisição e o desenvolvimento de competências, no sentido de promover a consciência da tomada de decisão e o quão importante é ser possuidora dos conhecimentos necessários, de modo a agir o mais rapidamente possível em acontecimentos de risco e desafiantes como estes, com o objetivo de evoluir na autonomia profissional, enfrentando, futuramente, os problemas derivados da prática clínica com mais confiança e eficácia (Campos, Silva & Costa, 2011).

Outro indicador importante para a vigilância do bem-estar materno-fetal assenta no estado das membranas fetais, principalmente nas parturientes portadoras de SGB positivo (uma vez que a rotura de membranas é considerada, também, um fator de risco para adquirir infeção). A transmissão vertical do SGB durante o TP pode provocar problemas respiratórios, sepsis e meningite neonatal logo na primeira semana de vida. Perante estes casos, foi necessário administrar à parturiente o protocolo de antibioterapia intra-parto, possibilitando uma diminuição imediata do número bacterial, resultando na redução da probabilidade de ocorrer infeção neonatal (Ohlsson & Shah, 2013). Segundo Montenegro, N. et al (2014), é necessário realizar a profilaxia antibiótica na presença do SGB positivo quando a mulher inicia o TP, na rotura prolongada de membranas superior a 12 horas e quando a parturiente manifesta febre intra-parto, no sentido de prevenir e/ou reduzir o risco de infeção neonatal e materna, apresentando conformidade com o protocolo do serviço hospitalar.

Nas situações em que a parturiente apresentava SGB positivo e integridade das membranas amnióticas, caso fosse necessário proceder à realização da amniotomia, esta só era concretizada depois de ter sido administrado a segunda toma de antibioterapia. Há autores que aconselham a rotura de membranas artificialmente, apenas, em situações de

necessidade, uma vez que as membranas íntegras promovem a proteção da cavidade uterina e do feto contra os microrganismos que poderão estar presentes na mucosa vaginal (Barros, 2006).

Segundo Cohain (2013), em 15% das grávidas, o TP inicia-se com a rotura espontânea das membranas, podendo esta, também, acontecer posteriormente, ao longo do TP, contudo, seja em que momento for, é fulcral proceder a avaliação do LA, dado que nos pode transmitir informações relevantes do estado fetal e possíveis sinais de alerta. O LA considerado normal, apresenta na sua constituição grumos de vernix, mantendo uma coloração clara, sem cheiro (Barros, 2006). Quando se procedeu à avaliação do LA, foi importante reparar na cor, na quantidade de líquido quando ocorreu a rotura de membranas, assim como no cheiro, visto que nos podiam transmitir alguma alteração significativa. Se o LA apresentasse uma cor esverdeada ou acastanhada, significava que tinha presença de mecónio, podendo conter um odor intenso e ser sugestivo de infeção, aumentando a probabilidade de ocorrer sofrimento fetal. Há autores que defendem que a presença de mecónio espesso no LA, contribui para o aumento da taxa de partos distócicos por cesariana e do número de casos de internamento dos RNs no serviço da Neonatologia, apresentando um baixo índice de Apgar no 1.º min de vida (Duhan, N., Paul, Duhan, U. & Anjali, 2010). Se o LA apresentasse uma cor avermelhada, podia significar presença de hemorragia interna. Relativamente à quantidade, podia indicar uma suspeita do diagnóstico oligoâmnios ou hidrâmnios.

É importante lembrar que quando apareciam situações de mecónio presente no LA, a maioria dos casos não estava associada a cheiro fétido (sinal que indicava a presença de infeção), no entanto aplicou-se sempre estratégias que estão na base da prevenção da Síndrome de Aspiração Meconial, vigiando-se regularmente e atentadamente as características do LA e a sua evolução, assegurando-se o bem-estar fetal, garantindo a presença do pediatra ao nascimento e a presença do material de reanimação e aspiração do RN preparado, caso fosse necessário intervir de imediato (Colvero, M. O., Colvero, A. P., Fiori & Garcia, 2006).

Durante o TP, não só se monitorizou passivamente a sua evolução, mas também foi frequente a aplicação de estratégias interventivas que promoviam a progressão do mesmo, com o objetivo de o acelerar para melhorar as condições materno-fetais. Um dos exemplos destas estratégias foi a realização da amniotomia, sendo definida como a rotura de membranas artificial. Sempre que se tomava a decisão de realizar este procedimento, procurou-se cumprir com os requisitos necessários para evitar complicações, como por exemplo, esperar pelos cinco cm de dilatação cervical, pela presença da apresentação insinuada e pela sensação de membranas a tufar ao toque, numa fase ativa do TP. Segundo o protocolo de serviço, esta intervenção era realizada aos cinco cm de dilatação cervical, no entanto, houve situações que não se realizou este procedimento, visto que, também, apresentava riscos para o feto, nomeadamente um maior número de casos de céfalo-hematoma fetal e o prolapso do cordão umbilical que implicaria um parto distócico por

cesariana de emergência. Por isso, a maioria dos profissionais da saúde tomavam a decisão de realizar a amniotomia quando se suspeitava de poder haver probabilidade de sofrimento fetal, necessitando de averiguar as características do LA, e também, por vezes, quando se encontrava associada à perfusão de ocitocina, tendo sido sempre prescrita pelo médico e com a apresentação insinuada. Numa revisão sistemática, os autores Wei et al. (2013) referem que existem resultados que confirmam que a realização de amniotomia associada à perfusão ocitócica contribui para uma diminuição das taxas de parto distócico por cesariana.

Antes da realização desta intervenção, procurando cumprir com os requisitos necessários anteriormente mencionados, o procedimento era explicado à parturiente, assim como todas as suas vantagens e os riscos possíveis, garantindo sempre o respeito pela sua dignidade e individualidade de cuidados, assegurando o seu consentimento informado e a sua liberdade de escolha na tomada da decisão. Para se iniciar a sua execução, procurava-se esperar pela presença de contração uterina na fase ativa do TP e através de uma técnica asséptica, inseriu-se a pinça de Herff para romper as membranas amnióticas, tendo o cuidado de manter a mão no colo uterino, durante e após o seu rompimento, permitindo, lentamente, a saída do LA após a mobilização ligeira da apresentação, ajudando-a a apoiar, verificando sempre se não havia risco de ocorrer prolapso do cordão, terminando a intervenção com essa certeza (Montenegro C. A. B. & Rezende Filho, 2014).

Seguidamente era obrigatório colocar a CTG contínua (se ainda a parturiente não se encontrava em monitorização contínua), de forma a avaliar o estado fetal e a despistar qualquer sinal de alarme sugestivo de sofrimento fetal, não esquecendo de registar a intervenção da amniotomia no processo clínico da utente e no seu partograma, contendo a hora do seu acontecimento e as respetivas características do LA (cor, quantidade e cheiro), avaliando-se a temperatura corporal a cada duas horas, devido à presença de risco de infeção, dada à probabilidade dos microrganismos presentes na flora vaginal subirem até à bolsa amniótica (Montenegro C. A. B. & Rezende Filho, 2014).

Durante o módulo, foi possível compreender que nem sempre o TP decorreu adequadamente, surgindo, por vezes, algumas anomalias inerentes aos mecanismos do TP. A distócia é um termo que caracteriza exatamente esse tipo de anomalias, sendo definida como uma evolução lenta do TP inerente à presença de fatores patológicos que impedem que a dilatação do colo do útero e a progressão do feto pelo canal de parto ocorram eficazmente até ao momento da sua expulsão. Os mecanismos que se encontram na base da causa da distócia podem ser de natureza dinâmica e de natureza mecânica, sendo os primeiros caracterizados pela existência de forças expulsivas anómalas associadas à disfunção contrátil uterina e ao esforço voluntário muscular pouco adequado durante o período expulsivo, e os segundos caracterizados pela existência de alterações inerentes à apresentação, à posição e às dimensões do feto, às anomalias da bacia materna, assim como dos tecidos moles presentes no canal de parto (Graça, 2010).

Há autores que referem que a maioria das situações de distócia são causadas pelas contrações pélvicas associadas à disfunção contrátil uterina (podendo ser hipotónica ou hipertónica), sendo esta caracterizada pela ausência de forças uterinas adequadas e eficazes na extinção e dilatação do colo uterino, informando que, principalmente, acontecem nos casos em que há uma desproporção entre as dimensões do canal de parto e da apresentação fetal (Cunningham et al, 2012).

Relativamente à disfunção contrátil hipotónica, as contrações existentes neste caso são de baixa amplitude, sendo insuficientes para desenvolver a extinção e a dilatação do colo uterino de forma eficaz e a um ritmo considerado normal, uma vez que a sua duração não é superior a 45 segundos, tendo um intervalo entre as contrações bastante alargado, havendo, aproximadamente, menos de duas contrações em cada 10 min. As causas desta disfunção contrátil assentam, maioritariamente, na presença de incompatibilidade feto-pélvica, nas situações de primeira gravidez em idade mais avançada, onde existe alguma rigidez cervical ou fibrose do colo uterino, e nos casos de hiperdistensão uterina, por exemplo situações de hidrâmnios e de gravidez gemelar (Cunningham et al, 2012).

No que diz respeito à disfunção contrátil hipertónica, esta é caracterizada pela contratilidade uterina não coordenada (ondas contráteis de vários tipos e amplitudes, apresentando intervalos curtos e irregulares) podendo levar a situações de assincronismo, de taquissístolia (mais de cinco contrações em cada 10 min) e de hipertonia uterina, sendo esta última caracterizada pelo aumento patológico da atividade miométrial, com presença de contrações de maior duração, amplitude e frequência associadas ao aumento do tónus basal (Cunningham et al, 2012).

Em relação aos casos de distócia mecânica presentes no módulo, a maioria deles encontrava-se associado a incompetências feto-pélvicas e a apresentações de variedade occipito-posteriores, sendo esta provocada, geralmente, pelo estreitamento transversal da bacia materna, dificultando, dessa forma, a rotação interna da apresentação fetal para uma variedade anterior. Foi notória a percepção que se conseguiu ter através destas situações que o TP decorria de forma muito mais prolongada e a apresentação fetal progredia muito mais lentamente. O desfecho mais comum que se visualizou neste tipo de distócias foi a realização de um parto distócico por cesariana (Graça, 2010).

Uma das estratégias interventivas que se utilizou para promover a progressão do TP, nomeadamente, nas situações em que se verificava uma evolução a um ritmo bastante lento do mesmo, foi a administração de ocitocina em perfusão, com o intuito de estimular a contractilidade uterina. Contudo, é essencial verificar que não havia nenhum indício de sofrimento fetal e que não estávamos perante uma incompatibilidade feto-pélvica, pois, caso contrário, a realização de parto distócico por cesariana seria a atitude a tomar, assim que esse diagnóstico fosse identificado. A perfusão de ocitocina deverá ser realizada a um ritmo progressivo até se obter contratilidade uterina regular, atingido este objetivo, deverá

manter-se a partir daí o mesmo ritmo de perfusão, tendo sempre em atenção a tolerância e o bem-estar da parturiente. Sempre que existiam situações em que se verificasse sofrimento fetal e em que não houvesse alterações a nível do colo uterino e da descida da apresentação fetal, essa mesma perfusão era interrompida (Cunningham et al, 2012).

Há autores que determinam os tempos médios de duração nos diferentes períodos do TP, informando que o primeiro dura, em média, entre 10 e 15 horas, no entanto, é importante referir que a evolução de TP varia de mulher para mulher e todos os casos são diferentes. Por sua vez, quando se estava perante uma situação em que a parturiente se mantinha com a mesma dilatação uterina durante mais de duas horas, era considerado uma paragem na progressão do TP, daí poder beneficiar da perfusão ocitócica para acelerar o TP, mantendo sempre a avaliação da CTG contínua, no sentido de despistar qualquer sinal de alarme, nomeadamente sofrimento fetal e taquissístolia. Todavia, quando esta estratégia não era eficaz e continuávamos perante uma não progressão do TP, fazendo 4 horas de paragem do mesmo, era identificado o diagnóstico de TP estacionário, tendo sido decidido por parte do obstetra a realização de um parto distócico por cesariana, associando, também ao facto, da parturiente já se sentir desmotivada e bastante exausta com esta falta de evolução (Montenegro, N. et al, 2014).

Ainda sobre a administração de ocitocina, é importante ter conhecimento que esta está contraindicada em casos de apresentação não cefálica, de placenta prévia, de cicatriz uterina não segmentar, de hemorragia genital com gravidade clínica, de incompatibilidade feto-pélvica e de estado fetal não tranquilizador. Nas parturientes em que era prescrita e posteriormente administrada a ocitocina, foi importante vigiar com rigor a CTG e as queixas das parturientes, visto que a mesma pode apresentar complicações feto-maternas, nomeadamente, o descolamento prematuro da placenta, a laceração do colo uterino, a hemorragia, a rotura uterina, a hiperestimulação uterina, a retenção hídrica e a ocorrência de desacelerações da FCF (manifestando-se hipoxia fetal), devido à diminuição do fluxo placentário (Lowdermilk & Perry, 2008; Montenegro, N. et al, 2014).

Buchanan, Patterson, Roberts, Morris e Ford (2012) referem, através de um estudo realizado, que a administração de ocitocina pode aumentar o risco de morbilidade materno-fetal, de partos distócicos por cesariana e instrumentados, defendendo que a sua utilização apresenta benefícios, mas que é essencial tomar as medidas necessárias de prevenção para minimizar ao máximo os riscos respetivos, respeitando sempre as normas preconizadas pelas guidelines orientadoras.

Todos os riscos foram tomados em conta, principalmente sempre que se aumentava o débito de perfusão, segundo o protocolo de serviço, tomando as medidas necessárias de segurança para que a parturiente se sentisse bem e o TP não ultrapassasse os limites fisiológicos. Assim procurou-se vigiar com rigor os sinais vitais maternos, o traçado da CTG, o nível de dor e potenciar a hidratação venosa, incentivando o decúbito lateral esquerdo para estimular o

fluxo placentário. Assim, quando se esteve presente numa situação de hiperestimulação uterina, manifestando-se diversas desacelerações da FCF, foi aplicado o protocolo de salbutamol (um tocolítico de eleição para este tipo de ocasiões, visto ser um inibidor das contrações uterinas e ter um efeito relaxante) sendo administrado por bomba infusora, vigiando-se sempre a FC materna, uma vez que pode causar taquicardia. Até haver reversão da hiperestimulação uterina e estabilização da FCF, não se saiu de perto da parturiente, estando sempre em alta vigilância do estado materno-fetal até não se verificarem mais riscos e o seu bem-estar se encontrar assegurado (Montenegro N. et al, 2014).

Durante a evolução do TP, a mulher ia expressando uma maior sensação de dor e de desconforto. Segundo Lowdermilk e Perry (2008), a dor referente ao TP apresenta uma origem visceral e somática, variando ao longo da sua progressão, associada às alterações e adaptações anátomo-fisiológicas da parturiente inerentes a este processo. No primeiro período do TP, a dor encontra-se relacionada com as alterações do colo do útero, a isquemia uterina e a distensão do segmento inferior, localizando-se na porção inferior do abdómen emergindo na zona lombo-sagrada, nos glúteos, nas coxas e ao nível das cristas ilíacas, sendo caracterizada como dor de origem visceral. No segundo período de TP predomina a dor de origem somática, uma vez que é caracterizada como aguda, intensa e bem localizada, resultante do estiramento dos tecidos perineais e do pavimento pélvico, que englobam a distensão e a tração do peritoneu e dos ligamentos útero-cervicais pela passagem do feto no canal de parto, sendo associada, também, à pressão fetal exercida na bexiga, no intestino, assim como nas outras estruturas pélvicas e aos esforços expulsivos. Já no terceiro e quarto período do TP, a dor volta a ser caracterizada de origem visceral, assemelhando-se ao primeiro período, uma vez que é, principalmente, concentrada apenas ao nível do útero (Lowe, 2002).

A dor no TP, para além de ser influenciada por fatores fisiológicos, também é associada a fatores psicológicos, sociais e ambientais, sendo importante, compreender que a presença de ansiedade, podendo estar relacionada com a não preparação adequada para o parto, a falta de apoio, a sensação de desconforto, a solidão, o medo e a insegurança pelo desconhecido, assim como, uma experiência obstétrica anterior desfavorável, entre outros, pode ser prejudicial para a mulher e para o feto, uma vez que o stress pode interferir negativamente na evolução do TP, devido à descarga de adrenalina que provoca, podendo resultar em desfechos menos positivos (Graça, 2010).

Assim, torna-se essencial refletir sobre estratégias de gestão da dor, podendo ser farmacológicas e não farmacológicas. Dentro das estratégias farmacológicas, a mais comum e a mais escolhida pelas parturientes foi a analgesia pela via epidural, no entanto na fase latente do TP, também se recorreu bastante aos opioides de analgesia sistémica como a petidina e o tramadol, de forma a tolerarem melhor a dor enquanto ainda não apresentavam condições favoráveis para a administração da analgesia pela via epidural.

A petidina apresenta uma eficácia bastante elevada no alívio da dor intensa e persistente, contudo, é de realçar que pode gerar alguns efeitos secundários, como náuseas e vômitos, sonolência, confusão, taquicardia ou bradicardia materna, depressão respiratória, retenção urinária, prurido, diminuição da contratilidade uterina, diminuição da variabilidade e bradicardia fetal, sendo extremamente necessário vigiar regularmente os sinais vitais maternos e a CTG, de modo a despistar algum indício de sofrimento fetal. Outra característica importante inerente a esta toma, é o facto de, se por acaso, o parto surgir entre uma a quatro horas depois da administração da petidina, deve-se manter por perto o antídoto referente à depressão respiratória do RN (naloxona), visto que há alguma probabilidade de isso acontecer. Keskin, H. L., Keskin E. A., Avsar, Tabuk e Caglar, (2003) referem que a petidina apresenta uma maior eficácia analgésica que o tramadol, uma vez que se encontra associada a uma menor incidência de efeitos adversos maternos. No entanto, durante o módulo, utilizámos ambos os fármacos de acordo com a prescrição médica e tendo sempre, por base, todos os cuidados de vigilância adequados (Montenegro N. et al, 2014).

Segundo o protocolo de serviço da Sala de Partos, o cateter epidural é colocado pelo médico anestesista, quando solicitado, numa fase ativa do primeiro período do TP, sendo maioritariamente, ao nível dos 4-5 cm de dilatação do colo uterino. Há autores que demonstram que a analgesia pela via epidural antes dos 4 cm de dilatação do colo uterino, resulta maioritariamente numa maior taxa de partos distócicos por cesariana, bem como instrumentados (Moore, A. R., Shan & Hatzakorzian, 2013).

No momento da realização desta técnica, foi sempre associado uma perfusão rápida de um soro fisiológico, pelo risco de hipotensão causada pela analgesia por via epidural. O cateter epidural é introduzido na região lombar entre a L2 e a L5, através de uma punção, que atravessa a pele e os tecidos subcutâneos, no espaço epidural, onde posteriormente é administrada a medicação, sendo esta um anestésico local (ropivacaína, lidocaína ou bupivacaína) combinada com um opiáceo (sufentanil ou fentanil). O fármaco mais utilizado no CHUSJ foi a ropivacaína, apresentando a vantagem de ser o anestésico com menor toxicidade, menor bloqueio motor e que não se encontra associado a vasoconstritores, permitindo uma maior mobilidade da parturiente, comparativamente aos outros mencionados. Durante a técnica, havia uma colaboração com o médico anestesista relativamente à preparação do material para a colocação do cateter epidural, ao posicionamento adequado da mulher e à posterior gestão da medicação através do mesmo, segundo o protocolo, sendo administrada através de bólus prescritos durante o TP. Há autores que confirmam que a analgesia pela via epidural apresenta maiores vantagens de forma não contínua, visto que a contínua está associada a uma maior taxa de partos instrumentados e de partos distócicos por cesariana, não havendo referência em termos de diferença na duração do TP entre ambas (Skrablin, Grgic, Mihaljevic & Blajic, 2011).

Após a execução desta técnica asséptica pelo anestesista, explicou-se à parturiente a importância de se manter na posição de decúbito dorsal durante, pelo menos, 5 min, de maneira que a medicação fosse igualmente distribuída pelo corpo, notando que o alívio da dor ocorresse de modo lento e gradual, maioritariamente após 10 min da sua administração. Foi fulcral a vigilância adequada durante e após este processo, avaliando a PA e a FC, devido ao risco inerente de hipotensão materna, e a CTG de modo a verificar a existência de comprometimento fetal. As parturientes também foram informadas acerca dos efeitos secundários desta técnica e da medicação subjacente, nomeadamente, a presença de hipotensão, de cefaleias, de lombalgias, de náuseas e de vômitos, de prurido, de tremores e de retenção urinária, por diminuição da sensibilidade para urinar (Martins, Marques & Tomé, 2002). A maior parte das vezes, nestes casos, procedia-se à algaliação, uma vez que a maioria das parturientes não conseguiam urinar espontaneamente, sendo assim, a estratégia mais adequada para diminuir o desconforto referente à sensação de “bexiga cheia” e facilitar o percurso fetal no canal de parto, uma vez que a distensão da bexiga poderia inibir as contrações uterinas e impedir a descida da apresentação fetal.

Ao longo do módulo, verificou-se um caso de hipotensão acentuada após a colocação do cateter epidural, tendo sido administrada a respetiva terapêutica, no entanto, felizmente, foi facilmente revertida pela perfusão venosa a uma velocidade bastante rápida de um lactato de Ringer, estabilizando a PA materna.

Relativamente às estratégias não farmacológicas da dor, estas centravam-se no domínio do autocontrolo, visto que se enquadravam na área autónoma dos cuidados especializados, emergindo da situação clínica da parturiente e das suas respetivas preferências. Estas estratégias eram também utilizadas simultaneamente com as estratégias farmacológicas, uma vez que a sua associação potenciava ainda mais o alívio da dor e promoção de conforto, contribuindo para uma experiência mais positiva do TP, principalmente se fossem aplicadas ainda na fase latente do mesmo (Lowdermilk & Perry, 2008).

Como estratégias não farmacológicas de alívio de dor a utilizar na sala de partos, ofereceu-se a oportunidade de tomar um duche de água quente, proporcionando a libertação de endorfinas, diminuindo a sensação dolorosa; a realização de massagem na região dorsal e lombar, podendo também optar pela massagem realizada pelo companheiro, de acordo com a sua preferência, contribuindo para o aumento do fluxo sanguíneo dos tecidos e o relaxamentos dos músculos contraídos; o balanceamento na bola de partos; a diminuição da luz ambiente para permitir um meio mais descontraído, de modo a puderem relaxar mais facilmente; a utilização de música, abstraindo-se de outros ruídos, reduzindo a ansiedade materna; e as técnicas de respiração (lenta e profunda), garantindo uma oxigenação fetal adequada e promovendo o relaxamento dos músculos abdominais, aliviando a dor percecionada (Lowdermilk & Perry, 2008)..

Relativamente à liberdade de movimentos e posições, assim como a promoção da deambulação, não foi implementada da forma que se gostaria no contexto do serviço hospitalar onde se realizou o estágio, uma vez que o CHUSJ privilegiava mais o TP e os partos numa vertente medicalizada, sendo notória a resistência à mudança de atitudes dos profissionais da saúde nesse âmbito, sendo continuamente condicionados por costumes rotineiros, nomeadamente, protocolos ou indicações rotineiras de perfusões endovenosas, utilização contínua de equipamentos de monitorização fetal eletrónica, utilização de camas de pré-parto, entre outros. Assim, devido ao nível elevado de preocupação que se instalou nesse sentido, tornou-se um desafio essencial a necessidade de compreender esse fenómeno e desenvolvê-lo de forma científica. Posto isto, no presente relatório, irá ser abordado de uma forma mais aprofundada a influência da deambulação durante o TP na perceção da dor materna através de uma revisão integrativa da literatura, com base em evidências científicas. A escolha desta problemática é justificada pela necessidade de ampliar e desenvolver o conhecimento científico acerca de uma estratégia não farmacológica facilitadora que promova o conforto e bem-estar da mulher, de forma a contribuir para um aperfeiçoamento das práticas clínicas, que irá ser descrito num capítulo mais à frente.

Relativamente às diferentes posições a adotar durante o TP, deveria ser incentivada a tomada de decisão livre pela parte das parturientes. A mulher poderia optar por deambular no serviço (dentro do espaço adequado), assim como posicionar-se, da maneira que considerasse mais confortável, como por exemplo, de joelhos, de cócoras, de quatro apoios, entre outras, uma vez que estas proporcionam alívio da dor, especialmente em posições fetais posteriores que exercem ainda mais pressão na região lombar. Muitas requisitavam a utilização da bola de partos, de modo a poderem movimentar a pelve, favorecendo o encravamento da apresentação fetal, diminuindo a sensação de desconforto. Segundo Calais-Germain e Parés (2010), os movimentos ao nível da pelve materna e a posição vertical adotada durante o TP promovem a descida e o encravamento da apresentação fetal, podendo contribuir para a redução do tempo inerente ao primeiro período de TP.

A maioria das parturientes optou pela posição de litotomia, sendo encorajadas a alternar decúbitos laterais, evitando, assim, a compressão da veia cava inferior e a redução da perfusão útero-placentária, uma vez que pode evoluir para hipotensão materna e bradicardia fetal. Nas situações em que as parturientes se encontravam sob a analgesia pela via epidural e/ou com rotura de membranas amnióticas sem encravamento da apresentação fetal, não foi aconselhada a deambulação nem os movimentos em posições verticais, no sentido de minimizar o risco de queda e do prolapso do cordão umbilical (Barros, 2006).

Ainda no primeiro período de TP, é importante salientar que os cuidados de higiene e de conforto são extremamente importantes para o bem-estar materno, como por exemplo, a realização de higiene parcial no leito, refrescar o rosto da mulher com compressas embebidas em água fria, diminuindo o seu desconforto e a sensação de náuseas, sendo este um sintoma muito comum durante o TP. Geralmente, após a admissão na sala de partos, era

iniciada hidratação com soroterapia, permitindo apenas que bebessem pequenos goles de água, mantendo-se em jejum, no sentido de prevenir complicações como a aspiração do conteúdo gástrico, devido ao risco de se submeter a uma eventual anestesia geral, em caso de parto distócico por cesariana emergente (Singata, Tranmer & Gyte, 2013). No entanto, nas cesarianas que ocorreram, a maior parte das parturientes são submetidas a anestesia loco-regional, encontrando-se as mesmas conscientes e perfeitamente capacitadas para protegerem a sua própria via aérea. Por outro lado, a falta de reserva energética alimentar revelou maior dificuldade nos esforços expulsivos, sentindo-se com menos força e ânimo para a realização do puxo eficaz, contribuindo por vezes, para desfechos menos favoráveis, como os partos instrumentados (Lowdermilk & Perry, 2008).

Durante o módulo, prestou-se cuidados a algumas parturientes com patologia associada, sendo a diabetes mellitus gestacional a mais frequente, optando, assim, por desenvolver teoricamente a mesma no presente relatório. No contexto clínico, o TP das parturientes com diabetes mellitus gestacional decorreu sempre com monitorização fetal contínua, independentemente do início do TP ter sido espontâneo ou induzido, sendo que os cuidados prestados foram realizados segundo os protocolos preconizados pelo serviço, tendo por base as evidências científicas inerentes ao Relatório de consenso sobre a diabetes e a gravidez da DGS (2011). Nos casos das mulheres com diabetes mellitus gestacional controlada com a dieta, quando a mesma entrava na fase ativa do TP e interrompia a alimentação oral, era iniciada a perfusão de um polieletrólítico com glicose a 125 ml/hora e a monitorização da glicemia capilar de 4/4 horas, associada a administração de insulina subcutânea segundo o esquema predefinido. Por outro lado, nos casos das mulheres insulino-tratadas era, também, iniciada a perfusão de um polieletrólítico com glicose a 125 ml/hora na mesma fase, mas associava-se uma perfusão de 50 unidades de insulina de ação rápida em 50 ml de soro fisiológico, havendo uma gestão do débito consoante o valor da glicemia capilar horária. No sentido de manter um adequado controlo glicémico e metabólico, procurou-se sempre cumprir com as normas do protocolo de serviço, vigiando-se atentamente os sinais e os sintomas de uma possível hiperglicemia ou hipoglicemia. A perfusão da insulina era suspensa após a dequitação, contudo, o soro polieletrólítico com glicose a 125 ml/hora mantinha-se até a puérpera reiniciar a dieta oral. No pós-parto imediato, era realizado uma pesquisa de glicemia capilar ao RN, com o objetivo de prevenir complicações e despistar possíveis sinais de hipoglicemia. Numa das situações na prática clínica, verificou-se que o RN, nos 90 min após o seu nascimento, apresentava uma glicemia de 40 miligramas por decilitro (mg/dl), seguidamente contactou-se o pediatra, tendo sido prescrito uma pequena quantidade adicional de suplemento de leite adaptado que se forneceu por copo ao RN, de modo a satisfazer as necessidades nutricionais do mesmo (Montenegro, N. et al, 2014).

Relativamente às parturientes portadoras da diabetes, prestou-se apoio emocional e psicológico, visto que se forneceu disponibilidade, momentos de escuta ativa e estabeleceu-se uma relação empática com as mulheres, melhorando o seu bem-estar e o seu conforto,

reduzindo a sua ansiedade e stress sentidos, inerentes a este período, prevenindo-se complicações e contribuindo para uma experiência agradável, positiva e satisfatória para todos os envolventes.

### **Período Expulsivo**

O segundo período do TP inicia-se com a dilatação completa do colo uterino (10 cm) e com a extinção total do mesmo (100%), finalizando com a expulsão do feto. Segundo Lowdermilk & Perry (2008), a duração deste período é variável, podendo ser, geralmente, entre 45 e 60 min na nulípara e entre 15 e 20 min na múltipara, contudo, os mesmos autores acrescentam que o período expulsivo pode prolongar-se até duas horas. Durante o módulo sempre que se deparou com uma situação em que o mesmo se prolongasse mais de uma hora, era contactado o médico obstetra para observar e despistar qualquer sinal de complicação que impedisse a progressão do mesmo, sendo, muitas vezes, realizado o parto instrumentado, especialmente se se detetasse algum indício de sofrimento fetal.

Este período é caracterizado pela presença de contrações uterinas de forte intensidade e duração (não sendo suposto ultrapassar as cinco contrações uterinas em cada 10 min), que impulsionam o feto em direção ao canal de parto, fazendo com que o mesmo realize movimentos espontâneos, através dos mecanismos do TP, no sentido de se adaptar aos diâmetros pélvicos subjacentes. Os mecanismos do parto envolvem os seguintes movimentos: a insinuação, sendo esta caracterizada pela passagem do maior diâmetro cefálico fetal (o biparietal) pelo estreito superior da bacia (plano formado entre o bordo superior da sínfise púbica e a margem ântero-superior do sacro), podendo, este movimento, realizar-se, também, antes do início do TP ou durante o primeiro período do TP; a descida e a rotação interna, isto é, a descida da cabeça fetal até ao assoalho pélvico; a flexão da cabeça fetal, de modo que o mento toque no tórax, apoiando o seu occipito na sínfise púbica; e, por fim, a rotação externa ou restituição, sendo esta caracterizada pela rotação de 90°, direcionando a face do feto para uma das coxas maternas, após a saída da cabeça fetal (Montenegro C. A. B. & Rezende Filho, 2014).

O posicionamento da parturiente, geralmente, adotado durante o segundo período de TP realizado no serviço foi a posição de litotomia ou ginecológica, encontrando-se a mesma posicionada em decúbito dorsal com elevação da cabeça a 30°. Contudo, alguns EESMOs ofereciam às mulheres a decisão de escolha da posição que preferiam adotar para o parto, sendo que, durante o módulo, houveram duas situações em que as mulheres manifestaram a vontade da realização de um parto natural, com plano de parto pré-definido, em que recusavam qualquer administração de soros, de fármacos analgésicos, de monitorização contínua, optando pela liberdade de movimentos e parir numa posição verticalizada. Foi bastante interessante vivenciar estas duas experiências, pois, foram notórias as diferenças entre estas e os casos a que estávamos mais habituados, observando um TP e parto

completamente e somente fisiológico, tendo sido cumprido todos os seus desejos e tendo tido um desfecho bastante satisfatório e feliz.

Segundo Amorim, Porto e Souza (2010), a posição ginecológica utilizada, de forma rotineira, no período expulsivo, contribui para a redução da eficiência uterina e do fluxo sanguíneo placentário, apesar de ser esta a preconizada pelos protocolos obstétricos. Os mesmos autores informam que as posições laterais ou verticalizadas são consideradas as melhores, no que diz respeito, à manutenção de uma FCF estabilizada e à redução do tempo do período expulsivo. Esta reflexão faz questionar as razões pelas quais a maioria dos EESMOs não incentivam a tomada de decisão, com base numa escolha livre, da parte da parturiente, no que respeita à posição a adotar neste contexto, devendo ser sempre o objetivo primordial satisfazer as necessidades, os desejos e as escolhas da mulher, caso não haja nenhuma contraindicação clínica, de modo a proporcionar o seu conforto e o seu bem-estar e a melhor experiência possível.

Neste período, a parturiente pode iniciar os esforços expulsivos durante as contrações uterinas para ajudar na descida da apresentação fetal. Contudo, somente quando a apresentação fetal pressionar a face posterior da vagina é que a mulher sente mesmo uma vontade quase incontrolável de realizar o puxo, uma vez que está presente o reflexo de *Ferguson*. Na maioria dos casos, este reflexo foi pouco percebido, visto que a analgesia pela via epidural dificultou a percepção da parturiente, sendo, muitas vezes, necessário orientar os momentos certos para a realização dos esforços ativos de expulsão, através da manobra de *Valsalva* (APEO, 2009).

Segundo Amorim et al (2010), os esforços expulsivos podem ser realizados de duas formas distintas, a precoce, sendo esta caracterizada pela realização dos mesmos assim que a parturiente completar os 10 cm de dilatação uterina, e a tardia, sendo esta caracterizada pela realização dos esforços expulsivos somente quando a mulher sentir espontaneamente vontade de puxar, após a descida do feto pelo canal vaginal. Contudo, os esforços expulsivos precoces, apesar de contribuírem para a redução do tempo do segundo período de TP, aumentam o risco de partos instrumentados e de aparecimento de lesões no assoalho pélvico, sendo que, desta forma, os mesmos autores defendem que a decisão da escolha do momento para iniciar os esforços expulsivos deve ser somente da parturiente. Simpson e James (2005) acrescentam, através de um estudo, que os esforços expulsivos precoces apresentam maior incidência na diminuição da oxigenação fetal do que aqueles que são realizados tardiamente, recomendando, assim, a realização tardia dos mesmos.

Durante o módulo, quando se optava pela escolha dos esforços expulsivos precoces, verificavam-se, algumas vezes, desfechos pouco vantajosos para a mulher, nomeadamente a realização de partos instrumentados, uma vez que exigiu um esforço enorme da parte das parturientes, atingindo níveis de exaustão materna, resultando em puxos ineficazes, em que o obstetra optou por abreviar o período expulsivo.

A maior parte dos fatores que contribuem para a realização de um parto instrumentado assenta no tempo prolongado do segundo período do TP, na exaustão materna, nas situações de emergência como o DPPNI, nas cardiopatias e nos casos de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, assim como, no prolapso do cordão umbilical, na FCF não tranquilizadora, entre outras (Amorim et al, 2010).

Nesta etapa, foi fundamental encorajar, apoiar e elogiar a parturiente, incentivando-a a comandar o parto, de modo a sentir a confiança necessária e acreditar que era capaz de o realizar, melhorando também a eficácia dos esforços expulsivos, quando é manifestada uma boa comunicação e uma relação terapêutica empática estabelecida (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2012).

Quando o momento do parto se aproximava, equipava de forma adequada (com bata e luvas esterilizadas, touca e máscara cirúrgica) e preparava todo o material necessário, organizando-o e respeitando os cuidados assépticos.

Seguidamente, foi importante realizar os cuidados ao períneo de forma adequada, realizando uma boa limpeza com soro fisiológico e hidratá-lo bem com lubrificante, evitando realizar demasiada estimulação perineal, uma vez que contribui para a fragilidade dos tecidos, causando maior risco de lacerações e lesões perineais. Nesta fase, aguardou-se pela descida da apresentação fetal, através dos esforços expulsivos, avaliando sempre a FCF, e quando esta se encontrava à vulva, refletia-se sobre a necessidade de realizar a episiotomia, especialmente quando havia pouca distensão dos tecidos e uma probabilidade elevada de ocorrer lacerações perineais. Este procedimento cirúrgico executado no períneo da mulher tinha como objetivo auxiliar na deflexão do pólo cefálico e na extração da cabeça fetal, minimizando o risco de eventuais lacerações e lesões perineais. Este procedimento não foi realizado por rotina, uma vez que pode potenciar um aumento da perda hemática, da dor e do atraso na recuperação da atividade sexual. No entanto, foi apenas realizado nos casos em que era necessário abreviar o período expulsivo, ajudar nas intervenções obstétricas, nomeadamente, nos partos instrumentados, e quando o períneo da mulher se apresentava pouco extensível, havendo um elevado risco de lacerações perineais (Montenegro C. A. B. & Rezende Filho, 2014).

No sentido de promover a proteção do períneo, a manobra de *Ritgen* foi muito utilizada, sendo esta caracterizada pela pressão bimanual exercida no períneo da mulher, facilitando a deflexão e saída da cabeça fetal, de forma lenta e progressiva, minimizando, também, o risco de lacerações ao nível do mesmo, conferindo uma maior sustentabilidade perineal (Amorim et al, 2010).

Uma das maiores dificuldades sentidas na realização dos partos eutócicos, foi exatamente o momento da saída da cabeça fetal quando esta realizava a sua rotação externa, uma vez que, muitas vezes, verificou-se que esta ocorria de forma tão discreta que se tornava necessário confirmar com o enfermeiro especialista orientador acerca do lado para o qual a

mesma se direcionava, no entanto, à medida que as experiências evoluíam e aumentavam, essa dúvida foi cada vez mais superada, chegando ao fim com maior confiança de resposta.

Após a saída da cabeça fetal, orientava-se a parturiente para suspender o puxo e era sempre avaliada a existência de circular cervical do cordão umbilical. Perante essas situações, era verificado se se tratava de uma circular larga ou apertada, sendo que se fosse a primeira, optava-se por colocar o cordão umbilical para trás da apresentação fetal delicadamente, permitindo o nascimento do RN sem tração do cordão, por outro lado, se fosse o caso de circular apertada, a intervenção realizada era a clampagem do mesmo, cortando o cordão ao nível da vulva com uma tesoura esterilizada entre as duas pinças de clampagem. Seguidamente, limpava-se com uma compressa esterilizada as vias aéreas do RN, auxiliando na transição para a vida extra-uterina. Posteriormente, era realizado uma ligeira pressão para baixo com as duas mãos colocadas em espátula, no sentido de libertar o ombro anterior, e de seguida, realizava-se a libertação do ombro posterior, não esquecendo da proteção perineal da parturiente, sustentando o mesmo com uma mão. Quando nos deparávamos com uma difícil extração do ombro anterior, tentou-se realizar o movimento de pressão de forma progressiva e suave para baixo, fletindo as pernas da parturiente de maneira a facilitar o processo (Lowdermilk & Perry, 2008).

Contudo, houve uma situação durante a prática clínica em que essa estratégia não foi suficiente, pois encontrávamo-nos perante uma distócia de ombros, sendo caracterizada pela retenção do ombro anterior atrás da sínfise púbica e o alojamento do ombro posterior na cavidade pélvica. De imediato, as duas enfermeiras especialistas tutoras iniciaram as manobras externas, realizando a manobra de McRoberts, sendo caracterizada pela hiperflexão das coxas sobre o abdómen materno, no sentido de deslocar a sínfise púbica na direção ântero-posterior, facilitando o aumento do diâmetro ântero-posterior da bacia materna, tentando novamente a tração inferior da cabeça fetal. Esta manobra foi associada à pressão suprapúbica (manobra de Rubin I), pelo que deve ser aplicada de forma firme e sustentada, no sentido de empurrar o ombro anterior na direção do tórax fetal e para debaixo da sínfise púbica. Estas manobras associadas à extensão da episiotomia foram suficientes para resolver este caso de distócia de ombros, não tendo sido necessário proceder às manobras internas. Quando o RN nasceu, verificou-se que tinha um peso de 4,350 quilogramas (Kg), considerando-se um RN macrossómico, sendo este um dos principais fatores de risco da ocorrência de distócia de ombros (Campos et al., 2011).

Após o nascimento, verificava-se a hora exata do parto e o RN era colocado em cima do abdómen da mulher, em que se realizava movimentos de estimulação no tórax do mesmo, para facilitar a saída de secreções, limpando-se bem as suas vias aéreas e procurando-se aquecê-lo. Posteriormente, era efetuado o corte do cordão umbilical, oferecendo a oportunidade da sua realização à mãe ou ao acompanhante significativo, se assim o desejassem, tornando-se uma excelente oportunidade de um primeiro momento de interação e de ligação entre pais e filho/a. Segundo o protocolo de serviço, deve-se efetuar

a laqueação tripla do cordão, no entanto, em todas as situações procedeu-se à laqueação dupla do mesmo, colocando-se o clampe a 3 cm do abdómen do RN e de seguida a pinça de Kocher a 4 cm do mesmo, cortando com a tesoura no espaço entre esses dois instrumentos. A laqueação tripla era reservada para situações em que era necessário colher sangue do cordão umbilical para avaliar o seu pH, através de uma gasimetria. Em muitas situações, procedeu-se à colheita de sangue do cordão umbilical para a criopreservação de células estaminais para um banco público ou privado, segundo a vontade dos pais, e também, para a determinação do grupo de sangue fetal e incompatibilidade ABO e RH. (Campos et al, 2011).

Os cuidados imediatos ao RN assentam na sua colocação sobre uma mesa sob fonte de calor, em que era secado e aquecido com lençóis quentes, verificando-se a necessidade de aspiração das fossas nasais e da orofaringe, nomeadamente na presença de secreções que dificultassem o processo respiratório, facilitando no estabelecimento da respiração eficaz espontânea e na sua transição para a vida extra-uterina. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), nas situações em que se verifica a presença de mecónio, o procedimento da aspiração não deve ser realizado, a não ser que as secreções meconiais estejam abundantemente presentes nas vias respiratórias do RN e o impeça de iniciar o processo da respiração. Mercer, Erickson-Owens, Graves e Haley (2007) defendem que esse procedimento não deve ser realizado de todo, uma vez que a evidência demonstra que a aspiração de secreções não apresenta benefícios para o RN. Durante o módulo, apenas se recorreu a este recurso se o RN apresentava as vias respiratórias abundadas de secreções, impedindo de iniciar os ciclos respiratórios eficazmente.

Posteriormente, procedia-se a avaliação do índice de Apgar, sendo este avaliado ao primeiro, ao quinto e ao décimo min após o nascimento. Este exame permitiu compreender o estado clínico do RN, uma vez que avalia a FC, a respiração, a coloração da pele e das mucosas, a tonicidade muscular e a irritabilidade reflexa do mesmo, verificando-se, assim, a necessidade de reanimação do RN. Durante a prática clínica, não foi necessário proceder à reanimação do RN, pelo que, somente, estivemos perante um caso em que o RN se encontrava bastante cianosado nas extremidades e apresentava um ligeiro gemido respiratório, mas sem sinais de tiragem intercostal e adejo nasal. Neste contexto, foi apenas vigiado ativamente na primeira hora de vida e mantido em contacto pele-a-pele com a mãe, no sentido de se manter com uma temperatura adequada e não perder calor, visto que a hipotermia do RN é um dos problemas mais graves do mesmo, devido à sua suscetibilidade à perda rápida de calor por apresentar os vasos sanguíneos próximos da superfície da pele. Mais tarde, apercebeu-se que já não havia sinal de gemido, tendo estabilizado. (American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, American College of Obstetricians and Gynecologists & Committee On Obstetric Practice, 2006).

No momento em que se realizavam as primeiras avaliações antropométricas (peso, comprimento e perímetro cefálico), era também administrado a todos os RNs, um agente

profilático, denominado de cloranfenicol colírio, nos olhos do mesmo, no sentido de prevenir a conjuntivite neonatal e/ou outras infecções oculares, bem como uma terapêutica parentérica por via intramuscular, vitamina K, com o objetivo de prevenir as possíveis hemorragias do RN, estimulando a sua coagulação sanguínea. No entanto, acerca da administração da pomada oftálmica, há autores que defendem que essa intervenção deve ser revista e aprofundada cientificamente, uma vez que há evidência científica que demonstra que pode existir, na mesma, infecções oculares com a utilização desse agente profilático (Darling e McDonald, 2010).

Um dos passos seguintes era a promoção do contacto pele-a-pele que consiste na colocação do RN despido sobre o abdómen materno, cobrindo-o com um lençol quente, no sentido de prevenir a hipotermia e incentivar o estabelecimento da vinculação mãe-filho/a, envolvendo o pai, se possível, também nesse momento. Moore, E. R., Bergman, Anderson, Medley (2016) referem que o contacto pele-a-pele, melhora os resultados neonatais, contribuindo para que o RN apresente maior estabilidade cardio-respiratória, choro vigoroso e adequado, beneficiando a interação e a vinculação mãe-filho/a, aumentando a probabilidade do sucesso da amamentação e não apresentando qualquer efeito negativo para os mesmos. Durante este momento, era incentivado o início da amamentação, uma vez que esta na primeira hora de vida do RN era tanto benéfica para a puérpera, uma vez que contribuía para a libertação de ocitocina, promovendo a contração uterina, como para o RN, pois satisfazia logo as suas primeiras necessidades nutricionais, pelo que se aproveitava para avaliar, também, a presença do reflexo de sucção e de deglutição (Lowdermilk & Perry, 2008).

A experiência de assistência ao RN, foi algo muito estimulante e compensador, uma vez que se tornou fascinante intervir ativamente na fase do início de uma vida, contribuindo para um dos momentos mais felizes e enriquecedores da vida da mulher.

### **Período da Dequitação**

A dequitação corresponde ao terceiro período do TP, sendo caracterizada pela expulsão placentar e restantes anexos. Este processo é realizado segundo três fases, sendo que a primeira se reflete no descolamento da placenta, causado pelas contrações uterinas e pela retração do útero; a segunda é manifestada pela descida da placenta pelo corpo uterino, atravessando o seu segmento inferior até à vagina; por fim, a terceira remete para a saída da mesma pelo mecanismo de *Schultz* (inversão da parte central da placenta, em que é exposta a face fetal à saída) ou pelo mecanismo de *Duncan* (contrariamente ao anterior, não ocorre a inversão da parte central da placenta, sendo exposta à saída a face materna) (Montenegro C. A. B. & Rezende Filho, 2014).

A atuação do EESMO, neste terceiro período do TP, pode ser ativa, através da administração de ocitocina e da tração controlada do cordão umbilical, após o descolamento da placenta, ou passiva, em que se aguarda a expulsão placentar, sem realizar nenhuma intervenção,

tracionando-a apenas quando esta se apresentar na vagina. Vários autores defendem que a abordagem ativa na dequitação é benéfica para a prevenção das atonias uterinas e, conseqüentemente, das hemorragias pós-parto, aconselhando a tração controlada do cordão umbilical, a administração de ocitocina e a massagem uterina como estratégias facilitadoras (Graça, 2010; Montenegro C. A. B. & Rezende Filho, 2014).

Durante o módulo, tivemos a oportunidade de realizar os dois tipos de abordagem, sendo que na passiva, concluiu-se que houve maior perda hemática vaginal, demorando mais tempo a formar-se o globo de segurança de Pinard (início do retorno do útero às características pré-gravídicas através do processo da involução uterina), enquanto que na ativa, o mesmo globo formou-se mais rapidamente, diminuindo a quantidade da perda hemática vaginal, e conseqüentemente, encurtando o período da homeostasia (Santos & Caveião, 2014). Por outro lado, Montenegro C. A. B. e Rezende Filho (2014) referem que se não houver indícios de instabilidade hemodinâmica e se a perda hemática for escassa, a dequitação pode ocorrer até fazer uma hora após o nascimento. No sentido de compreender o momento do descolamento da placenta, foi importante verificar os sinais de perda hemática, de subida uterina no abdômen, ficando este firme e globoso, do alongamento do cordão umbilical, verificando, assim, o sinal de Kustner, observado através da retração do cordão enquanto se realizava a pressão suprapúbica, sendo que se este se retraísse, confirmava-se que a placenta ainda não tinha descolado. Caso não houvesse retração do cordão umbilical, verificando-se o descolamento placentar, procedia-se à manobra de Dublin em que consistia na extração da placenta por tração controlada do cordão, de forma rotativa, facilitando a tração espontânea das membranas dentro do útero, minimizando o risco de retenção de restos membranares, até à sua total expulsão.

Após a dequitação, foi essencial proceder à inspeção da placenta, verificando a integridade dos cotilédones placentares e das membranas amnióticas (córion e âmnio), de modo a despistar qualquer sinal de possível retenção placentar, uma vez que basta uma pequena porção da mesma retida para impedir que ocorra a contração uterina, levando a uma hemorragia pós-parto. Também se verificou sempre a inserção do cordão umbilical na placenta, podendo esta ser central, lateral ou marginal, e a presença dos vasos sanguíneos existentes no mesmo, devendo conter duas artérias e uma veia (Graça, 2010).

Posteriormente procedia-se à revisão do canal de parto, verificando a existência de lacerações perineais, vaginais e do colo uterino, suturando caso fosse necessário, e ao mesmo tempo, se foi realizado uma episiotomia, aplicou-se a técnica da episiorrafia, reparando a incisão cirúrgica da fenda vulvar. Este foi um dos maiores desafios presentes na prática clínica, uma vez que não tinha experienciado nenhuma situação anteriormente que envolvia técnicas de sutura, no entanto, com muita motivação e empenho, aproveitando todas as oportunidades que surgissem, essa dificuldade foi colmatada.

Em todos os casos em que foi executada a episiorrafia e a reparação dos tecidos vaginais e/ou perineais, foi essencial voltar a verificar o canal de parto, permitindo avaliar a dor sentida pela puérpera, adequando o seu tratamento, através da administração de analgesia e da aplicação de gelo local no períneo (Montenegro C. A. B. & Rezende Filho, 2014).

### **Período da Hemóstase**

A hemóstase, referente ao quarto período do TP, encontra-se na fase do pós-parto imediato, sendo a altura ideal para prevenir a ocorrência da hemorragia pós-parto, devido aos riscos associados, tornando-se fulcral avaliar ativamente o estado geral da mulher, a tonicidade do útero, ou seja, a contração uterina e a perda hemática vaginal (Montenegro C. A. B. & Rezende Filho, 2014).

Nesta fase, é suposto que o útero, após o parto, comece a descer, diminuindo o seu tamanho e formando o globo de segurança de Pinard, apresentando uma consistência firme e globosa. Durante a palpação, se a consistência do útero se apresentar mole, pode estar-se perante uma situação de atonia uterina, sendo a causa mais frequente de morbimortalidade materna, estando associada à hemorragia pós-parto. Deste modo, a atuação do EESMO deve ser imediata e eficaz até ser atingido o objetivo principal, obter um útero contraído e estabilizar hemodinamicamente a mulher. Durante o módulo, não se vivenciou nenhuma situação de atonia uterina, no entanto, manteve-se sempre uma vigilância muito ativa, no sentido de a prevenir (Montenegro C. A. B. & Rezende Filho, 2014).

Antes da mulher ser transferida para o internamento do puerpério, era realizada uma avaliação global à puérpera e ao RN duas horas após o parto, verificando-se, sempre, a presença do globo de segurança de Pinard, a quantidade de perda hemática, a integridade das suturas realizadas, a presença do colostro, a integridade dos mamilos, as características das mamas e os sinais vitais, prestando-se, também, os cuidados de higiene parciais. Nos casos de utentes submetidas à analgesia pela via epidural, removia-se o cateter epidural, verificando-se se a ponta do mesmo se encontrava íntegra. Posteriormente, observava-se o RN relativamente à cor, ao choro, à respiração, à FC, aos reflexos que apresentava, à mamada e verificava-se, também, se já tinha tido a sua primeira dejeção ou micção (Lowdermilk e Perry, 2008).

Por fim, a transferência da puérpera para o internamento só era efetuada se esta se apresentasse hemodinamicamente estável, consciente e orientada, hidratada e corada, mostrando bem-estar geral. Caso contrário, era mantida neste período de hemóstase até ao melhoramento e estabilização do seu estado clínico (Montenegro C. A. B. & Rezende Filho, 2014).

## **1.2.1. A influência da deambulação durante o trabalho de parto na percepção da dor materna: revisão integrativa da literatura**

### **1.2.1.1. Introdução ao Problema**

Na antiguidade, através de várias pinturas rupestres, esculturas e anotações antigas, observou-se que a adoção de posturas verticais era uma preferência constante das mulheres, como método de suporte, durante o TP. No entanto, a introdução da posição supina frequentemente utilizada na atualidade, surgiu com os avanços da medicina obstétrica, começando a ser implementada pelos cirurgiões obstétricos e pelas enfermeiras parteiras, de forma geral, no contexto do TP e parto. Apesar de não existirem evidências científicas que comprovem os benefícios da posição dorsal para as mulheres, esta posição era associada a um maior conforto para o profissional que assistia ao parto, visto que contribuía para que as parturientes adquirissem uma postura mais passiva e controlável. Sendo, cada vez mais, uma prática comum no ramo da assistência obstétrica, a força da gravidade, a autonomia e a participação ativa da parturiente ficavam comprometidas durante a progressão do TP (Balaskas, 1992; Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, 2007; Silva, Silva, Soares & Ferreira, 2007). Estudos recentes mostram que a adoção da posição supina pode trazer diversos efeitos adversos, no que diz respeito à dinâmica uterina e à evolução do TP, pela diminuição da perfusão uteroplacentária (Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles, 2013; Silva et al, 2007). Por outro lado, Balaskas (1992) refere que as posições verticais e a liberdade de movimentos são as mais vantajosas para a mulher e para o RN.

O processo do TP/parto é considerado um fenômeno complexo e multidimensional para a mulher e respetiva família, envolvendo a componente física, psicológica, social, económica e cultural. Neste contexto, a atuação do EESMO deve ter em conta todos esses aspetos, no sentido de promover a individualidade, a dignidade, o bem-estar, o conforto e o empoderamento da mulher, prestando cuidados adequados face à cultura, crenças e valores de cada uma (Silva et al, 2007). O TP também é caracterizado como uma interação que envolve o útero, a bacia, os ligamentos e os músculos voluntários, uma vez que o movimento e o posicionamento da mulher interferem diretamente nas adaptações anatómicas e fisiológicas (Lowdermilk & Perry, 2008).

Durante o 3.º trimestre da gravidez, as alterações hormonais provocam um relaxamento das articulações sacroilíaca e da sínfise púbica, permitindo que a alternância de posições e movimentos durante o TP, associados à força descendente da gravidade, provoque algumas modificações ligeiras no tamanho e na forma da pélvis, facilitando o encravamento da apresentação fetal na bacia materna. A gravidade apresenta uma força facilitadora na melhoria da dinâmica uterina, promovendo contrações uterinas mais eficazes, intensas, regulares e frequentes, assim como numa dilatação mais rápida e eficiente, devido ao

aumento da pressão da cabeça fetal no colo uterino (Balaskas, 1992; Shilling, 2009; APEO, 2009; Simkin & Ancheta, 2011).

Segundo Davim et al (2007), para algumas mulheres, a dor percebida no parto caracteriza-se como a pior experiência dolorosa das suas vidas, pois a dor referente às contrações uterinas constitui um processo complexo que envolve interações de mecanismos centrais, periféricos e transmissão contínua de informação por vias ascendentes e descendentes de nociceptores, envolvendo, simultaneamente, fatores sensoriais, emocionais, ambientais e existenciais. Atualmente, muitos autores defendem que há diversos métodos, farmacológicos e não farmacológicos, que podem ser aplicados na promoção do conforto e gestão da dor da parturiente. A deambulação, um exemplo de um método não farmacológico, é uma das estratégias encontradas que promove o alívio da dor percebida no TP durante as contrações uterinas, minimizando a necessidade de analgesia. Para além de diminuir a intensidade da dor percebida, também promove contrações uterinas mais eficazes, um fluxo sanguíneo placentário mais abundante e uma diminuição na duração do TP (Mamede, F. V., et al, 2007). A deambulação da parturiente, também, proporciona um momento de distração em que o foco de atenção da dor é desviado, contribuindo para um aumento do conforto e do relaxamento entre as contrações uterinas, assim como, de um sentimento de maior liberdade (Balaskas, 1992; Shilling, 2009).

Posto isto, se não existirem contraindicações, a adoção de posições verticais e a deambulação durante o TP, devem ser incentivadas, principalmente na sua fase latente. Os próprios instintos da mulher informam-lhe acerca da posição mais eficaz que deve assumir e como se deve movimentar, promovendo um maior conforto, controlo e relaxamento nesse processo (Balaskas, 1992). Assim, torna-se fundamental que o EESMO desenvolva estratégias de apoio e de segurança, através da sua capacidade, dos seus conhecimentos e das suas competências adquiridas, de forma a promover uma decisão autónoma, informada e uma participação ativa da mulher no seu processo de TP, incentivando-a à liberdade de movimentos e a adotar as posições que considerar melhor para si, contribuindo para um aumento da qualidade na prestação de cuidados (OE, 2011).

Perante este contexto, a escolha da problemática a abordar é justificada pela necessidade de ampliar e desenvolver o conhecimento científico acerca de uma estratégia não farmacológica facilitadora que promova o conforto e o bem-estar da mulher, diminuindo a percepção da dor num período tão complexo, dinâmico e importante como o TP, de forma a contribuir para um aperfeiçoamento das práticas clínicas. Deste modo, o objetivo primordial desta revisão integrativa da literatura define-se como: compreender a influência da deambulação na percepção da dor materna durante o TP, com base em evidências científicas atuais.

### 1.2.1.2. Método

O EESMO, durante o seu exercício profissional, deverá procurar a manutenção de uma atualização contínua de conhecimentos sobre os cuidados da saúde, desenvolvendo as suas competências através da prática baseada na evidência, sendo este um pré-requisito para a excelência da sua atuação, para a segurança dos cuidados prestados e para a otimização dos resultados de enfermagem (OE, 2006).

Segundo Pompeu, Rossi e Galvão (2009), a prática baseada na evidência é definida como um método de resolução de problemas no que diz respeito à tomada de decisão clínica, envolvendo a associação entre a habilidade clínica dos profissionais, as evidências provenientes da pesquisa científica, assim como as preferências dos utentes, emergindo da necessidade em reduzir as lacunas existentes entre a prática profissional e os avanços científicos. A sua implementação motivou a evolução dos métodos de revisão da literatura, tendo como objetivo primordial a pesquisa, a avaliação crítica e a síntese das evidências encontradas acerca do tema investigado, destacando a meta-análise, a revisão sistemática e a revisão integrativa da literatura.

No presente documento, o método de revisão utilizado é o método de revisão integrativa da literatura, sendo importante proceder à sua definição e compreensão. Este método caracteriza-se por ser o mais amplo, visto que permite englobar a literatura teórica e empírica, assim como os estudos com abordagens qualitativa e quantitativa, sendo o objetivo principal a associação e síntese de estudos elaborados sobre um certo tema, chegando a uma conclusão após a interpretação dos resultados verificados em cada estudo. A revisão integrativa possibilita construir uma fonte de conhecimento atual acerca de um problema, verificando a validação do conhecimento, no sentido de poder ser transportado para a prática clínica. A elaboração da revisão integrativa deve obedecer ao rigor metodológico, contribuindo para que os futuros leitores consigam identificar as características dos estudos analisados, fornecendo novas recomendações para estudos futuros promovendo o avanço da enfermagem (Pompeu et al, 2009).

Deste modo, a revisão integrativa da literatura associada ao conceito da prática baseada na evidência, pode ser aplicada como etapa inicial no processo de validação diagnóstica, facilitando a elaboração de uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem importante para a prática. Desde o início até ao término da realização da revisão integrativa da literatura, percorrem-se seis fases que a constituem, caracterizadas como: 1.<sup>a</sup> - Identificação do tema através da elaboração da pergunta norteadora (considerada a fase mais importante, visto que identifica os estudos que serão utilizados, englobando a caracterização dos participantes, das intervenções e dos resultados a serem mensurados); 2.<sup>a</sup> - Busca ou amostragem na literatura (refere-se à busca diversificada em bases de dados, em que os critérios de amostragem devem ser indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados, garantindo a representatividade da amostra. Este processo deve incluir todos os

estudos encontrados ou a sua seleção randomizada, devendo ser definidos de forma clara e concisa os critérios de inclusão e exclusão de artigos em concordância com a pergunta de investigação, uma vez que, por vezes, as duas possibilidades podem ser inviáveis devido à quantidade excessiva de trabalhos encontrados); 3.<sup>a</sup> - Colheita de dados (utilização de um instrumento que assegura a extração total dos dados significativos, garantindo a confirmação das informações, em que os dados devem incluir a caracterização dos sujeitos, da metodologia, do tamanho da amostra, da mensuração de variáveis, do método de análise e dos conceitos aplicados); 4.<sup>a</sup> - Análise crítica e avaliação dos estudos incluídos (nesta fase é utilizado um sistema atual de classificação de evidências caracterizado de forma hierárquica, segundo o delineamento da pesquisa, facilitando a escolha da melhor evidência possível, sendo estes classificados em - Nível 1: evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados e controlados ou de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados e controlados; Nível 2: evidências oriundas de pelo menos um ensaio clínico randomizado e controlado bem delineado; Nível 3: evidências oriundas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível 4: evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível 5: evidências oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6: evidências oriundas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível 7: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas); 5.<sup>a</sup> - Interpretação e discussão dos resultados (nesta fase é realizada uma comparação entre os dados analisados dos artigos e o referencial teórico, identificando possíveis lacunas do conhecimento e delineando prioridades para investigações futuras); 6.<sup>a</sup> - Apresentação da revisão integrativa (esta fase possibilita ao leitor avaliar criticamente os resultados, destacando informações pertinentes, incluindo toda a evidência relacionada, baseada em metodologias contextualizadas. É apresentada uma síntese organizada dos dados, facilitando a comparação dos estudos selecionados, através da elaboração de tabelas, quadros ou gráficos, sendo possível identificar padrões e diferenças, incluindo a sua reflexão na discussão e conclusões gerais). Desta forma, podemos confirmar que a revisão integrativa da literatura consiste num instrumento válido para a prática baseada em evidências (Souza, Silva & Carvalho, 2010; Pompeu et al, 2009; Galvão, 2006).

O enquadramento teórico foi determinante para a aquisição de conhecimentos específicos, facilitando a construção da questão de investigação, através da utilização da mnemónica PICo, segundo The Joanna Briggs Institute (2020), definindo assim: P (População) - Parturientes (perceção materna); I (Fenómeno de Interesse) - Influência da deambulação na dor; Co (Contexto) - Trabalho de parto. De modo, a rever a melhor evidência científica, foi realizado um protocolo de pesquisa, com base nas fases que constituem a revisão integrativa da literatura mencionadas anteriormente. Assim, foi elaborada uma análise crítica e reflexiva dos artigos encontrados através das seguintes bases de dados: Cochrane Database of Systematic Reviews, PUBMED, SCIELO, RCAAP, Nursing Reference Center, DOAJ, MEDLINE e GOOGLE Scholar. Durante a pesquisa, foram utilizados os seguintes descritores em língua

inglesa: ambulation, deambulation, walking, movement, labor, labor pain, maternal pain. Para a pesquisa orientadora, foi utilizado o método booleano, englobando os instrumentos operacionais, tendo sido elaboradas as seguintes frases de pesquisa: (ambulation in labor\* OR walking during labor\*) AND (labor pain) e (deambulation in labor\* or movement during labor\*) AND (maternal pain), obtendo-se um total de 212 artigos, através das duas combinações. Perante os resultados obtidos da pesquisa nas diferentes bases de dados para a seleção de artigos, foi necessário definir minuciosamente os critérios de inclusão, sendo estes: artigos que apresentassem o texto integral disponível, nos idiomas português, inglês, francês ou espanhol; artigos que englobassem no seu título e resumo a temática escolhida para análise; artigos que envolvessem parturientes com gestações de termo, sem patologia associada; artigos publicados com um horizonte temporal de filtro cronológico de 13 anos, entre 2006 e 2019. Os critérios de exclusão abrangeram os estudos que envolviam as parturientes em TP pré-termo, com RPM e outras patologias associadas, assim como os estudos publicados antes do ano 2006. Dos 212 estudos encontrados, foram cuidadosamente analisados relativamente aos títulos, aos resumos, à metodologia utilizada e ao nível de evidência. Após a aplicação cuidada dos critérios de inclusão definidos, foram escolhidos 5 artigos para análise que serão apresentados num instrumento de análise em forma de tabelas, contendo toda a informação acerca da influência da deambulação na perceção da dor materna durante o TP, sendo estes duas revisões sistemáticas da literatura (uma proveniente da Cochrane Database of Systematic Reviews e outra do RCAAP), um estudo prospetivo randomizado (proveniente da PUBMED), um estudo quase-experimental (proveniente da PUBMED) e um estudo de carácter qualitativo descritivo (proveniente da SCIELO). A análise apresentada de seguida é organizada pela explicitação dos autores, do tipo de estudo, do ano de publicação e respetiva fonte proveniente, dos objetivos do estudo, da metodologia utilizada, dos resultados apresentados no estudo e respetivas conclusões, assim como do nível de evidência do estudo identificado, através do sistema atual de classificação de evidências caracterizado de forma hierárquica anteriormente mencionado.

### 1.2.1.3. Apresentação dos Resultados

Tabela 1 - Estudo: Maternal positions and mobility during first stage labour. (Revisão Sistemática da Literatura)

<b>FONTE</b>	Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., & Styles, C. Cochrane
<b>ANO</b>	2013
<b>OBJETIVO</b>	Comparar os efeitos da posição vertical (deambulação e posições de pé, sentada, de joelhos, de quatro apoios e de cócoras) com a posição dorsal (decúbito dorsal, semi - fowler e decúbito lateral) assumidas pelas parturientes na primeira fase do TP e os resultados maternos, fetais e neonatais.
<b>METODOLOGIA</b>	Revisão sistemática da literatura de estudos randomizados e quase randomizados, num total de inclusão de 25 estudos (equivalente a 5218 mulheres). Foram utilizados métodos descritivos no manual da Cochrane, englobando a colheita de dados, a avaliação da qualidade dos estudos e a análise dos resultados, sendo que os dados foram extraídos por dois investigadores que analisaram os estudos individualmente.
<b>RESULTADOS</b>	Grupo I - Parturientes sem analgesia epidural - Comparação das duas posições (vertical e a deambular versus dorsal). Resultados maternos - as parturientes que assumiram posições verticais e que optaram por deambular, apresentaram: uma duração do TP mais curta (a primeira fase do TP foi aproximadamente 1 hora e 22 min mais curta do que as que se mantiveram numa posição dorsal); maior probabilidade de ocorrer parto eutócico; menor probabilidade de ocorrer parto distócico por cesariana; menor probabilidade de necessitar analgesia pela via epidural; menores scores de dor; Resultados fetais - as parturientes que assumiram posições verticais e que optaram por deambular: os RN apresentaram menor probabilidade de serem internados na unidade de Neonatologia.

	<p>Relativamente aos restantes resultados inerentes à duração do segundo período de TP e ao bem-estar materno-fetal não houve diferenças significativas, sendo necessário a realização de mais estudos.</p> <p>Grupo II - Parturientes com analgesia epidural - Comparação das duas posições (vertical e a deambular versus dorsal)</p> <p>Não foram encontradas diferenças significativas no que se refere aos diversos resultados analisados entre os dois grupos, no que se refere aos resultados maternos, fetais e neonatais.</p>
<b>CONCLUSÃO</b>	<p>Esta revisão mostrou que existem evidências claras e comprovadas em que a deambulação e a posição vertical assumida pela parturiente durante a primeira fase do TP favorece uma maior rapidez da progressão do TP (redução da duração da primeira fase do TP), uma menor necessidade de recorrer a analgesia pela via epidural como estratégia de alívio de dor, uma diminuição de partos distócicos por cesariana e uma menor probabilidade de os RNs serem admitidos na unidade de Neonatologia.</p> <p>Se for dada a oportunidade de preferências posicionais às parturientes, é mais provável que as mesmas optem por alternar posições, entre verticais e supinas, assim como deambular durante a progressão do TP, uma vez que a manutenção de posições apenas dorsais durante o TP sugere efeitos fisiológicos adversos, tanto para a mulher como para o RN.</p> <p>Apesar da necessidade de haver mais estudos randomizados para comprovar a eficácia da posição vertical em todas as parturientes, os autores salientaram que as mulheres não devem ter a sua opção de liberdade de movimentos restrita, a não ser que haja alguma contra-indicação clínica, devendo evitar longos períodos em posições dorsais. Posto isto, os profissionais da saúde devem encorajar a parturiente a assumir a posição que lhe é mais confortável, proporcionando-lhe um maior controlo do seu próprio corpo, favorecendo a progressão do TP e gerindo melhor a dor percebida, sentindo-se mais confortável em todo o processo.</p>
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	I

Tabela 2 - Estudo: Freedom of movement and position in the first stage of labor.

Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. (Revisão Sistemática da Literatura).

<b>FONTE</b>	Ferrão, A. C. C., & Zagão, M. O. B. RCAAP
<b>ANO</b>	2017
<b>OBJETIVO</b>	Avaliar os benefícios da liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio de TP.
<b>METODOLOGIA</b>	Revisão sistemática da literatura de estudos randomizados, quase randomizados e revisões sistemáticas da literatura num total de inclusão de 15 estudos, através da análise de artigos publicados entre Janeiro de 2007 e Fevereiro de 2016, nas plataformas b-On e EBSCOhost.
<b>RESULTADOS</b>	Os 15 estudos abordados e analisados nesta revisão demonstram, quase unanimemente, que a deambulação relacionada com a posição vertical promove diversos benefícios, nomeadamente na progressão do primeiro estágio do TP, na redução da perceção da dor e numa maior satisfação materna, na eficácia das contrações uterinas e na circulação sanguínea materno-fetal, quando comparada à posição supina.  Entre os variados resultados identificados, através de um dos estudos randomizados, as autoras verificaram que houve uma redução dos <i>scores</i> de dor na fase latente do TP associada à deambulação, bem como uma diminuição de complicações maternas. Acrescentam que, através de uma revisão sistemática, comprovaram que as parturientes que adotaram uma posição vertical e que deambularam, apresentaram uma maior tolerância à dor inerente às contrações uterinas, sendo menos propensas a recorrer à analgesia pela via epidural e à administração de narcóticos para alívio de dor, contribuindo para melhores desfechos neonatais. Num estudo quase-experimental, apesar de não se conseguir comprovar uma relação significativa entre a deambulação e o tipo de parto, as parturientes que foram motivadas a deambular, recomendaram essa estratégia para um aumento do conforto. Outros estudos analisados indicaram que certos fatores podem inibir ou facilitar a promoção da deambulação e a adoção de posições verticais, tais como as condições ambientais em que decorre o TP, a assistência assegurada pelas parteiras, o conhecimento da

	parturiente acerca dos benefícios dessas estratégias e a sua capacidade para a tomada de decisão acerca de certas intervenções a que pode ser sujeita de modo rotineiro, interferindo com a sua liberdade de movimentos e posicionamentos.
<b>CONCLUSÃO</b>	<p>Através desta revisão da literatura, as autoras concluíram que nos últimos tempos, tem havido uma maior articulação entre o apoio clínico e a autonomia no que diz respeito à promoção do conforto e bem-estar da parturiente, levando a uma nova percepção acerca de certas intervenções contribuindo para a realização de práticas que promovem um maior envolvimento e empoderamento das decisões da parturiente no seu TP e parto.</p> <p>Após esta pesquisa baseada em evidências científicas, as autoras concluem que o incentivo à deambulação e à alternância de posições verticais apresenta um conjunto de benefícios para a mulher/RN, nomeadamente na progressão do TP, na diminuição da percepção da dor materna, no aumento da satisfação materna, na eficácia das contrações uterinas e na circulação útero-placentária.</p> <p>Posto isto, as autoras referem que as parturientes devem compreender que têm permissão para a liberdade de movimentos, optando por deambular e escolher as posições que deseja adotar, sem limitações de outros profissionais (desde que não haja contraindicação clínica). O EESMO deve consciencializar-se acerca das vantagens e/ou implicações da deambulação e das posições verticais versus posições supinas, assegurando e respeitando sempre as escolhas da mulher para o seu próprio conforto e bem-estar ao longo de todo o TP.</p>
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	I

**Tabela 3 - Estudo: Role of deambulation during labour: a prospective randomized study.**

**Papel da deambulação durante o trabalho de parto. (Um estudo prospectivo randomizado).**

<b>FONTE</b>	Regaya, L.B., Fatnassi, R., Khlifi, A., Fékih, M., Kebaili, S., Soltan, K., ... Hidar, S. PubMed
<b>ANO</b>	2010
<b>OBJETIVO</b>	Avaliar os efeitos da deambulação durante o primeiro período do TP, na duração do TP e noutros resultados maternos e infantis.
<b>METODOLOGIA</b>	Estudo prospetivo randomizado realizado entre 1 de Novembro de 2008 e 31 de Março de 2009, englobando 200 Parturientes com gravidez sem complicações que foram distribuídas aleatoriamente por dois grupos: 1º Grupo: constituído por 100 parturientes autorizadas a deambular até aos 6 cm de dilatação cervical; 2º Grupo: constituído por 100 parturientes confinadas ao leito em decúbito dorsal ou lateral.
<b>RESULTADOS</b>	Os autores confirmam, através desse estudo, que a deambulação e adoção da posição vertical reduz significativamente (cerca de 34%) a duração do primeiro período do TP, a intensidade da dor percecionada pela parturiente, o consumo de ocitocina, a taxa de partos distócicos por cesariana e instrumentados. Acrescentam, ainda, que a deambulação e a posição vertical apresentam melhores resultados maternos (7% de efeitos colaterais versus 13%) e resultados fetais (melhor índice de Apgar ao primeiro e quinto minuto).
<b>CONCLUSÃO</b>	Através deste estudo, os autores concluíram que efetivamente está comprovado que a deambulação apresenta vários benefícios no que diz respeito à evolução do TP, ao conforto e ao bem-estar materno, assim como, aos resultados materno-fetais.
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	II

**Tabela 4 - Estudo: Pain during the labor active phase: the effect of walking.**

**A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. (Estudo quase-experimental)**

<b>FONTE</b>	Mamede, F. V., Almeida, A. M., Souza, L., & Mamede, M.V. PubMed
<b>ANO</b>	2007
<b>OBJETIVO</b>	Avaliar e verificar a existência de correlação entre a distância percorrida e os níveis de dor durante a fase ativa do TP.
<b>METODOLOGIA</b>	Análise de um estudo analítico de intervenção do tipo quase experimental, englobando 80 parturientes primíparas, em TP espontâneo, com IG entre as 37 e as 42 semanas, no início da fase ativa do TP. Os instrumentos utilizados para a colheita de dados foram o podómetro (para medir a distância percorrida em metros), a escala visual numérica de dor e um formulário para o registo de dados. Recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de Spearman para a análise dos dados.
<b>RESULTADOS</b>	Neste estudo, as participantes percorreram uma distância média de 1624 metros, representando, 63,09% da fase ativa do TP, num tempo médio de 5 horas. Verificou-se que a quantidade percorrida durante as 3 primeiras horas da fase ativa do TP encontra-se associada à redução da duração do TP, uma vez que a cada 100 metros percorridos, ocorreu uma diminuição de 22 min na primeira hora, 10 min na segunda hora e 6 min na terceira hora. Quanto aos scores de dor, verificou-se que os mesmos aumentam à medida que a dilatação cervical evoluía. Foi encontrada uma correlação positiva significativa entre a deambulação e o score de dor apenas aos 5 cm de dilatação, isto é, quanto maior a distância percorrida, maiores foram as pontuações de dor atribuídas pelas parturientes.

<b>CONCLUSÃO</b>	<p>Os autores referem que a correlação positiva entre a distância percorrida até aos 5 cm de dilatação cervical e os scores de dor do TP, pode estar associada ao facto de as participantes serem nulíparas, uma vez que a paridade é um fator determinante para a perceção da dor materna no TP. Acrescentam que há estudos que indicam que as mulheres nulíparas percecionaram maiores níveis de dor, em média, do que as multíparas na primeira fase do TP, uma vez que as características das estruturas pélvicas das parturientes que já pariram anteriormente são mais flexíveis do que aquelas que nunca experienciaram um parto.</p> <p>Os autores concluem que os motivos da correlação positiva entre a perceção da maior sensação dolorosa nas mulheres que mais deambularam, até aos 5 cm de dilatação cervical, assentam no facto de a posição vertical favorecer uma maior intensidade das contrações uterinas, assim como o encravamento mais rápido da apresentação fetal na bacia materna, evoluindo mais rapidamente o TP e, conseqüentemente, uma perceção de dor mais intensa. Por outro lado, referem que é necessário a realização de mais estudos aprofundados no sentido de confirmarem estas conclusões.</p>
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	III

**Tabela 5 - Estudo: Walking and diet during labor: perceptions from a group of postpartum women.**

**Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. (Estudo Qualitativo Descritivo).**

<b>FONTE</b>	Wei, C. Y., Gualda, D. M. R., & Júnior, H. P. O. S. SciELO
<b>ANO</b>	2011
<b>OBJETIVO</b>	Avaliar e conhecer a experiência e a percepção de um grupo de mulheres em relação à deambulação e à dieta durante o TP.
<b>METODOLOGIA</b>	Estudo qualitativo descritivo, realizado em ambiente hospitalar, acerca da percepção de um grupo de mulheres sobre a experiência de terem tido partos por via vaginal, em dois momentos distintos: anterior ao ano de 2001 (fase em que as ações humanizadoras ao parto não estavam implementadas na instituição) e entre 2006 e 2007 (fase em que as medidas já estavam sendo adotadas). Os dados foram colhidos através de uma entrevista a 35 mulheres que tiveram filhos de parto por via vaginal, nos dois momentos mencionados em cima.
<b>RESULTADOS</b>	Neste estudo, em relação à deambulação durante o TP, foram encontradas duas percepções distintas entre as mulheres: mais de metade das entrevistadas referiu que a deambulação é benéfica durante o TP (1º grupo), enquanto que as outras relataram que preferiam ficar deitadas (2º grupo). O primeiro grupo refere que a deambulação proporciona o alívio da dor, possibilita ir ao chuveiro para tomar um duche e acelera o TP. Acrescentam, também, que a liberdade em deambular é essencial para suportar as dores do TP, visto que desvia o foco de atenção da dor, na parturiente, preferindo esta alternativa ao permanecerem deitadas. Por outro lado, o segundo grupo relaciona a preferência em permanecer deitada, devido ao risco de o RN nascer durante a deambulação e à dificuldade para realizar os esforços expulsivos na posição vertical. Comparando com a experiência do parto anterior, relatam que, na atual, a percepção da dor foi menor, havendo uma progressão mais rápida do TP, associando a rápida dilatação do colo uterino à deambulação.

<p><b>CONCLUSÃO</b></p>	<p>A análise das narrativas face à observação no campo de pesquisa indica uma mudança positiva na assistência prestada às parturientes, uma vez que já se começou a adotar a deambulação como uma estratégia facilitadora para a evolução do TP. Nas experiências anteriores de parto, as mulheres raramente se movimentavam durante o TP, mesmo aquelas que sentiam essa necessidade, eram impedidas de o fazer.</p> <p>As participantes deste estudo mostraram opiniões divergentes sobre a deambulação no TP, sendo importante a sua reflexão para o estabelecimento de normas e rotinas dentro de uma instituição que visa prestar assistência de qualidade à mulher. Várias estratégias como a deambulação, o duche, a oferta de alimentos e líquidos durante o TP, podem contribuir para o alívio da dor e para uma experiência significativamente positiva da vida da mulher. No entanto, os resultados deste estudo sugerem que é fulcral ter em conta a individualidade e a autonomia da escolha das parturientes, sendo estas as premissas básicas para uma assistência humanizada. Além disso, o respeito pela perspetiva da mulher, associado à experiência profissional e às evidências científicas constituem o fundamento para a construção da prática de cuidados de saúde com qualidade.</p>
<p><b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b></p>	<p>VI</p>

#### 1.2.1.4. Discussão dos Resultados

Antes de iniciar a discussão dos resultados, no sentido de contribuir para uma maior compreensão dos artigos selecionados, é importante salientar que o estudo realizado apresenta limitações quanto ao objeto de estudo, uma vez que não se encontrou um único estudo que comparasse apenas as duas variáveis (deambulação e dor materna). A ausência de estudos sobre a influência da deambulação no TP apenas relacionada com a dor, levou a que se enquadrasse outras variáveis na discussão dos resultados, uma vez que se considerou relevante, incluindo o conforto, a evolução do TP, a eficácia das contrações uterinas, a necessidade de recorrer à analgesia pela via epidural, a satisfação materna, o desfecho em relação ao tipo de parto, os efeitos na circulação uteroplacentária e os efeitos neonatais. A maioria dos estudos destaca a influência da deambulação no TP de uma forma geral, englobando as variáveis adicionais anteriormente mencionadas, no entanto, todos os artigos selecionados também referem a dor, pelo que, apesar das suas limitações, foi possível proceder à discussão dos resultados e estabelecer conclusões acerca da questão de partida.

Desde a antiguidade, a mulher sempre procurou instintivamente a liberdade de movimentos, deambulando e alternando posições durante o TP, evitando a posição dorsal no leito. Porém, na atualidade, verifica-se um maior número de mulheres confinadas ao leito, sendo impedidas de deambular, do que aquelas que usufruem da sua liberdade de escolha para viverem a experiência do TP da forma mais confortável para si.

Através da evidência científica encontrada, consegue-se compreender que é muito mais benéfico para a parturiente e para o RN, o exercício da deambulação durante o TP, dado que a maioria dos resultados encontrados nos estudos confirmam, unanimemente, uma maior eficácia das contrações uterinas, um melhor fluxo sanguíneo uteroplacentário, uma redução da duração do TP e uma menor perceção da dor, aumentando o conforto e a satisfação materna durante esse processo.

A Revisão Sistemática da Literatura realizada por Ferrão e Zagão (2017), confirma exatamente essas variáveis, englobando 15 estudos analisados que demonstram, praticamente todos, que a deambulação apresenta diversos benefícios, no que diz respeito à progressão do primeiro período do TP, na redução da perceção da dor e numa maior satisfação materna, na eficácia das contrações uterinas e na circulação sanguínea materno-fetal, quando comparada à posição supina. Entre os variados resultados identificados nessa revisão, através de um dos estudos randomizados, as autoras verificaram que houve uma redução dos scores de dor na fase latente do TP associada à deambulação, bem como uma diminuição de complicações maternas. Acrescentam que, através de uma revisão sistemática, comprovam que as parturientes que deambularam, apresentaram uma maior tolerância à dor inerente às contrações uterinas, sendo menos propensas a recorrer à analgesia pela via epidural e à administração de narcóticos para alívio de dor, contribuindo

para melhores desfechos neonatais. Também num estudo quase-experimental, as parturientes que foram motivadas a deambular, recomendaram essa estratégia para um aumento de conforto. Outros estudos analisados, ainda nessa revisão, indicam que certos fatores podem inibir ou facilitar a promoção da deambulação, tais como, as condições ambientais em que decorre o TP, a assistência assegurada pelas parteiras, o conhecimento da parturiente acerca dos benefícios dessa estratégia e a sua capacidade para a tomada de decisão acerca de certas intervenções a que pode ser sujeita de modo rotineiro, interferindo com a sua liberdade de movimentos (Ferrão & Zagão, 2017).

Também o estudo qualitativo descritivo de Wei, Gualda e Júnior (2011) vem reforçar os resultados discutidos na revisão sistemática anteriormente mencionada, especialmente no que diz respeito à percepção da dor materna. Em relação à deambulação durante o TP, foram encontradas duas percepções distintas entre as mulheres, sendo que mais de metade das entrevistadas referiu que a deambulação foi benéfica durante o TP, pois proporcionou o alívio da dor, desviando o foco de atenção da mesma, proporcionando um maior conforto, havendo uma progressão mais rápida do TP, associando a rápida dilatação do colo uterino à deambulação. Uma menor percentagem das mulheres preferiu a posição deitada por sentirem medo do risco do RN nascer durante a deambulação e à dificuldade para realizar esforços expulsivos numa posição vertical. Quando compararam com a experiência de parto anterior, em que não tiveram oportunidade de deambular durante o TP, referiram que na experiência de parto atual, a percepção da dor foi menor, exatamente por terem experienciado a liberdade de movimentos (Wei et al., 2011).

Conjugando com o estudo prospetivo randomizado de Regaya et al. (2010), obtém-se novamente a confirmação de que a deambulação reduz significativamente a intensidade da dor percebida pela parturiente, proporcionando um maior conforto e bem-estar materno. Estes autores, através desse estudo, para além de confirmarem a redução da dor manifestada pelas mulheres, também verificam uma redução significativa da duração do primeiro período de TP, assim como do consumo de ocitocina, da taxa de partos distócicos por cesariana e de partos instrumentos, revelando que a deambulação materna promove melhores resultados maternos (7% de efeitos colaterais versus 13%) e fetais (melhor índice de Apgar ao primeiro e quinto min).

Ainda na revisão sistemática encontrada na Cochrane, englobando 25 estudos randomizados e quase randomizados, é possível concluir nas parturientes que não foram submetidas a analgesia pela via epidural, que aquelas que optaram por deambular, apresentam scores menores de dor e menor probabilidade de necessitarem analgesia por via epidural, do que as parturientes que decidiram adotar a posição dorsal. Os autores também acrescentam que a deambulação e a adoção de posições verticais levam a desfechos mais favoráveis, tanto para a mãe como para o RN, nomeadamente uma evolução de TP mais rápida, uma maior probabilidade de ocorrer parto eutócico e uma menor probabilidade de ocorrer um parto

distócico por cesariana, assim como uma menor probabilidade de os RNs serem internados na unidade de Neonatologia (Lawrence et al., 2013).

Num estudo quase-experimental, em que o objetivo era avaliar a existência de correlação entre a distância percorrida e os níveis de dor durante a fase ativa do TP, verifica-se que a quantidade percorrida durante as três primeiras horas da fase ativa do TP encontrava-se associada à redução da duração do TP, uma vez que a cada 100 metros percorridos, ocorreu uma diminuição de 22 min na primeira hora, 10 min na segunda hora e 6 min na terceira hora. Neste estudo, foi encontrada uma correlação positiva significativa entre a deambulação e o score de dor apenas aos 5 cm de dilatação, ou seja, quanto maior é a distância percorrida, maiores são as pontuações de dor atribuídas pelas parturientes. Os autores explicitam que esta correlação pode estar associada ao facto de as parturientes serem nulíparas, uma vez que a paridade é um fator determinante para a perceção da dor materna no TP. Os mesmos acrescentam que há estudos que indicam que as mulheres nulíparas percecionaram maiores níveis de dor, em média, do que as múltiparas na primeira fase do TP, uma vez que as características das estruturas pélvicas das parturientes que já pariram anteriormente são mais flexíveis do que aquelas que nunca experienciaram um parto. Concluem, também, que os motivos da correlação positiva entre a perceção da maior sensação dolorosa nas mulheres que mais deambularam, até aos 5 cm de dilatação cervical, assentam no facto de a posição vertical favorecer uma maior intensidade das contrações uterinas, assim como o encravamento mais rápido da apresentação fetal na bacia materna, evoluindo mais rapidamente o TP, e conseqüentemente, uma perceção de dor mais intensa. Contudo, salientam a necessidade da realização de mais estudos aprofundados no sentido de confirmarem estas conclusões (Mamede, F. V., Almeida, Souza & Mamede, M. V., 2007).

#### **1.2.1.5. Conclusão**

Após a análise dos dados e a discussão dos respetivos resultados, foi possível atingir conclusões pertinentes, no âmbito da deambulação durante o TP em relação à perceção da dor materna. Assim, foi possível concluir que, nos últimos tempos, tem havido uma maior articulação entre o apoio clínico e a autonomia da parturiente no que diz respeito à promoção do conforto e do bem-estar, levando a uma nova perceção acerca de certas intervenções contribuindo para a realização de práticas que promovem um maior envolvimento e empoderamento das decisões da parturiente no seu TP e parto. As parturientes devem compreender que têm permissão para a liberdade de movimentos, optando por deambular e escolher as posições que desejam adotar, sem limitações de outros profissionais (desde que não haja contra-indicação clínica). O EESMO deve consciencializar-se acerca das vantagens e/ou implicações da deambulação, assegurando e respeitando sempre as escolhas da mulher para o seu próprio conforto e bem-estar ao longo de todo o TP (Ferrão & Zagão, 2017).

Se for dada a oportunidade de preferências posicionais às parturientes, é mais provável que as mesmas optem por alternar posições, entre verticais e supinas, assim como deambular durante a progressão do TP, uma vez que a manutenção de posições apenas dorsais durante o TP sugere efeitos fisiológicos adversos, tanto para a mulher como para o RN. Apesar da necessidade de haver mais estudos randomizados para comprovar a eficácia da deambulação e da posição vertical em todas as parturientes, os autores salientam que as mulheres não devem ter a sua opção de liberdade de movimentos restrita, devendo evitar longos períodos em posições dorsais. Posto isto, os profissionais da saúde devem encorajar a parturiente a assumir a posição que lhe é mais confortável, com liberdade de movimentos, proporcionando-lhe um maior controlo do seu próprio corpo, favorecendo a progressão do TP e gerindo melhor a dor percebida, sentindo-se mais confortável em todo o processo (Lawrence et al., 2013).

Assim, através dos resultados analisados nestes cinco estudos, é possível inferir, quase unanimemente, que a deambulação promove a redução da dor percebida pela parturiente, o conforto e a satisfação, sendo possível dar resposta à questão de investigação formulada. Estes resultados são congruentes com toda a pesquisa efetuada, reforçando a necessidade de se promover a autonomia e a participação ativa da mulher durante o TP, oferecendo a livre escolha de posições e movimentos, permitindo um maior controlo do seu corpo e gerindo melhor o desconforto causado pelas contrações uterinas.

Por fim, torna-se importante salientar que, embora esteja, atualmente disponível alguma evidência acerca da influência da deambulação na dor materna percebida durante o TP, ainda se encontram várias limitações presentes nesse âmbito, pelo que é fulcral que o EESMO mantenha uma atualização de conhecimentos, através da realização de novos estudos, questionando sempre a sua prática, contribuindo assim para a evolução dos cuidados clínicos, baseados em evidências científicas atuais, rumo à excelência.

### **1.3. Autocuidado no Pós-Parto e Adaptação à Parentalidade**

No período puerperal, a mulher inicia a sua recuperação física e psicológica, fase em que ocorre o estabelecimento da lactação, o processo de involução dos órgãos reprodutivos ao estado pré-gravídico e diversas alterações emocionais, nomeadamente a adaptação psicológica da mãe em relação ao filho e ao novo papel parental que adquiriu.

O período pós-parto inicia-se após a dequitação e termina quando as modificações inerentes ao estado gravídico retornam às condições normais pré-gravídicas, tendo este processo a duração de, aproximadamente, seis semanas, pelo que as primeiras 48 a 72 horas são passadas no internamento do puerpério. Neste período, a mulher passa por diversos processos físicos, psicológicos e sociais que a maternidade acarreta, sendo fundamental a consciencialização da mulher/casal e dos enfermeiros especialistas da necessidade de uma

vigilância adequada durante todo este processo face às diversas adaptações à nova fase, tendo especial atenção aos cuidados inerentes ao conforto físico e psicológico, à prevenção de complicações, ao treino de habilidades e à aquisição de competências parentais, no sentido de minimizar as dificuldades, os riscos e as possíveis complicações (Lowdermilk & Perry, 2008). Segundo Graça (2010), o puerpério é constituído por três períodos, o imediato (primeiras 24 horas pós-parto), o precoce (até ao final da primeira semana) e o tardio (até ao final da sexta semana).

Especialmente nos primeiros dias pós-parto, a puérpera passa por um processo de transição, sente-se frágil, fraca, vulnerável e ainda mais ansiosa pelas responsabilidades associadas ao RN e à sua vida familiar. É essencial sentir-se apoiada tanto pela família como pelos profissionais da saúde, especialmente pelos enfermeiros especialistas, pois possuem competências técnico-científicas inerentes à puérpera, ao RN e à família. Assim, no sentido de refletir acerca de todo este percurso e experiências vivenciadas de forma compreensível e organizada, inicialmente aborda-se os cuidados inerentes à puérpera, e de seguida, incorpora-se os cuidados específicos ao RN.

Durante a admissão da puérpera e do RN, confirmou-se sempre a identificação dos mesmos e integrou-se a pessoa e família no serviço de puerpério, explicando todo o seu funcionamento, assim como as intervenções que iriam ser posteriormente realizadas. Foi importante a mulher sentir-se a par de toda a informação acerca da nova fase em que se encontrava, visto que esta predispunha alguns desequilíbrios emocionais e físicos, nomeadamente a ansiedade provocada por toda a panóplia de emoções/acontecimentos vividos, assim como pelo desconhecido, devendo ser foco de atenção.

Nas primeiras horas, após o acolhimento no puerpério, era sempre realizada uma avaliação inicial da puérpera, procurando avaliar os sinais vitais, a eliminação vesical e intestinal, a alimentação, o seu estado físico (contração uterina, perda hemática vaginal, períneo, pele e mucosas, mamas e membros inferiores) e o seu estado emocional (averiguar a presença de ansiedade, eventual desconforto, entre outros). Neste sentido, era elaborado o planeamento individualizado dos cuidados inerentes às necessidades identificadas de cada puérpera.

Após o parto, a puérpera pode manifestar algum grau de exaustão, de desconforto, de fadiga, de necessidade de repouso e até de dependência no seu autocuidado. O repouso no leito era recomendado a todas as puérperas até à realização do primeiro levante, sendo este, segundo o protocolo de serviço, 6 horas após o parto vaginal e 12 horas após um parto distócico por cesariana (Montenegro, N. et al, 2014).

Relativamente à analgesia no pós-parto em caso de parto distócico por cesariana, as mulheres eram internadas no puerpério com cateter epidural, de modo a facilitar a administração de morfina durante as 24 horas, o mesmo era retirado apenas ao fim da terceira aplicação de morfina, segundo o protocolo de serviço. Durante a administração

desta terapêutica, era necessário vigiar os possíveis efeitos secundários que a mesma pode provocar, tendo sido alguns visíveis nas mulheres a quem prestámos cuidados, como as náuseas, os vômitos e o prurido (MacArthur, 2005). A vigilância da recuperação pós-anestésica e do bloqueio motor esteve sempre presente nestes casos, sendo que, por vezes, ocorrem complicações na aplicação do cateter epidural e na administração da terapêutica pelo mesmo.

Durante o módulo, houve um caso de uma utente que se verificou muito bem uma dessas alterações. A jovem puérpera encontrava-se nas primeiras 48 horas pós-parto e durante o turno em que se acompanhou, observaram-se várias queixas álgicas e um fácies de desconforto, pelo que se queixava principalmente de cefaleias, de náuseas e de sensações de desequilíbrio, de visão turva, de suores, de perda de força e de energia. Após uma vigilância mais cuidada destes sintomas, suspeitou-se de uma possível picada da dura-máter durante a aplicação do cateter epidural, e logo de seguida, após ser contactado, o médico anestesista identificou esse diagnóstico, confirmando a suspeita. Segundo Can, Yilmaz, Gurcan, Alkis e Uysalel (2008), essas cefaleias referidas pela utente foram causadas pela punção da dura-máter e pela libertação do líquido cefalorraquidiano, sendo caracterizadas como uma dor fronto-occipital grave associada a náuseas e vômitos. Deste modo, a puérpera foi orientada para permanecer em repouso no leito com a cabeceira não elevada e reforçar a ingestão hídrica oral, procurando manter-se num ambiente calmo e escurecido. Após ter seguido as orientações clínicas, a utente não apresentou mais nenhum sinal de complicação, tendo sido atribuída alta clínica dois dias depois.

Nas puérperas que realizaram o parto por via vaginal, a analgesia nas primeiras 24 horas pós-parto baseava-se essencialmente na administração de ibuprofeno e de paracetamol associado a outras estratégias de promoção de conforto, tais como, a aplicação de gelo no períneo. Em todas as puérperas, a vigilância e a monitorização da dor foram essenciais para despistar complicações e para gerir adequadamente a terapêutica (MacArthur, 2005).

No pós-parto imediato, a puérpera apresenta-se um pouco frágil, exausta e comprometida na mobilidade, sendo que, independentemente do tipo de parto, a mesma deve permanecer em repouso no leito, em vigilância, até indicação para realizar o primeiro levante. Durante o período de repouso no leito, a puérpera era incentivada a realizar exercícios passivos dos membros inferiores, de modo a minimizar o risco de ocorrência de tromboembolismos, sendo também assistida nos cuidados de higiene perineal, assim como nos cuidados parciais. No caso de utentes submetidas a parto distócico por cesariana, o primeiro levante só era realizado após 12 horas, sendo que na situação de parto por via vaginal, o mesmo acontecia após 6 horas, segundo o protocolo do serviço hospitalar. Este só acontecia, progressivamente e sob supervisão do enfermeiro, após a avaliação do estado de saúde da puérpera, nomeadamente, da perda hemática vaginal, da contratilidade uterina, das queixas álgicas, e também, após a suspensão de fluidoterapia, a avaliação dos sinais vitais e o estabelecimento da dieta (Montenegro, N. et al, 2014).

Durante este período, a eliminação vesical requeria uma vigilância necessária, visto que era importante avaliar o esvaziamento vesical, de modo a prevenir e a despistar complicações, tais como, a retenção urinária, sendo essa um dos motivos que dificultava que o útero se contraísse eficazmente, assim como podia contribuir para um possível risco de hemorragia, devido ao seu deslocamento supra-umbilical, afastando-se da linha média. Era esperado que a puérpera urinasse espontaneamente antes das 6 a 8 horas pós-parto, se tal não acontecesse, era incentivada a tomar um duche de água quente, no entanto se esta intervenção autónoma não resultasse e se ainda estivesse presente o globo vesical, poderia ser realizado o esvaziamento vesical, através da algaliação, no sentido de promover a involução uterina eficaz (Graça, 2010).

Durante este módulo, presenciei um caso de retenção urinária, a puérpera ainda não tinha apresentado a primeira micção espontânea após 9 horas do parto por via vaginal, sendo que, após ter sido incentivada a tomar um duche quente e ter aplicado água quente corrente ao nível do períneo, surtiu efeito e conseguiu urinar, não tendo sido necessário, neste caso específico, proceder à algaliação.

O trânsito intestinal normalmente só era restabelecido dois a três dias após o parto, devido à diminuição da tonicidade dos músculos intestinais, aos efeitos anestésicos, à ingestão insuficiente de líquidos e de fibras relacionada com o jejum prolongado e, também, podia ser devido à ansiedade e ao receio da dor que a puérpera podia sentir quando evacuasse, muitas vezes associado à presença de ferida cirúrgica ou perineal. Perante estas situações, as puérperas eram incentivadas à deambulação, à alimentação rica em fibras, à hidratação oral adequada, e quando estas medidas não resultavam e se mantinham as queixas de desconforto abdominal e intestinal, eram oferecidos emolientes das fezes até surtir efeito (Lowdermilk & Perry, 2008).

Relativamente à involução uterina, este processo é caracterizado pelo retorno do útero ao estado não gravídico, sendo a sua principal causa o decréscimo repentino dos níveis de estrogénio e de progesterona no organismo da mulher. Este processo tem início logo após o culminar do terceiro período do TP correspondente à dequitação (Lowdermilk & Perry, 2008).

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), nas 12 horas pós-parto, o fundo uterino pode encontrar-se a 1 cm acima do umbigo, progredindo um a dois cm a cada 24 horas, sendo esperado que ao décimo dia pós-parto, o útero se apresente ao nível da sínfise púbica. A avaliação da posição e da consistência do útero, possibilita a deteção precoce de complicações da involução uterina, nomeadamente a atonia uterina, pela retenção de fragmentos placentários e também, a hemorragia pós-parto, sendo essencial que o útero se apresente bem contraído. Sempre que se realizava essa avaliação, o procedimento era explicado à puérpera e a mesma era posicionada em decúbito dorsal no leito, realizando-se a palpação uterina. Durante este momento, a puérpera era incentivada e instruída acerca da massagem

uterina (circular em direção à sínfise púbica) que contribui para o esvaziamento de possíveis coágulos, promovendo a involução uterina eficaz, de modo a reduzir a ansiedade materna pela explicação de toda a intervenção.

Relativamente à perda hemática vaginal, designada por lóquios, inicialmente e até ao 2.º/3.º dia pós-parto, estes são caracterizados como lóquios hemáticos, devido à presença de uma coloração avermelhada viva por conter ainda pequenos coágulos sanguíneos, parte da decídua e do tecido trofoblástico; posteriormente e por volta do 3.º/4.º dia, a coloração passa a ser mais rosada, sendo denominados por lóquios sero-hemáticos, passando a ser mais esbranquiçados cerca do 10.º dia, designando-se por lóquios serosos, ricos em leucócitos, restos da decídua e células epiteliais mantendo-se, normalmente, durante 10 a 14 dias pós-parto. A puérpera era sempre informada sobre estas características e alterações, sendo também incentivada a observar o cheiro proveniente dos lóquios, o aspeto e a quantidade, no sentido de despistar eventuais complicações, tais como, atonia uterina, retenção de fragmentos placentários e membranares, hemorragia da ferida perineal, infeção e endometrite, sendo um dos sinais mais visíveis desta última, a presença de lóquios sero-hemáticos ou serosos após 3 a 4 semanas pós-parto associada à dor, à hipersensibilidade abdominal e à febre. Foi importante clarificar estas orientações à puérpera, pois quando regressasse a casa, era necessário estar atenta aos sinais que poderiam indicar eventuais complicações, devendo dirigir-se ao hospital ou centro de saúde sempre que surgissem (Graça, 2010).

Quanto à presença de ferida cirúrgica, foi importante avaliar o seu processo de cicatrização. Segundo Lowdermilk e Perry (2008), a cicatrização da ferida perineal culmina, aproximadamente, entre a 2.ª e a 3.ª semana pós-parto, sendo que não é necessário proceder à remoção da sutura, uma vez que o fio utilizado é reabsorvível. Sendo considerada um fator de risco para a hemorragia pós-parto, foi necessário realizar uma avaliação contínua das suas características no internamento e englobar ensinamentos de educação para a saúde relativos ao regresso a casa, nomeadamente orientações para estarem atentas à presença de sinais inflamatórios e de uma possível infeção, tais como rubor, calor, prurido, dor, febre, edema e cheiro fétido, no sentido de despistar precocemente a presença de deiscência, hematoma e/ou hemorragia. Deste modo, foi necessário educar neste âmbito e sugerir alguns cuidados específicos, tais como: manter a região da ferida cirúrgica limpa e seca; lavar e secar bem as mãos antes e após a higiene dessa região, sendo esta realizada com água e sabão, no sentido ântero-posterior, ou seja, da sínfise púbica em direção ao ânus; e, também, trocar os pensos higiénicos sempre que urinar/defecar e sempre que achar necessário, realizando pelo menos quatro vezes por dia.

No pós-parto, durante o internamento, foi essencial proceder a uma vigilância cuidada e a uma avaliação puerperal contínua, com o objetivo de prevenir complicações, dado que têm maior probabilidade de ocorrer nos primeiros dias pós-parto, sendo as mais frequentes, a atonia uterina, a hemorragia, as alterações pós-anestésicas e os problemas associados à

amamentação. Durante o módulo, não foi possível lidar com todas as complicações mencionadas, no entanto, foi realizada uma pesquisa baseada em evidências acerca das mesmas, destacando a hemorragia pós-parto, por corresponder a uma das mais comuns, mais graves e com maior índice de mortalidade (Plunk, Lee, Kanj & Dighe, 2013).

A perda hemática no pós-parto (lóquios) é caracterizada como escassa (praticamente nula), ligeira (apresentando uma saturação de 2,5 cm), moderada (apresentando uma saturação de 10 cm) ou abundante (o penso higiênico apresentava-se cheio em duas horas), sendo esta classificação pouco rigorosa e subjetiva, visto que nem sempre foi fácil identificar a quantidade de perda hemática demonstrada. No sentido de facilitar essa avaliação, foi necessário questionar às puérperas de quanto em quanto tempo efetuavam a mudança de penso higiênico e as características dos lóquios, assim era facilitada a percepção da ocorrência de perdas mais abundantes que poderiam ser sugestivas de hemorragia pós-parto. Para detetar uma situação de instabilidade hemodinâmica, foi fulcral avaliar o estado de consciência da puérpera, as características da pele e mucosas, a FC e a frequência respiratória, a PA, a dor, a temperatura e o débito urinário (Cunningham et al, 2012).

Sendo uma das complicações mais graves no pós-parto, perante os sinais sugestivos de hemorragia, nomeadamente situações de hipotensão, de taquipneia, de taquicardia, de sudorese, de alterações da coloração da pele e mucosas e de perda hemática abundante, as intervenções de enfermagem prioritárias devem ser: a elevação dos membros inferiores, de forma a facilitar o retorno venoso (posição de Trendelenburg), a cateterização venosa periférica para garantir um acesso venoso e posterior hidratação, a avaliação contínua dos sinais vitais, da tonicidade uterina, do estado físico e consciente da puérpera, da quantidade e das características da perda hemática vaginal e da administração de terapêutica adequada à situação individual da utente, segundo protocolos de serviço e indicação médica (por exemplo, ocitocina e misoprostol). O objetivo clínico centra-se na estabilização hemodinâmica e no reverter da causa que desencadeou a hemorragia, prevenindo a evolução para um choque hipovolémico (Campos et al, 2011).

As causas mais frequentes que levam ao aparecimento desta complicação podem ser: a atonia uterina, a retenção de fragmentos placentários, a subinvolução uterina, a rotura uterina, a distensão vesical e as lesões traumáticas do canal de parto (como as lacerações cervicais/perineais/vaginais e hematomas do canal de parto), sendo considerada a primeira, a principal causa. A atonia uterina pode ser detetada através da palpação uterina em que se verifica um útero não contraído e de consistência mole, com o fundo uterino situado acima do umbigo. A melhor intervenção para garantir a prevenção desta complicação passou pela manutenção do tónus uterino, através de massagens circulares no fundo uterino, no sentido descendente, em direção à sínfise púbica, com o objetivo de este se manter firme e contraído (Graça, 2010).

Para além de todas estas mudanças e complicações físicas inerentes ao período pós-parto, também podem ocorrer perturbações a nível do foro psicológico, devido à presença de inúmeros fatores que, muitas vezes, desencadeiam sentimentos de stress e de ansiedade, relacionados com a nova fase em que a utente se encontra, a adaptação à parentalidade. Nesta fase, a mulher passa por um processo de reorganização social e de adaptação a um novo papel assumido, ser mãe, sentindo naturalmente, um conjunto de emoções fortes e mistas relacionadas com a perceção de um aglomerado de responsabilidades e competências exigidas no âmbito de cuidar de alguém tão dependente de si e tão frágil. Estes fatores associados à rápida alteração dos níveis hormonais da mulher, após o parto, e todo o desconforto vivido nesse momento, geram na puérpera um estado de maior suscetibilidade aos transtornos psicoafectivos e instabilidade emocional (Cantilino, Zambaldi, Sougey & Renno Jr, 2010).

De acordo com Graça (2010), esse estado emocional, em muitas mulheres, pode evoluir para uma ligeira depressão ou disforia puerperal, também conhecido por “baby blues” ou blues pós-parto. Este distúrbio de labilidade transitória de humor ocorre, geralmente, entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, revertendo de modo espontâneo ao longo de duas semanas. O blues pós-parto pode afetar cerca de 40% a 80% das puérperas, refletindo-se através de crises de choro, irritabilidade, falta de energia, perturbações de sono, fadiga, disforia e, por vezes, falta de afeto perante o RN (Cantilino et al, 2010).

Durante o módulo, não foi identificado nenhum caso de baby blues, no entanto, sempre se procurou atuar na sua prevenção. A atuação baseava-se na promoção do máximo conforto possível, através do apoio em todos os cuidados necessários à puérpera e ao RN, da gestão de um ambiente adequado, da disponibilidade para uma escuta ativa e o esclarecimento de dúvidas, do incentivo a períodos de repouso, da educação para a saúde e da partilha de pensamentos e sentimentos, estando sempre em alerta para o aparecimento de sinais e sintomas sugestivos dessa complicação.

Nesta fase de adaptação, procurou-se incentivar o apoio e a envolvência familiar nos cuidados e na vida quotidiana, de modo a diminuir a sobrecarga emocional e física da mulher, aconselhando-as também a frequentar cursos de recuperação pós-parto, possibilitando um encontro social e de convívio com outras mães, onde juntas pudessem partilhar as experiências (Figueiredo, 2003).

Nesta fase inicial do pós-parto, verificam-se, assim, alterações a vários níveis, como já descritas anteriormente, em que o casal vivencia uma nova experiência, tornar-se pais, representando uma fase de adaptação e transição para a parentalidade. Sendo considerada uma transição de desenvolvimento, segundo Meleis et al (2000), citado por Silva (2012), esta fase engloba a mudança e redefinições de papéis, bem como a incorporação de um conjunto de tarefas desenvolvimentais específicas e competências necessárias para cuidar do novo elemento da família.

A mudança, sendo uma das principais características das transições, remete para a alteração das rotinas diárias habituais para integrar e desempenhar novos papéis. Os novos pais, frequentemente, criam expectativas que nem sempre correspondem às exigências do novo papel parental assumido, essa percepção apenas é alcançada, quando se consciencializam que estão a vivenciar um processo de mudança e se deixam adaptar-se através dela. A duração deste processo de transição é variável, culminando apenas quando os novos pais assumem uma nova identidade e atingem os níveis de mestria nos conhecimentos e competências, sentindo-se com a capacidade de executar o novo papel assumido com segurança. Durante este processo, poderão ocorrer vários acontecimentos ou existirem fatores que possam influenciar negativa ou positivamente a transição, denominados por eventos críticos. Neste sentido, é crucial que os enfermeiros especialistas identifiquem antecipadamente os mesmos, para que possam intervir e contribuir beneficentemente nesta fase, nomeadamente facilitar o aumento da consciência da mudança que os pais estão a vivenciar e incentivar o envolvimento das pessoas intervenientes no processo da parentalidade (Canavarro, 2006, citado por Silva, 2012).

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), o processo de transição para a parentalidade, decorre desde a conceção até aos primeiros meses de vida do RN, altura em que os pais estabelecem a vinculação e a relação com o mesmo. Sendo considerado um período de satisfação, e ao mesmo tempo, de desequilíbrio e de desorganização, os autores defendem que, no decorrer do processo, podem ser identificadas três fases distintas após o nascimento que, por sua vez, vão evoluindo de acordo com a adaptação da figura materna à aceitação do novo papel parental. A primeira fase, que decorre nas primeiras 24-48 horas após o parto, é designada pela fase dependente, uma vez que as puérperas manifestam comportamentos de dependência relativamente a outras pessoas para cuidarem do seu RN. A mulher encontrava-se mais focada em si e nas suas próprias vivências, limitando a sua participação nos cuidados ao RN e necessitando dos outros para satisfazer as suas necessidades. Nessa altura, foram bastante importantes o diálogo e a partilha de opiniões e sentimentos acerca das experiências vividas, assim como o apoio dos membros da família e dos profissionais da saúde para satisfazer todas as necessidades, pois estes foram considerados fatores facilitadores do processo. Durante o módulo, só se vivenciou a primeira fase, uma vez que as puérperas tinham alta clínica ao fim de 48 horas, se não houvesse nenhum tipo de complicação.

Um dos principais fatores que influenciou positivamente o processo de adaptação ao RN, assentou no sucesso da amamentação, pois se esta fosse eficaz, o mesmo processo era facilitado, assim como se verificou ao longo do módulo. O sucesso da amamentação depende do desejo/motivação, da força de vontade e da tomada de decisão consciente da mulher, assim como da atuação dos EESMOs em apoiá-la nesse sentido, iniciando no decorrer da gravidez e acentuando no puerpério.

Em Portugal, vários estudos revelam que mais de 90% das mulheres portuguesas iniciam o processo da amamentação, porém, também, demonstram que cerca de metade dessas

mulheres desistem de amamentar durante o primeiro mês de vida. Assim, verifica-se que a maioria das mulheres desiste precocemente da amamentação, revelando a necessidade de atuação nesse sentido, contribuindo para que Portugal implementasse estratégias de promoção do sucesso do aleitamento materno (AM) (Levy & Bértolo, 2007).

Sendo a amamentação considerada uma preocupação mundial no âmbito da saúde pública, a OMS e a UNICEF (United Nations Children's Fund) criaram, em 1992, a IHAB (Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés), baseada na "Declaração de Innocenti" formulada em 1990, por um conjunto de organismos internacionais, agências bilaterais e formuladores de políticas de saúde governativas. Esta iniciativa tem como principal objetivo a promoção, a proteção e o apoio ao AM, através da incorporação das dez medidas para o seu sucesso, nos serviços de obstetrícia e pediatria/neonatologia dos hospitais e das maternidades. Durante o módulo, foi possível desenvolver competências nesse âmbito, visto que os profissionais da saúde do CHUSJ adotaram essas mesmas medidas para o sucesso do AM.

Segundo Levy e Bértolo (2007), o primeiro passo para o sucesso do AM passa pela tomada de decisão consciente e informada da mulher em realizá-lo. No ambiente hospitalar, por norma, as mulheres eram questionadas acerca dessa decisão antes, e novamente, após o parto, verificando-se durante o módulo que a maioria das puérperas já vinham do domicílio com a decisão tomada, umas por terem sido informadas e clarificadas acerca desse processo ao longo da gravidez, especialmente no curso de preparação para o parto, outras por terem tido experiências de amamentação anteriormente, e ainda outras por terem as suas próprias crenças pessoais e/ou familiares.

O segundo passo rumo ao sucesso do AM baseia-se no estabelecimento da lactação. Antes de iniciar esta etapa que prevalece até ao momento da alta hospitalar, foi necessário rever alguns dos conhecimentos apreendidos no período pré-natal, esclarecer dúvidas pendentes, reforçar os ensinamentos acerca das vantagens e da técnica da amamentação, avaliar o estado físico e psicológico da puérpera e a sua preparação para proceder à amamentação, tendo em conta os fatores culturais, o tipo de parto, as experiências anteriores da amamentação, entre outras.

Assim como já foi referido anteriormente, o AM apresenta várias vantagens tanto para a mãe, como para o bebé, uma vez que este leite é caracterizado por ser um alimento vivo, natural, fisiologicamente completo e adequado para quase todos os RNs, a não ser que haja alguma contra-indicação médica que evite essa possibilidade, tais como a puérpera ser portadora de HIV positivo, consumir drogas ilícitas, ingerir determinados fármacos que possam interferir com a amamentação, assim como o RN ser portador de doenças metabólicas raras, como a galactosemia e a fenilcetonúria, entre outras. As vantagens do AM direcionadas para a criança assentam na prevenção de infeções urinárias, gastrointestinais e respiratórias, na proteção das alergias, na prevenção de diabetes, numa melhor adaptação à entrada de novos alimentos na sua dieta, e também, num aumento das

suas defesas e fortalecimento do sistema imunitário, devido à presença de todos os nutrientes necessários ao RN no leite materno.

Na puérpera, o AM contribui para uma involução uterina mais rápida, uma adequada perda de peso e, conseqüentemente, um fortalecimento da auto-estima da mulher, possibilita, também, o prazer único de amamentar, e ainda, reduz a probabilidade de adquirir cancro da mama (Levy & Bértolo, 2007). O processo da amamentação pode também ser considerado um método contraceptivo temporário, podendo prevenir uma nova gravidez até aos seis meses, desde que a mulher se encontre em amenorreia durante esse período e amamente em exclusivo com frequência e com intervalos curtos, não ultrapassando as seis horas entre as mamadas, de modo a assegurar os picos de prolactina, inibindo a ovulação. Este método apresenta uma eficácia de 1 a 2 gravidezes em 100 mulheres/ano e apenas previne a gravidez se estas condições estiverem assumidas, no entanto, não tem qualquer influência na prevenção das IST, sendo essencial associar outro método para o efeito, caso seja necessário (DGS, 2008).

Os pediatras concordam que a duração ideal do AM exclusivo é de seis meses, sem ser fornecido mais nenhum alimento ou suplemento ao RN, contudo, é necessário que o mesmo apresente um bom estado nutricional, um adequado aumento de peso e um bom desenvolvimento psicomotor. Levy e Bértolo (2007), ainda acrescentam que o sucesso do AM também se caracteriza pela experiência de cooperação mútua entre a mãe e o filho, pela qualidade de interação entre ambos durante a mamada, visto que é um momento de oportunidade de contacto visual e físico.

No internamento, durante a fase do estabelecimento da lactação, as dúvidas que mais surgiram da mulher/casal acerca da amamentação foram sobre a duração e a frequência das mamadas, a posição correta do RN e a pega correta na mama, determinadas crenças existentes, os sinais de fome e de saciedade que o RN apresentava e os cuidados adequados a ter com as mamas. Uma das crenças existentes demonstradas pelas puérperas eram relacionadas com o tamanho da mama, sendo que algumas delas se questionavam quanto à sua capacidade de amamentar, tendo as mamas pequenas. Deste modo, foi-lhes explicado que o tamanho da mama não está associado à capacidade de produção e ejeção de leite, visto que a mama também é constituída por uma parte de tecido adiposo e conjuntivo, assim como os alvéolos, sendo este o local onde se realiza a produção de leite.

Outra das crenças mais frequentes era relacionada com o facto das puérperas considerarem que oferecer apenas o seu leite era insuficiente para satisfazer o RN, nestes casos, reforçava-se os ensinamentos acerca das vantagens e características do leite materno já abordadas anteriormente, realçando que o colostro é rico em proteínas, minerais, vitaminas lipossolúveis e imunoglobulinas que conferem proteção ao RN e potenciam o seu desenvolvimento, satisfazendo as suas necessidades. Perante estas questões e para uma melhor compreensão, foi oportuno informar também as utentes acerca do padrão de

eliminação intestinal e vesical do RN bem como, os seus sinais de fome e de saciedade, que irão ser abordados posteriormente no presente relatório, realçando que o aumento de peso após as duas primeiras semanas de vida do RN é um indicador objetivo de ingestão nutricional suficiente (Pereira, 2006).

No que diz respeito ao posicionamento do RN e à pega correta, a maioria das puérperas demonstrava ter dificuldades em colocar o RN bem-adaptado à mama nas primeiras mamadas. Deste modo, foi essencial ensinar, instruir, treinar e assistir as mulheres na amamentação, explicando que a puérpera pode optar pela posição de deitada nas primeiras horas pós-parto, e quando se sentisse capacitada, podia alternar com a posição de sentada, sendo que o RN deve estar sempre posicionado bem junto dela, “barriga com barriga”, com a sua cara de frente para a mama e com o nariz ao nível do mamilo da mãe. A pega correta foi demonstrada quando o RN se encontrava com o queixo encostado à mama, permanecia com as bochechas cheias durante a sucção e a boca bem aberta, abrangendo o mamilo e a maior parte da aréola, tendo o seu lábio inferior virado para fora (Levy & Bértolo, 2007; Pereira, 2006).

Quanto à duração e frequência das mamadas, algo que foi bastante questionado durante o módulo, algumas puérperas acreditavam que era sempre necessário amamentar a criança objetivamente de 3 em 3 horas, pelo que lhes foi explicado que o RN deve ser amamentado em regime livre, ou seja, sempre que ele quiser, sendo o mesmo que escolhe quando deve mamar, não ultrapassando as 3 horas de intervalo entre as mamadas no 1.º mês de vida. Por outro lado, foi necessário salientar que, nos primeiros dois dias, poderia ser preciso acordar e estimular o RN para mamar, devido à sonolência esperada após o parto, sendo que uma das estratégias utilizadas foi retirar a primeira camada de roupa, no sentido de o ajudar a manter-se desperto durante a mamada. A duração da mamada é bastante subjetiva, sendo que as puérperas foram aconselhadas a deixar o RN mamar até largar espontaneamente a mama e demonstrar os sinais de saciedade. Deste modo, foi oportuno ensinar às mães os sinais de fome e saciedade que o RN demonstra. Quando o mesmo sente fome, geralmente manifesta pequenos sinais como mover as mãos até à boca, realizar movimentos de sucção e demonstrar um choro vigoroso até iniciar a mamada. Se o bebé apresentar um fácies tranquilizador após a mamada, dormir bem, mostrar-se satisfeito entre as mamadas, mamar no mínimo 8 vezes por dia e aumentar de peso gradualmente, é sinal de que o mesmo se encontra bem saciado e satisfeito (Lowdermilk & Perry, 2008).

Relativamente aos cuidados adequados a ter com a mama, alertou-se as mulheres acerca de algumas estratégias de prevenção e tratamento de fissuras no mamilo e ingurgitamento mamário, visto que, durante o módulo, estas foram as complicações de amamentação mais comuns que surgiram. As fissuras no mamilo são bastante dolorosas e são, normalmente, associadas à má pega do RN na mama. Perante estes casos, aconselhou-se a puérpera a arejar os mamilos, a aplicar colostro/leite nos mesmos, sendo que estes apresentam propriedades anti-inflamatórias e antibacterianas, devido à presença de lisozima na sua

constituição, a aplicar Lanolina (creme adequado para esta situação) após a mamada, a realizar a higienização dos mamilos apenas com água e uma vez por dia, assim como se incentivou a amamentar com uma pega correta e eficaz. Por vezes, sugeriu-se a utilização de mamilos de silicone, de modo a aliviar a sensação dolorosa dos mamilos. Por outro lado, o ingurgitamento mamário pode surgir no 3.º ou 4.º dia pós-parto, aquando a descida do leite, sendo que as mamas se apresentam edemaciadas, tensas, duras, quentes e dolorosas, com probabilidade de ocorrência de febre ligeira. De modo a atenuar estes sintomas, incentivou-se as puérperas a aplicar compressas quentes antes das mamadas, a realizar massagens circulares na mama, a aplicar compressas frias após as mamadas, a realizar o esvaziamento completo duma mama antes de oferecer a outra, a retirar leite manualmente ou com a bomba, antes de iniciar a mamada, de modo a facilitar a pega correta e a extração do leite pelo RN, utilizando um sutiã adequado de apoio. Foi essencial realçar, várias vezes, a importância da realização da pega correta e das mamadas frequentes em regime livre, na prevenção destas complicações (Lowdermilk & Perry, 2008).

No que diz respeito à utilização de chupetas e tetinas, explicou-se à puérpera/casal que o seu uso deve ser evitado até à amamentação estar bem estabelecida e eficaz. Nas situações em que o leite adaptado era prescrito pela equipa médica, e desde que os RNs apresentassem bons reflexos de sucção e deglutição, foi preferível administrar o leite por copo do que pelo biberon, evitando, assim, as tetinas e estimulando os reflexos do RN.

Por fim, o terceiro e último passo que promove o sucesso da amamentação assenta no suporte e manutenção da mesma após a alta hospitalar. No serviço de puerpério do CHUSJ, durante todos os dias, existe um cantinho da amamentação e uma linha disponível 24 horas por dia, no sentido de apoiar e encorajar as mulheres a potenciar o sucesso da amamentação no domicílio, sendo considerado um meio de esclarecimento de dúvidas, prevenção de complicações e resolução de problemas que pudessem surgir. Este apoio refletiu-se ser bastante eficaz, apresentando uma forte adesão da parte das puérperas, revelando-se mais seguras, confiantes e motivadas a prosseguir com o processo, dado que continuavam a ser amparadas pelos EESMOs, não se sentindo “abandonadas” (Levy & Bértolo, 2007).

Durante o módulo, foi também essencial mobilizar conhecimentos e desenvolver competências acerca dos cuidados específicos a ter com o RN e das suas características de desenvolvimento, de modo a clarificar e orientar os pais para estarem atentos aos aspetos que se afastam da normalidade, sendo possíveis sinais de alerta que deverão comunicar aos profissionais da saúde.

Relativamente ao padrão de crescimento e de desenvolvimento ponderal do RN, alertou-se os pais que este é característico de cada criança e pode ser influenciado por diversos fatores (como por exemplo a alimentação), sendo os parâmetros avaliados mais adequados para o caracterizar, o peso, o comprimento e o perímetro cefálico. O peso esperado do RN ao nascimento pode variar entre os 2,5 e os 4 Kg, sendo possível uma perda até 10% do seu peso

inicial nos primeiros dias de vida, devido à eliminação intestinal e vesical fisiológica deste período, recuperando-o nas duas primeiras semanas de vida. O comprimento do RN ao nascimento pode variar entre os 47 e os 53 cm, já o perímetro cefálico pode variar entre 33 a 37 cm. Os pais foram informados que estes parâmetros antropométricos serão continuamente avaliados durante as consultas de Saúde Infantil no Centro de Saúde após a alta hospitalar e os valores respetivos serão registados no Boletim de Saúde Infantil. Esta avaliação é fundamental para verificar se a criança apresenta um crescimento e desenvolvimento neurológico adequado (Hockenberry & Wilson, 2014).

No momento em que se realizavam as primeiras avaliações antropométricas, ainda na sala de partos, era também administrado a todos os RNs, um agente profilático, denominado de cloranfenicol colírio, nos olhos do mesmo, no sentido de prevenir a conjuntivite neonatal e/ou outras infeções oculares, bem como uma terapêutica parentérica por via intramuscular, vitamina K, com o objetivo de prevenir as possíveis hemorragias do RN (Lowdermilk & Perry, 2008).

O Sistema Nervoso do RN não é equivalente ao do adulto e esta imaturidade neurológica é refletida através de alguns reflexos primitivos que facilitam a adaptação ao ambiente extrauterino. Estes reflexos surgem a partir do nascimento e traduzem a maturidade e integridade do sistema nervoso em desenvolvimento, nomeadamente o reflexo de sucção e de deglutição, sendo estes muito importantes para o estabelecimento da amamentação eficaz, persistindo durante todo o período da lactação (Hockenberry & Wilson, 2014). Ainda acerca de algumas características que estão relacionadas com a imaturidade neurológica do RN e de adaptação ao meio extrauterino, alguns pais questionaram sobre a presença de vernix caseoso e do eritema tóxico que observaram no corpo dos seus filhos, demonstrando dúvidas acerca do bem-estar do mesmo. Deste modo, explicou-se que o vernix caseoso é constituído por uma mistura de células epiteliais e sebo, apresentando uma coloração branca amarelada presente ao nascimento e que esta substância não deve ser removida porque concede proteção à pele contra os microrganismos e o meio envolvente, prevenindo situações como o trauma, a desidratação, a infeção e a hipotermia, desaparecendo espontaneamente aos 2/3 dias pós-parto. Por outro lado, informou-se que o eritema tóxico pode manifestar-se por pequenas áreas inflamatórias de contornos irregulares, característica semelhante a picada de inseto, formando-se, inicialmente, na face, desenvolvendo-se pelo tronco e extremidades, podendo localizar-se em qualquer local, exceto nas palmas das mãos e planta dos pés, sendo frequente em alguns RNs, e apesar da sua etiologia ser desconhecida, não é considerado sinal de alarme. Alguns autores referem que a sua incidência pode estar relacionada com o peso ao nascimento e com a IG, sendo muito pouco frequente em prematuros e neonatos que pesam menos de 2500g, desaparecendo espontaneamente aos primeiros 7 dias. Ambas são consideradas características cutâneas fisiológicas e transitórias do RN (Lobo, Machado & Selores, 2009).

No que diz respeito ao padrão de eliminação intestinal do RN, sendo este um parâmetro que também suscitou algumas dúvidas, foi importante informar os pais acerca das características das fezes do RN e da sua evolução. O mecônio, nome atribuído às primeiras fezes do RN, é formado, ainda, no período intrauterino, através de secreções intestinais, células descamativas e constituintes do LA, apresentando uma aparência viscosa com presença de sangue oculto e uma coloração escura esverdeada, sendo esta coloração associada ao tempo de permanência das fezes no intestino. O mecônio é eliminado antes das primeiras 48 horas de vida, porém a maioria dos RNs elimina nas primeiras 12 horas. Posteriormente, ao 3.º dia de vida, surgem as fezes de transição com uma coloração variável entre o verde acastanhado e o amarelo acastanhado e com uma consistência mais fina e pastosa, podendo apresentar, ainda, vestígios de mecônio na sua constituição. A coloração esverdeada encontra-se associada à presença de biliverdina e a coloração amarelada à presença de bilirrubina. Finalmente, só por volta do 5.º/6.º dia, é que são estabelecidas as fezes definitivas ou lácteas, que vão diferir nas suas características de acordo com o tipo de alimentação, leite materno ou leite adaptado. As fezes derivadas do leite materno apresentam uma consistência pastosa de coloração amarelo dourado, podendo ter um odor semelhante a leite azedo e geralmente são eliminadas 4 a 6 vezes por dia. As fezes derivadas do leite adaptado apresentam uma consistência mais firme de coloração variável entre amarelo pálido e castanho claro, podendo ter um odor mais forte. O número de dejeções diárias do RN pode ser muito variável durante a primeira semana, apresentando uma maior frequência fecal entre o 3.º e o 6.º dia de vida, e posteriormente, é estabelecido um padrão de eliminação intestinal em redor da segunda semana (Lowdermilk & Perry, 2008).

Os pais também foram informados acerca do padrão de eliminação urinária do RN, sendo-lhes clarificado que a frequência da eliminação vesical, varia consoante a quantidade de líquidos ingeridos, sendo esperado que o RN tenha a primeira micção nas primeiras 24 horas, apresente duas micções no 2.º dia, três no 3.º dia e quatro ou eventualmente mais no 4.º dia. A partir do 5.º dia já é esperado um número de micções entre 6 a 10, em que a urina apresenta uma coloração amarelada clara, indicando uma ingestão hídrica adequada. Nos primeiros dias de vida, alguns RNs apresentaram cristais de urato na urina, conferindo uma coloração avermelhada/alaranjada, devido a uma possível desidratação ou acumulação de ácido úrico no seu organismo, visto que reflete a imaturidade dos rins para a excreção do mesmo (Lowdermilk & Perry, 2008).

Outra área que suscitou alguns receios e dúvidas pela parte dos pais, foi os cuidados a prestar ao RN, tendo sido realizado ensinamentos de educação para a saúde nesse âmbito, especialmente nos momentos em que se procedia aos cuidados de higiene do RN, realizados no período da tarde, no serviço de puerpério do CHUSJ. Nos cuidados de higiene ao RN, procurou-se sempre incentivar os pais a participar nos mesmos, fornecendo um espaço de disponibilidade para ensino, instrução e treino, esclarecendo todas as dúvidas existentes, e conseqüentemente, aumentando o seu conhecimento e segurança para realizar os mesmos autonomamente.

Os cuidados de higiene ao RN representam uma área de extrema importância, visto que é necessária uma adequada manutenção da integridade da pele (devido à sua fragilidade) para promover o desenvolvimento do RN. Para além disso, o momento do banho é muito vantajoso e benéfico, pois promove o estabelecimento de vínculos e interação entre o casal e o bebé. Explicou-se que, posteriormente no domicílio, o momento mais oportuno para dar o banho deve ser num ambiente calmo e agradável, correspondendo à hora que for mais conveniente para a mãe/pai, exceto imediatamente após a alimentação, dado que o manuseamento excessivo do RN poderá provocar uma situação de regurgitação. O horário preferencial poderá ser à noite para que exista uma maior disponibilidade e partilha de experiências entre os pais ou para relaxamento e alívio de cólicas do RN. Informou-se, também, que o banho não deve ultrapassar os 5/10 min, pois o RN perde calor se estiver despido e húmido durante muito tempo, potenciando o risco de hipotermia. Para o RN, o banho diário não é uma necessidade e os benefícios do mesmo não foram comprovados, sendo que o banho deve ser realizado de acordo com as necessidades da criança e os valores da própria família. Alguns autores sugerem que dois a três banhos por semana são suficientes (Hockenberry & Wilson, 2014; Cardoso, 2011).

Antes de iniciar a prestação de cuidados de higiene ao RN propriamente dita, foi essencial realizar uma adequada higienização das mãos e remover possíveis acessórios, devido ao risco de transmissão de microrganismos, potencialmente prejudiciais ao bebé. Durante a preparação do banho e do respetivo ambiente, foi necessário manter uma temperatura ambiente que rondasse os 24°C para prevenir perdas de calor, verificar que não houvesse correntes de ar, preparar antecipadamente o material do banho e o vestuário (organizar a roupa pela ordem em que vai ser vestida e aquecê-la se possível), devendo estar perto da banheira, de modo a evitar que o RN fique despido durante mais tempo do que o estritamente necessário. O material necessário para realizar os cuidados de higiene consiste numa banheira antiderrapante (colocada numa base sólida) com água simples a rondar os 10-20 cm de altura, uma toalha ou fralda de pano, muda de roupa, fralda, compressas esterilizadas e um termómetro (se possível), para avaliar a temperatura da água que deve rondar os 37°C, podendo também ser avaliada no cotovelo ou na face interna do pulso, visto que são zonas corporais sensíveis à temperatura, devido à presença abundante de termorreceptores.

Há autores que defendem que nos primeiros 15 dias de vida, deve ser utilizada apenas água simples. No entanto, os pais podem optar por utilizar produtos de higiene, desde que sejam hipoalergénicos, com um pH fisiológico entre 5 e 6, sem parabenos, sem perfume e sem álcool, recomendando-se o uso de toalhetes apenas fora de casa e por uma questão de comodidade. Antes de se iniciar o banho, deve ser verificada a fralda do RN, visto que se conter fezes ou urina, a região genital deve ser lavada. Caso a fralda, não esteja suja, deve-se iniciar o banho pela face, tendo especial atenção em não tocar nos olhos do RN, procedendo-se à limpeza dos mesmos no fim do banho com compressas esterilizadas e soro

fisiológico. Seguidamente, lava-se a região do couro cabeludo, os membros superiores, sempre da extremidade em direção aos ombros, o tronco, os membros inferiores (no mesmo sentido que os membros superiores, de modo a promover o retorno venoso), o dorso e, finalmente, a região genital (no sentido de frente para trás, ou seja, vagina-ânus, no caso das meninas, de modo a evitar a contaminação do trato urinário, prevenindo infeções). Após o banho, o RN deve ser embrulhado numa toalha quente, secando com alguma delicadeza todo o corpo, especialmente a região das pregas cutâneas de modo a evitar lesões na pele, e por fim, vestir a criança com a roupa ligeiramente aquecida, promovendo o seu conforto e bem-estar (Hockenberry & Wilson, 2014; Cardoso, 2011).

Durante o banho, também se procedeu à limpeza do coto umbilical com uma compressa seca, executando um movimento único e unidirecional da base da inserção do coto para o topo onde se encontrava o clamp, alertando-se os pais, para estarem atentos aos sinais de alerta que pudessem indicar uma possível infeção, dado que o mesmo corresponde a um local potenciador de crescimento bacteriano, sendo essencial que este se mantivesse sempre bem limpo e seco. Estes sinais de alerta caracterizam-se por rubor, cheiro fétido, secreções purulentas, edema, dor e calor, sendo essencial os pais identificarem estes sinais, caso surjam, e comunicá-los aos profissionais da saúde, de modo a prevenir futuras complicações. Nestes casos, normalmente, procede-se à desinfeção do coto umbilical com compressas esterilizadas e álcool a 70°, por outro lado, na ausência desses sinais e complicações não é necessário a utilização de antisséptico. No momento de colocar a fralda, esta deve ser dobrada de modo a não cobrir o coto umbilical, ficando exposto ao ar livre, promovendo a manutenção do coto seco e evitando a contaminação do mesmo com fezes ou urina (Luís, Costa & Casteleiro, 2014; Zupan, Garner & Omari, 2004).

Durante esta fase, foi-lhes também transmitido que as unhas do RN não precisam de ser cortadas logo após o nascimento, preferencialmente, devem crescer um pouco para evitar o risco de magoar o bebé, porém as mesmas não se devem encontrar demasiado compridas visto que, também, podem provocar lesões ou fissuras na pele. As unhas devem ser cortadas com uma tesoura de pontas arredondadas a direito, de forma a impedir o encravamento, ou podem ser limadas. Também lhes foi comunicado que o momento mais indicado para cortar as unhas deve coincidir com a altura em que o RN se encontra mais relaxado, por exemplo, após o banho ou a dormir (Cardoso, 2011).

Outro aspeto relevante que foi mencionado assenta no choro do RN. Foi essencial que os pais compreendessem os diferentes significados do choro, visto que algumas mães demonstraram muitas dificuldades na gestão do mesmo, associando-o, muitas vezes, somente à insatisfação alimentar. Como tal, foi necessário realizar ensinamentos esclarecedores acerca dos possíveis significados do choro e de algumas estratégias que poderiam recorrer para a sua resolução, acalmando o RN. O choro do RN, geralmente, encontra-se associado à fome (choro persistente com soluços curtos e não muito agudo, o RN pode direcionar, muitas vezes, as mãos à boca), à necessidade de mudança de fralda por desconforto (choro intenso

e bastante agudo mas mais fraco que o de dor), ao tédio (choraminger em soluços), à fadiga (inicia-se por um ligeiro gemido e vai aumentando de intensidade) e à dor que, na maioria das vezes, está relacionada com as cólicas (choro intenso e gritado, muito agudo, em que o RN, normalmente, gira a cabeça para ambos os lados, fecha com força as mãos e os olhos, encolhe as pernas, fletindo as coxas sobre o abdómen). Segundo Lowdermilk e Perry (2008), os pais mais facilmente irão compreender o significado do choro quanto mais tempo passarem perto do RN, uma vez que o choro é uma das principais formas de comunicação social do mesmo, refletindo, também, certas características do seu comportamento. Assim, de modo a facilitar esta perceção, os pais foram incentivados a observarem atentamente o RN e os diferentes sinais que o mesmo transmitia. Uma das estratégias ensinadas e mais utilizadas pelos pais para acalmar o choro do RN e promover o seu conforto, foi a massagem para o alívio de cólicas, que revelou ser eficaz na maioria dos casos (facilitando a expulsão do ar em excesso retido no RN), o que contribuiu para aumentar o sentimento de confiança e autonomia dos pais no conhecer e cuidar do seu filho.

A saúde do RN é muito frágil e pode ser afetada por inúmeros fatores, sendo necessária uma avaliação contínua e cuidada do estado da mesma, de modo a prevenir e a tratar precocemente eventuais complicações que possam surgir. Uma das mais frequentes que se visualizou, ao longo do módulo, foi a icterícia fisiológica, que se tornou um grande motivo de causa de ansiedade materna, visto que, algumas vezes, o tempo de internamento do RN era aumentado para realizar o tratamento respetivo. A icterícia fisiológica pode ocorrer entre o 2.º/3.º dia de vida do RN, em 67% dos casos, sendo considerada um processo normal de adaptação do RN à vida extrauterina, desaparecendo gradualmente até ao final da primeira semana de vida do RN de termo e até ao final da segunda semana de vida do RN pré-termo (Lowdermilk & Perry, 2008). Por outro lado, a icterícia considerada patológica, caracteriza-se pelo aparecimento da mesma nas primeiras 24 horas de vida do RN, sendo que a bilirrubina total sérica excede os 5mg/dl no primeiro dia, 10 mg/dl no segundo dia ou mais de 13 mg/dl nos dias seguintes, persistindo para além dos 10 dias de vida do RN, havendo, simultaneamente, sinais e sintomas sugestivos de progressão de uma doença grave associada, como por exemplo kernicterus (encefalopatia por hiperbilirrubinemia) que revela toxicidade neurológica persistente da bilirrubina (Macmahon, 1998, citado por Silva, 2011). Durante o módulo, não se observou nenhum caso de icterícia patológica, apenas da fisiológica.

Segundo Porter e Dennis (2001) citado por Silva (2011), a icterícia fisiológica ocorre quando os níveis de bilirrubina total sérica excedem os 5mg/dl, caracterizando-se pela coloração amarelada da pele e das mucosas por deposição de bilirrubina, iniciando-se, geralmente, pela face, percorrendo o tórax, o abdómen e as extremidades. Isto acontece devido à imaturidade hepática e enzimática do RN na metabolização e excreção da bilirrubina, provocando acumulação em excesso da mesma no seu sistema. Devido à toxicidade potencial da bilirrubina em excesso e de acordo com o que foi mencionado anteriormente, foi de

extrema importância adequar o melhor tratamento para o efeito, sendo o objetivo do mesmo a prevenção da hiperbilirrubinemia e a redução dos níveis séricos de bilirrubina não conjugada.

O tratamento realizado foi através da promoção da amamentação eficaz e da fototerapia, também considerada “banho de luz”, através da utilização de um espectro de luz azul/verde (450 nanómetros [nm]) que apresenta maior capacidade de penetração na pele, resultando numa descida mais acentuada dos níveis de bilirrubina (Lissauer e Clayden, 2007, citado por Silva, 2011). Este tratamento foi realizado em sistema de Bilibed, em que o aparelho de fototerapia foi colocado no berço do RN, sendo que este foi posicionado no mesmo sem roupa, junto da mãe. Explicou-se aos pais que é essencial estabelecer uma hidratação adequada, uma vez que o RN, quando se encontra a realizar este tratamento específico, tende a perder muitos líquidos, dado que a luz potencia a perda de água, podendo correr o risco de desidratação. Assim, é necessário estabelecer mamadas frequentes e eficazes, de modo a manter o equilíbrio hidro-eletrolítico. Se o RN for amamentado precocemente, a eliminação do mecónio é estimulada, e conseqüentemente, a bilirrubina é excretada pelas fezes, como tal, as mães foram incentivadas a amamentar os seus filhos de duas em duas horas, de forma a aumentar o peristaltismo intestinal. Até à alta hospitalar destes RNs, era sempre realizado uma avaliação clínica, complementada com o controlo dos níveis de bilirrubina através de recolha de amostras sanguíneas, de acordo com a prescrição médica.

Durante o módulo, no sentido de identificar complicações cardíacas, era efetuado o rastreio em todos os RNs com mais de 24 horas de vida, de acordo com o protocolo do serviço hospitalar. Este exame consistia em avaliar a FC e a saturação de oxigénio do RN e caso houvesse alguma alteração, a mesma era comunicada rapidamente ao pediatra. Nas situações em que o RN ainda se encontrava internado a partir do 3.º dia de vida, era realizado o teste de diagnóstico precoce no serviço, uma vez que este deve ser efetuado entre o 3.º e o 6.º dia de vida. Antes de se realizar este exame, o procedimento era sempre explicado aos pais, informando que o objetivo do mesmo era despistar algumas doenças hereditárias metabólicas e caso se identificasse algum problema, o mesmo era-lhes comunicado posteriormente e a situação era adequadamente encaminhada. Quando os RNs tinham a alta hospitalar, antes de completar as 72 horas de vida, o teste de diagnóstico precoce era, posteriormente, realizado no Centro de Saúde (Lowdermilk & Perry, 2008).

De modo a preparar o regresso a casa com segurança, foram proporcionados momentos de esclarecimento de dúvidas e de fornecimento de informação necessária para os dias que se avizinhavam a todas as mulheres/casal. Apesar do processo de preparação para a alta se iniciar desde o princípio do internamento, visto que desde o início foram realizados ensinamentos de educação para a saúde sobre os diversos temas já abordados anteriormente, no final deste período, os mesmos foram redobrados e também foram fornecidas novas informações, de modo a promover a autonomia da mulher/casal e a reduzir o seu nível de ansiedade. No momento da alta, foram sempre abordados aspetos relativos à prevenção de acidentes do

RN, ao retorno da atividade sexual pós-parto, aos diversos métodos contraceptivos que poderiam utilizar, à necessidade de repouso materno, à sua recuperação física e psicológica, bem como todos os aspetos que eram necessários reforçar já mencionados anteriormente, sendo ajustados a cada caso específico.

No que diz respeito à prevenção de acidentes do RN, foi explicado aos pais, quando solicitado, algumas estratégias de prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Latente (SMSL), uma vez que esta é considerada como uma morte súbita de um bebé, sem explicação causal direcionada, durante o seu primeiro ano de vida. De forma a minimizar esse risco, foi explicado que os pais devem: deitar o seu bebé em decúbito dorsal para dormir, sendo esta a posição escolhida que promove maior segurança ao mesmo; destapar a cabeça do RN, deitando-o num colchão firme sem almofada e com os pés junto do fundo do seu berço; não adormecer o RN no sofá, na cama dos pais ou em qualquer outro local que não seja o seu berço; ter o cuidado de não sobreaquecer o RN, vestindo-o com uma roupa confortável a uma temperatura adequada; promover um ambiente adequado, com uma temperatura ideal entre 18°C-21°C, não havendo vestígios de fumo em contacto com o RN; fornecer a chupeta para dormir, no caso do RN já ter estabelecido uma boa adaptação à mama (Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2009).

Seguidamente, mesmo antes de se ausentarem do serviço hospitalar e durante a colocação do RN na sua cadeira própria, averiguou-se todas as condições de segurança, explicando que os cintos presentes devem ser bem ajustados ao corpo do bebé, cabendo apenas um dedo entre o cinto e o ombro do mesmo, sendo que a cadeira de transporte deve ser colocada no sentido oposto ao do movimento da viatura. Também, neste momento, os pais eram alertados para a programação da consulta de saúde infantil com o pediatra na segunda semana de vida do RN, de forma a avaliar os parâmetros inerentes ao seu crescimento e desenvolvimento, assim como eram incentivados a cumprir o plano de vacinação do RN.

No período pós-parto, o processo de recuperação total da mulher pode ser demorado, uma vez que a mesma passa por uma readaptação física e psicológica com a chegada do novo elemento da família, havendo muitas mudanças inerentes ao novo papel assumido e muitas habilidades a adquirir. Como tal, durante esta fase e de modo a facilitar uma resposta positiva ao longo do processo, incentivou-se a mulher a descansar quando o RN descansava também, dado que o repouso da mesma é extremamente importante para a sua recuperação e para o seu bem-estar. Foi sugerido o uso de cinta pós-parto por curtos períodos durante o dia, caso sentissem um desconforto abdominal associados à mobilização, no sentido de proporcionar um maior conforto, apoiando os músculos abdominais, promovendo a recuperação física, num período transitório com a duração máxima de um mês (Lowdermilk & Perry, 2008).

Por vezes, já em casa, podem surgir infeções pós-parto, e como tal, os ensinamentos de higiene perineal e/ou abdominal, assim como da avaliação das feridas cirúrgicas e dos lóquios, foram

reforçados de modo a prevenir quaisquer complicações e autonomamente serem capazes de identificarem os possíveis sinais de alerta, devendo dirigir-se rapidamente ao hospital, na presença dos mesmos. Foram, também, novamente reforçados alguns ensinamentos sobre a amamentação, nomeadamente dúvidas e dificuldades ainda existentes, sendo informadas acerca dos recursos comunitários de apoio e de suporte à mesma, como por exemplo a linha da amamentação 24 horas/dia disponível, para que soubessem onde e a quem se poderiam dirigir no período pós-alta, de forma a sentirem-se mais tranquilas, reduzindo o seu nível de ansiedade. As mulheres foram, também, incentivadas a realizar alguns exercícios físicos, nomeadamente os exercícios de kegel que contribuem para o fortalecimento da musculatura pélvica, reduzindo o risco de aparecimento de incontinência urinária. Também foram alertadas para a programação da consulta de revisão puerperal entre a quarta e a sexta semana após o parto, no sentido de serem continuamente avaliadas após a alta hospitalar e despistar possíveis complicações, confirmando se a evolução puerperal está a decorrer de forma adequada. Sempre que se verificou a necessidade de apoio social, esses casos foram comunicados à assistente social para realizar um encaminhamento pós-alta, de modo a seguir e a apoiar a família (Lowdermilk & Perry, 2008).

No que diz respeito ao reinício da atividade sexual do casal, este foco de atenção é maioritariamente discutido, posteriormente, nas consultas de vigilância no Centro de Saúde, no entanto foi pertinente englobá-lo, também, nos ensinamentos da alta hospitalar. A experiência do parto vivenciada pode comprometer a sexualidade do casal, sendo necessário algum tempo de recuperação e de calma até ambos se sentirem preparados para reiniciar a atividade sexual. Os efeitos físicos e psicológicos considerados que podem dificultar o processo são as modificações do pavimento pélvico, as alterações hormonais, tais como, a redução da quantidade de progesterona e de estrogénio e o aumento da prolactina, as alterações de humor, a fadiga inerente a este período, a ansiedade e possíveis fatores depressivos associados às mudanças dos papéis sociais e à execução de novas tarefas parentais, tudo isto pode provocar uma redução da libertação da libido e, conseqüentemente, uma diminuição acentuada da resposta sexual na mulher (Bia, 2010).

No entanto, segundo Lowdermilk e Perry (2008), a atividade sexual pode ser retomada com segurança quatro semanas após o parto, de acordo com o desejo e a vontade do casal e desde que não cause sensações dolorosas e de desconforto no mesmo. Foi importante lembrar o casal que o apoio e a compreensão mútua, o conforto e o carinho são essenciais nesta fase para vivenciarem o retorno à atividade sexual de forma positiva.

Estes ensinamentos de preparação para a alta foram essenciais na promoção da confiança e autonomia do casal na adaptação a esta nova fase da vida que iniciaram, não se sentindo sós, saindo do hospital com o sentimento de apoio por parte dos EESMOs, procurando ajuda posteriormente caso seja necessário, contribuindo para uma vivência mais tranquila e reconfortante do processo da transição para a parentalidade (Lowdermilk e Perry, 2008).



## 2. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A unidade curricular Estágio Profissionalizante desenvolvido em contexto hospitalar permitiu integrar o conhecimento adquirido e a consciencialização do processo de cuidados à grávida com complicações, no TP e parto, no pós-parto e adaptação à parentalidade, através de uma sequência de ações e situações vivenciadas significativas para o exercício da profissão do EESMO.

A atuação do EESMO e a prestação de cuidados deve ser congruente com a prática baseada na evidência, no sentido de contribuir para a uniformização e valorização dos cuidados prestados rumo à excelência, garantindo a evolução da profissão de Enfermagem. As experiências vivenciadas no estágio e descritas na primeira parte do presente relatório, sendo justificadas e analisadas criticamente com o recurso às evidências científicas atuais, constituíram um pilar de suporte para a demonstração da aquisição de competências inerentes ao EESMO.

É de salientar que, durante a realização do estágio, todos os princípios que constituem a responsabilidade profissional, ética e legal foram respeitados, uma vez que a prática ética e profissional no campo da intervenção é fundamental para a promoção de práticas de cuidados que honrem os Direitos Humanos e a responsabilidade profissional.

O desenvolvimento de competências, perante as ações realizadas, contribuiu para a afirmação da identidade profissional, fortalecendo habilidades na resolução de problemas, na interação com a equipa multidisciplinar, no treino e aperfeiçoamento de técnicas, na evolução da autonomia na ação e na tomada de decisão perante as situações específicas, baseadas na evidência científica, e no desenvolvimento do espírito de equipa de enfermagem, partilhando saberes, conhecimentos e práticas. O exercício de enfermagem foi construído diariamente em cada contexto e em cada utente como ser individualizado e inserido na comunidade, tendo em conta as suas necessidades, salientando que o conhecimento constitui uma fonte inesgotável e que vai sendo atingido gradualmente, tendo sido essencial articular as competências adquiridas ao longo da formação académica com a teoria, a prática e o planeamento de cuidados, de modo a serem prestados adequadamente, valorizando a condição humana.

Em relação às limitações e dificuldades sentidas durante o estágio, a maioria encontrava-se associada ao facto de se realizar técnicas de cariz específico aprendidas durante a vertente teórica do mestrado e que nunca tinham sido exercidas em contexto profissional anterior. No entanto, através do acompanhamento pela docente e pela orientação das enfermeiras tutoras do serviço hospitalar, foi possível colmatar todas as dúvidas, dificuldades e receios sentidos, associando a vontade de superação e de evolução com a disponibilidade por parte das orientadoras para o esclarecimento de dúvidas e o apoio em todas as intervenções que

exigiam um rigor específico, constituindo um grande motor de estímulo e motivação. O facto de haver sempre aquele receio presente de não satisfazer as expectativas pessoais, assim como das orientadoras, foi exatamente o arranque necessário para o sentimento de obrigação de dar sempre o melhor todos os dias na prestação de cuidados. Outra dificuldade sentida relacionou-se com a diminuição da taxa de natalidade em Portugal, levando a um menor número de oportunidades para atingir as competências necessárias, especialmente no âmbito do TP e parto, havendo aquele receio constante de não se conseguir realizar os 40 partos preconizados. Contudo, todos os objetivos definidos inicialmente para o estágio foram cumpridos com sucesso, atingindo as competências necessárias para o futuro exercício profissional inerente ao EESMO. O incentivo, a motivação, a vontade de ensinar, a cooperação e o apoio fornecidos pelas orientadoras foram fundamentais em todo o processo, tendo sido a peça necessária para a concretização desta etapa com sucesso.

Durante o estágio, todas as experiências clínicas foram analisadas numa perspetiva holística, em que as intervenções foram realizadas ao nível dos domínios, técnico-científico, crítico-reflexivo e relacional, tendo sido importante ter uma atitude crítica, no âmbito da resolução de problemas e da tomada de decisão, recorrendo à revisão contínua da literatura, de modo a sustentar todas as intervenções realizadas. No campo relacional, desde o início que se procurou estar atenta a todas as necessidades das mulheres, mostrando simpatia, compreensão e disponibilidade, tentando estabelecer uma relação empática e de confiança durante a prestação de cuidados, não havendo dificuldades nesta área, uma vez que as características pessoais, nomeadamente, a facilidade em comunicar e socializar, naturalmente se transparecia nesse processo, tendo sido criadas relações excelentes com as utentes e respetiva família.

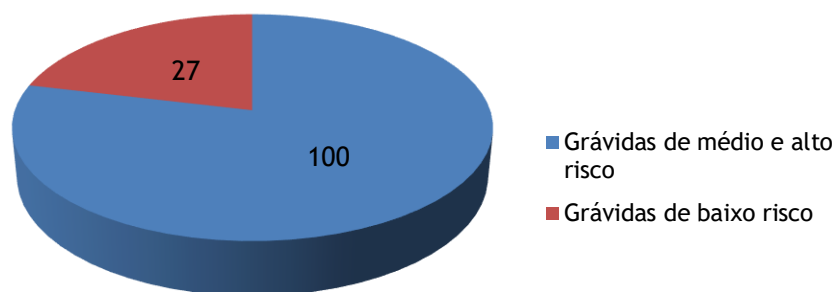
O aglomerado de experiências vivenciadas, a consolidação de conhecimentos teóricos, a aquisição e o aperfeiçoamento das competências, assim como a revisão contínua da literatura e das pesquisas baseadas em evidências científicas atuais contribuíram para a superação das expectativas iniciais do estágio e do cumprimento dos objetivos inicialmente estipulados, servindo como motor de desenvolvimento para a elaboração do relatório.

Apesar de todas as áreas de prestação de cuidados terem possibilitado o desenvolvimento das competências, contribuindo para a realização profissional e pessoal, é importante destacar que a área do TP e parto foi a que se considerou a mais desafiante e estimulante, mostrando-se uma preferência pelas experiências nesse contexto, uma vez que foi fascinante a perceção dos contributos para a saúde da mulher e da criança numa fase que envolve o início de uma nova vida. Também por essa razão, a temática de interesse escolhida para investigação, no sentido de relacionar os conhecimentos teóricos com a prática de cuidados, assenta na área do TP, realizando-se uma revisão integrativa da literatura em que abrange uma estratégia não farmacológica (deambulação) para alívio de dor da parturiente, compreendendo a influência que tem na sua perceção, com o objetivo de desenvolver a

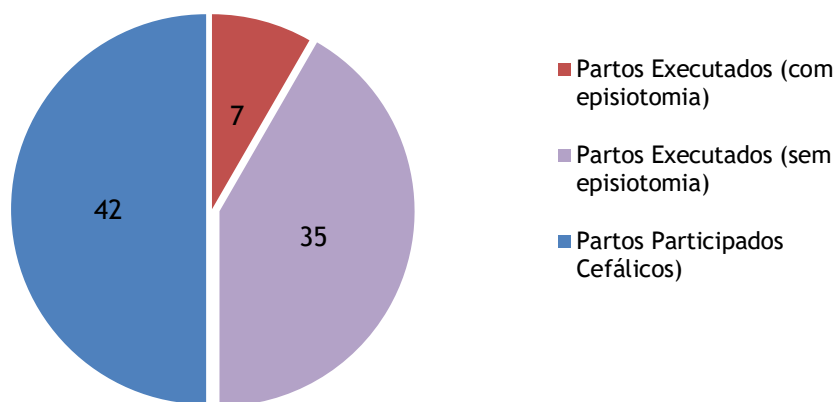
capacidade na prestação de cuidados de excelência às mulheres, promovendo o seu conforto e bem-estar.

Por fim, como forma de afirmar a aquisição das competências inerentes ao EESMO na prestação de cuidados especializados à mulher e família durante a gravidez com complicações, no TP e parto, no autocuidado no pós-parto e na adaptação à parentalidade, apresentando uma postura assídua, ativa, interessada, empenhada e motivada durante todo o processo, será apresentada nas figuras 1, 2 e 3, a diversificação dos cuidados prestados.

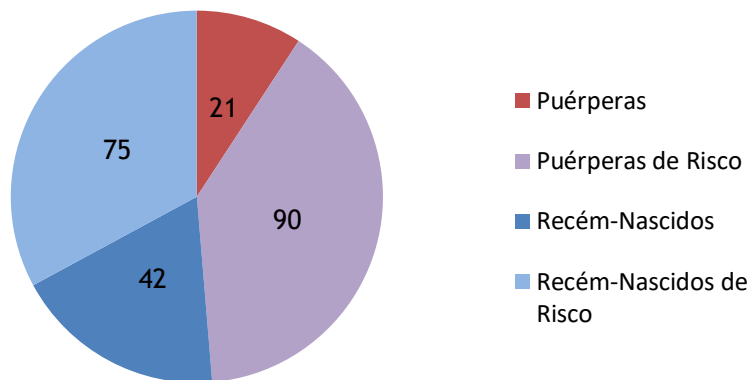
**Figura 1 - Número de grávidas alvo de cuidados**



**Figura 2 - Número de partos executados com e sem episiotomia e participados (Cefálicos).**



**Figura 3 - Número de puérperas e recém-nascidos alvo de cuidados e vigilância.**



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização deste relatório de estágio de cariz profissionalizante tornou-se num agente facilitador de aprendizagem, uma vez que se caracteriza como o culminar de um processo enriquecedor que engloba de uma forma geral, a descrição, a análise e a avaliação em contexto de reflexão sobre as experiências vividas ao longo do percurso. Este momento reflexivo baseado na ação desencadeou o desenvolvimento de um conhecimento teórico e prático nas áreas da gravidez com complicações, TP e parto, autocuidado no pós-parto e adaptação à parentalidade, levando ao início de um novo ciclo profissional. A aquisição e o desenvolvimento de competências durante este caminho, promoveu a consciência para a tomada de decisão e a evolução da autonomia profissional, enfrentando os problemas derivados da prática clínica com mais confiança e eficácia.

Perante uma análise reflexiva deste percurso, foi possível afirmar que a teoria adquirida ao longo do mestrado foi efetivada na prática, associada a uma pesquisa contínua de evidências científicas atuais, sempre com o objetivo de prestar os melhores cuidados à grávida, à parturiente, à puérpera, ao RN, englobando a família. A investigação em enfermagem foi um instrumento de valor inqualificável, uma vez que é essencial compreender a evolução da ciência para a implementação de boas práticas, rumo aos cuidados de excelência.

A problemática da revisão integrativa que sustentou este relatório teve como ponto de partida os desafios encontrados na prática no contexto de estágio e, simultaneamente, na literatura encontrada. A utilização de práticas rotineiras que se visualizou ao longo do módulo TP e parto, tendo sido esta a área de interesse em que assentou a respetiva temática, levou a um questionamento sobre a utilização da posição dorsal no leito durante o TP, apesar de a evidência científica revelar diversas desvantagens da sua utilização, como por exemplo a redução do fluxo uteroplacentário, sendo justificado pelo peso que o útero exerce sobre as principais veias que aportam o fluxo de sangue materno. Foi notória a resistência à mudança de atitudes dos profissionais de saúde nesse âmbito, sendo continuamente condicionados por costumes rotineiros, nomeadamente, protocolos ou indicações rotineiras de perfusões endovenosas, utilização contínua de equipamentos de monitorização fetal eletrónica, utilização de camas de pré-parto, entre outros, contribuindo para um nível elevado de preocupação, tornando-se um desafio essencial a necessidade de compreender esse fenómeno e desenvolvê-lo de forma científica. Os avanços tecnológicos e científicos apresentam um papel fundamental na evolução do processo do cuidar e do exercício profissional inerente ao EESMO, uma vez que a prática baseada na evidência constitui a ferramenta necessária para a melhoria na qualidade dos cuidados de saúde. Assim, após um longo caminho de investigação, foi possível confirmar que as conclusões da revisão integrativa vieram reforçar a influência positiva da promoção da deambulação na perceção da dor materna, destacando um aumento de conforto, bem-estar e satisfação por parte da parturiente, sendo congruente com o que se encontra evidenciado na literatura.

Deste modo, é fundamental mobilizar conhecimentos e recursos, humanos e materiais, para a prática clínica, no sentido de consciencializar a equipa de profissionais da saúde que com esforço, dedicação, motivação e espírito de mudança e evolução, é possível implementar novas práticas que promovam uma maior satisfação nas parturientes, sendo benéfico para todos os envolventes. O desafio que se propõe futuramente assenta no dar continuidade ao estudo sobre esta temática, sendo fulcral que o EESMO mantenha uma atualização de conhecimentos através da realização de mais investigação em enfermagem, sendo que o seu principal objetivo assenta na garantia de cuidados especializados, promovendo a maximização do potencial de saúde das parturientes, capacitando-as para a sua participação ativa durante todo o processo, promovendo uma vivência positiva do seu TP e parto.

Por fim, é importante reforçar que este percurso foi extremamente enriquecedor e que os objetivos iniciais estipulados foram atingidos, constituindo um processo de formação pessoal e profissional onde se adquiriu as competências, os conhecimentos e as habilidades necessárias para um desempenho profissional futuro promissor, salientando a importância de todos os envolventes neste caminho para a sua concretização, tanto a professora orientadora da Escola e os restantes docentes, como as enfermeiras tutoras e os restantes profissionais de saúde dos serviços hospitalares onde se realizou o estágio profissional. Não esquecendo o apoio familiar contínuo e dos amigos, que também foram uma fonte de força para que esta missão se cumprisse e para que um dos maiores sonhos de vida fosse conquistado, deixando aqui a promessa e o compromisso ético-profissional para a realização de novas formações futuras, com o objetivo de haver sempre uma atualização de conhecimentos, rumo ao aperfeiçoamento da prestação de cuidados de saúde e promoção do bem-estar, procurando agir sempre com humildade e empatia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfirevic, Z., Devane, D., & Gyte, G. M. L. (2013). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database System Review*, 5 (CD006066), 1-109 doi: [10.1002/14651858.CD006066.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub2)

American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, American College of Obstetricians and Gynecologists, & Committee On Obstetric Practice. (2006). The Apgar Score. *Pediatrics*, 117 (4), 1444-1447 doi: [10.1542/peds.2006-0325](https://doi.org/10.1542/peds.2006-0325)

Amorim, M. M. R., Porto, A. M. F., & Souza, A. S. R. (2010). Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*, 38 (11), 583-591. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n11/a583-591.pdf>

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO). (2009). *Iniciativa parto normal: documento de consenso - Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)*. Loures: Lusociência.

Balaskas, J. (1992). *Active birth - The new approach to giving birth naturally*. USA: The Harvard Common Press.

Barros, S. M. O. (2006). *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. São Paulo: Manole.

Bia, F. (2010). Sexualidade pós-parto: a outra face da maternidade. *Revista Nursing*, 260. Recuperado de <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3573-sexualidade-pos-parto-a-outra-face-da-maternidade>

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database System Review*, 7 (CD003766), 1-130 doi: [10.1002/14651858.CD003766.pub6](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6)

Buchanan, S. L. Patterson, J. A., Roberts, C. L., Morris, J. M., & Ford, J. B. (2012). Trends and morbidity Associated with oxytocin use in labour in nulliparas at term. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 52 (2), 173-178 doi: [10.1111/j.1479-828X.2011.01403.x](https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2011.01403.x)

Calais-Germain, B., & Parés, N. V. (2010). *Parir en movimento*. Barcelona: La Liebre de Marzo.

Campos, D. A., Silva, I. S., & Costa, F. J. (2011). *Emergências Obstétricas*. Lisboa: Lidel.

Can, O. S., Yilmaz, A. A., Gurcan, E., Alkis, N., & Uysalel, A. (2008). Is postpartum headache after epidural anaesthesia always innocent? *European Journal of Anaesthesiology*, 25 (8), 697-700 doi: <https://doi.org/10.1017/S0265021508003980>

Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Renno Jr., J. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista Psiquiatria Clínica*, 37 (6), 278-284 doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>.

Cardoso, A. M. R. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: estudo sobre a avaliação das competências parentais* (Tese de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Carraro, T. E., Knobel, R., Frello, A. T., Gregório, V. R. P., Grüdtner, D., I., Radünz, V., & Meincke, S. M. K. (2008). O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. *Texto Contexto Enfermagem*, 17 (3), 502-509 doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000300011>

Castro, C. M., Wichr, P., Lima, A. M. J., & Guedes, H. M. (2012). O estabelecimento do vínculo mãe/recém-nascido: percepções maternas e da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 2 (1), 66-67 doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.165>

Cohain, J. S. (2013). Amniotomy and cord prolapse. *Midwifery Today*, 108 (32-3), 1-7. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24511837/>

Colvero, M. O., Colvero, A. P., Fiori, R. M., & Garcia, P. C. R. (2006). Novas opções terapêuticas na síndrome de aspiração de mecônio. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6 (4), 367-374 doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292006000400002>

Cunningham, G. F., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., ... Sheffield, J. S. (2012). *Obstetrícia de Williams*. São Paulo: Artmed.

Darling, E. K., & McDonald, H. (2010). A meta-analysis of the efficacy of ocular prophylactic agents used for the prevention of gonococcal and chlamydial ophthalmia neonatorum. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55 (4), 319-327 doi: [10.1016/j.jmwh.2009.09.003](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.09.003)

Davim, R. M. B., Torres, G. V., & Melo, E. S. (2007). Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (6). Recuperado de [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt\\_14.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_14.pdf)

Devane, D., Lalor, J., & Bonnar, J. (2007). The use of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring: a national survey. *Ir Med J*, 100 (2), 360-362. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17432809/>

Direção Geral de Saúde (DGS). (2008). *Programa nacional para a saúde reprodutiva/planeamento familiar*. Lisboa

Direção Geral de Saúde (DGS). (2011). *Relatório de consenso sobre a diabetes e gravidez*. Lisboa

Direção Geral de Saúde (DGS). (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa.

Duhan, N., Paul, A., Duhan, U., & Anjali. (2010). Meconium staining of amniotic fluid - a poor indicator of fetal compromise. *JK Science*, 12 (4), 184-186. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Meconium-Staining-of-Amniotic-Fluid-A-Poor-of-Fetal-Duhan-Paul/4761a4826bfaba707e10276a370204fd860421cd>

Fawole, B., & Hofmeyr, G. J. (2012). Maternal oxygen administration for fetal distress. *Cochrane Database System Review*, 12 (CD000136) doi: [10.1002/14651858.CD000136.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000136.pub2).

Ferrão, A. C. C., & Zagão, M. O. B. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. *RIASE: Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3 (1), 886-900. Recuperado de <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/22704/1/179-738-1-PB.pdf>

Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, 3 (3), 521-539. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-86.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-86.pdf)

Galvão, C. M. (2006). Níveis de evidência. *Acta Paul Enferm*, 19 (2). Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>

Golino, P. S., Chein, M. B. C., Brito, L. M. (2006). Rotura Prematura de Membranas: Fisiopatologia, Diagnóstico e Conduta. *Femina*, 34 (10), 711-717. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-473728>

Graça, L. (2010). *Medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel.

Harvey, B. (2004). Use of CTG monitoring: are recommendations suitable? *RCM Midwives*, 7 (12), 518-520. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15622911/>

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database System Review*, 10 (CD003766), 1-59 doi: [10.1002/14651858.CD003766.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub4)

Keskin, H. L., Keskin E. A., Avsar, A. F., Tabuk, M., & Caglar, G. S. (2003). Pethidine versus tramadol for pain relief during labor. *International Journal Gynecology e Obstetrics*, 82 (1), 11-16 doi: [10.1016/s0020-7292\(03\)00047-x](https://doi.org/10.1016/s0020-7292(03)00047-x)

Lavender, T., Cuthbert, A., & Smyth, R. M. D. (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database System Review*, 8 (CD005461), 1-4 doi: [10.1002/14651858.CD005461.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005461.pub5)

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8 (CD003934), 1-131 doi: [10.1002/14651858.CD003934.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub3)

Levy, L., & Bértolo, H. (2007). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Edição Revista Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Lobo, I., Machado, S., & Selores, M. (2009). Alterações cutâneas fisiológicas e transitórias do recém-nascido. *Nascer e Crescer - Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, 18 (1), 19-24. Recuperado de [http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1231/1/AlteracoesCutaneas\\_18-1.pdf](http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1231/1/AlteracoesCutaneas_18-1.pdf)

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusodidacta.

Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5), 16-24 doi: [10.1067/mob.2002.121427](https://doi.org/10.1067/mob.2002.121427)

Luis, S. P. D., Costa, M. G. F. A., & Casteleiro, C. S. C. (2014). Boas práticas nos cuidados ao coto umbilical: um estudo de revisão. *Millenium*, 47, 33-46. Recuperado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/4.pdf>

MacArthur, A. (2005). Postpartum analgesia. *Revista Mexicana de Anestesiologia*, 28 (1), 47-53. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2005/cmas051i.pdf?pagewanted=all>

Mamede, F. V., Almeida, A. M., Nakano, A. M. S.; Gomes, F. A., & Panobianco, M. S. (2007). O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, 11 (3), 466-471. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a11.pdf>

Mamede, F. V., Almeida, A. M, Souza, L., & Mamede, M. V. (2007). A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (6), 1157-1162 doi: [10.1590/s0104-11692007000600016](https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000600016)

Mamede, F. V., Mamede, M. V., & Dotto, L. M. G. (2007). Reflexões sobre a deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, 11 (2), 331-336. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23.pdf>

Marque, F. C., Dias, I. M. V., & Azevedo, L. (2006). A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, 10 (3), 439-447 doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300012>

Martins, E., Marques, M. J., & Tomé, J. (2002). Analgesia epidural obstétrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 18 (3), 163-168 doi: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v18i3.9878>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28 doi: [10.1097/00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006)

Mercer, J. S., Erickson-Owens, D. A., Graves, B., & Haley, M. M. (2007). Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52 (3), 262-272 doi: [10.1016/j.jmwh.2007.01.005](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.01.005)

Montenegro, C. A. B., & Rezende Filho, J. (2014). *Obstetrícia fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

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

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database System Review*, 11 (CD003519), 1-125 doi: [10.1002/14651858.CD003519.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4)

Moore, A. R., Shan, W. L. P., & Hatzakorjian, R. (2013). Predicting early epidurals: association of maternal, labor, and neonatal characteristics with epidural analgesia initiation at a cervical dilation of 3 cm or less. *Local and Regional Anesthesia*, 6, 25-29 doi: [10.2147/LRA.S46686](https://doi.org/10.2147/LRA.S46686)

National Institute of Clinical Excellence (NICE). (2008). Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman - clinical guideline. *The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)*. London.

Ohlsson, A., & Shah, V. (2013). Intrapartum antibiotics for known maternal group B streptococcal colonization. *Cochrane Database System Review*, 1 (CD007467) doi: [10.1002/14651858.CD007467.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007467.pub3)

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2006). Investigação em enfermagem: Tomada de posição. *OE, Conselho Diretivo*, 1-4. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: OE.

Pereira, M. (2006). *Aleitamento materno*. Loures: Lusociência.

Plunk, M., Lee, J. H., Kanj, K., & Dighe, M. (2013). Imaging of postpartum complications: a multimodality review. *American Journal of Roentgenology*, 200 (2), 143-154 doi: [10.2214/AJR.12.9637](https://doi.org/10.2214/AJR.12.9637)

Pompeu, D. A., Rossi, L. A., & Galvão, C., M. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 22 (4), 434-438. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>

Porto, A. M. F., Amorim, M. M. R., & Souza, A. S. R. (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*, 38 (10), 527-537. Recuperado de [http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/artigo\\_femina\\_assistencia\\_ao\\_parto\\_parte\\_1.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_1.pdf)

Regaya, L. B., Fatnassi, R., Khlifi, A., Fékih, M., Kebaili, S., Soltan, K., ... Hidar, S. (2010). Role of deambulation during labour: a prospective randomized study. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 39 (8), 656-662 doi: [10.1016/j.jgyn.2010.06.007](https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2010.06.007)

Revez, L., Gaitán, H. G., & Cuervo, L. G. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database System Review*, 7 (CD000330), 1-36 doi: [10.1002/14651858.CD000330.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000330.pub4)

Robinson, B. (2008). A review of NICHD standardized nomenclature for cardiotocography: the importance of speaking a common language when describing electronic fetal monitoring. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 1 (2), 56-60. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18769667/>.

Santos, A. K. O., & Caveião, C. (2014). A importância da assistência de enfermagem no puerpério para redução da morbi-mortalidade materna. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 6 (3). Recuperado de <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/327>

Shilling, T. (2009). Práticas de nascimento saudáveis: Liberdade de movimentos durante o trabalho de parto. *Lamaze International*. Recuperado de <https://www.lamaze.org/portals/0/docs/educators/HBP2Portuguese.pdf>

Silva, C. S. (2012). *Transição para a parentalidade: necessidade de cuidados de enfermagem no pós-parto eutócico*. (Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9297/1/Vers%C3%A3o%20Final.pdf>

Silva, S. M. (2011). *Icterícia neonatal*. (Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61080/2/Ictercia%20Neonatal.pdf>

Silva, L. B., Silva, M. P., Soares, P. C. M., & Ferreira, Q. T. M. (2007). Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*, 35 (2), 101-106. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-471276>

Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). *The labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Simpson, K. R., & James, D. C. (2005). Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. *Nurs Res*, 54 (3), 149-157 doi: [10.1097/00006199-200505000-00002](https://doi.org/10.1097/00006199-200505000-00002)

Singata, M., Tranmer J., & Gyte, G. M. L. (2013) Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8 (CD003930), 1-93 doi: [10.1002/14651858.CD003930.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3)

Skrablin, S., Grgic, O., Mihaljevic, S., & Blajic, J. (2011). Comparison of intermittent and continuous epidural analgesia on delivery and progression of labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 31 (2), 134-138 doi: [10.3109/01443615.2010.542840](https://doi.org/10.3109/01443615.2010.542840)

Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). (2009). *Como reduzir o risco de Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL)*. Lisboa.

Sodré, T. M., Bonadio, I. C., Jesus, M. C. P., & Merighi, M. A. B. (2010). Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto Contexto Enfermagem*, 19 (3), 452-460 doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000300006>

Sosa, C. G., Althabe, F., Belizan, J. M., & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Review*, 3 (CD003581), 1-19 doi: [10.1002/14651858.CD003581.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003581.pub3)

Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, 8 (1), 102-106. Recuperado de [https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)

The Joanna Briggs Institute. (2020). *Joanna Briggs institute reviewer's manual: 2020 edition*. Joanna Briggs Institute. Recuperado de <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/2.6.2+Review+question>

Wei, C. Y., Gualda, D. M. R., & Júnior, H. P. O. S. (2011). Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Texto Contexto Enferm de Florianópolis*, 20 (4). 717-725 doi: [10.1590/S0104-07072011000400010](https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000400010)

Wei, S., Wo, B.L., Qi, H., Xu, H., Luo, Z., Roy, C., & Fraser, W. D. (2013). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database System Review*, 8 (CD006794), 1-3 doi: [10.1002/14651858.CD006794.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006794.pub4)

Zupan, J., Garner, P., & Omari, A. A. A. (2004). Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database System Review*, 3 (CD001057), 1-64 doi: [10.1002/14651858.CD001057.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001057.pub2)

## ANEXOS

**Tabela 6 - Síntese do Registo de Experiências.**

Consultas de grávidas incluindo 100 exames pré-natais	Grávidas		Vigilância e cuidados a 40 Parturientes		40 Partos Executados		Partos Participados		Prática Sutura	Parturientes		Recém-Nascidos	
	Risco	Normais	Risco	Normais	Com Episiotomia	Sem Episiotomia	Participação Partos Pélvicos ou Simulação	Cefálicos		Risco	Normais	Risco	Normais
127	100	27	24	48	7	35	1	42	29	21	90	42	75

