

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

OS MODELOS DE CUIDADOS, EM OBSTETRÍCIA,
LIDERADOS POR ENFERMEIROS EM ALTERNATIVA AOS
MODELOS CONVENCIONAIS

Relatório de estágio

Mariana Isabel Pinheiro dos Santos Louzeiro

Porto, 2020

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

OS MODELOS DE CUIDADOS, EM OBSTETRÍCIA,
LIDERADOS POR ENFERMEIROS EM ALTERNATIVA
AOS MODELOS CONVENCIONAIS

THE MIDWIFE-LED MODELS OF CARE IN ALTERNATIVE
TO THE CONVENTIONAL MODELS OF CARE

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

Mariana Isabel Pinheiro dos Santos Louzeiro

Porto, 2020

AGRADECIMENTOS

Este relatório representa o culminar de um processo de aprendizagem, desafiante, e a chegada à concretização de um sonho inicialmente idealizado, no meu terceiro ano de licenciatura em enfermagem. Mas, porque a sua concretização ao longo destes dois anos foi também um percurso trabalhoso, caracterizado por muitos desafios académicos e pessoais e se revelou uma das etapas marcantes e transformadoras, ao nível pessoal e profissional, a ajuda de muitos e de todos foi imprescindível, para chegar ao término deste percurso formativo. Assim, proferir apenas um obrigado, não chegaria para agradecer a todos os que me ajudaram e acompanharam neste percurso, que apesar de exigente, foi um percurso que me tornou mais confiante e segura na aquisição de competências, para prestar cuidados especializados. Por isso, não podia deixar de expressar os meus sinceros agradecimentos.

À professora Vitória Parreira pela disponibilidade, orientação e aconselhamento nas diferentes situações encontradas e que foram fundamentais para ultrapassar os diferentes desafios e conquistar o domínio das competências a adquirir.

À professora Marinha Carneiro, então coordenadora do curso, pelo apoio e a todos os professores que contribuíram para a minha formação, ao longo do curso.

Às minhas tutoras nos diferentes contextos de estágio: Fátima Teixeira, Ana Luísa Soares, Maria Palmira Sá e Ana Paula Miller, pelo papel determinante que assumiram na minha formação para atingir as competências, ao me proporcionarem um vasto leque de oportunidades de aprendizagem e também por estimularem a minha capacidade de argumentação, de raciocínio lógico e crítico e promoverem a minha capacidade crítica para a tomada de decisão.

Às equipas dos diferentes serviços onde realizei as diferentes componentes deste estágio, pelo acolhimento caloroso e disponibilidade demonstrada durante a minha estadia.

À minha família, especialmente os meus pais, Jorge e Luísa Louzeiro, pelo apoio incondicional, aconselhamento e pelo sacrifício que realizaram ao longo destes dois anos, proporcionando-me tudo o que precisava para concluir esta etapa da minha vida para evoluir na minha profissão e crescer como pessoa.

À Ascensão Trindade, minha segunda mãe, e irmã, Ivone Trindade, pelo apoio, aconselhamento e pelas boas gargalhadas e momentos de descontração e felicidade que me ajudaram a fazer frente aos momentos difíceis e a continuar a acreditar em mim própria.

Finalmente, às minhas colegas de curso, pelos momentos de partilha de opiniões, de aprendizagens, conquistas, frustrações e de experiências que nos fizeram crescer e a tornar todo este processo mais gratificante e significativo.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT - Ameaça de parto pré-termo

bpm - batimentos por minuto

CMIN - Centro Materno Infantil do Norte

CTG - Cardiotocografia

DG - Diabetes Mellitus Gestacional

DGS - Direção Geral de Saúde

DR - Diário da República

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

HPP - Hemorragia pós-parto

ICM - International Confederation of Midwives

ICN - International Council of Nurses

IG - Idade Gestacional

ITP - Indução de Trabalho de Parto

MCLE - Modelos de Cuidados Liderados por EESMO

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MSSSI - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

NP - Núcleo de Partos

NE - Nível de evidência

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCEA - Patient- Controlled Epidural Analgesia

PPT - Parto pré-termo

PTGO - Prova de tolerância à glicose oral

RANZCOG - Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RIL - Revisão integrativa da literatura

RN - Recém-nascido

SIG - Serviço de internamento de grávidas

SMSL - Síndrome de morte súbita

TA - Tensão arterial

TP - Trabalho de parto

RESUMO

Este relatório de estágio de natureza profissional constitui uma exigência do segundo ciclo de estudos, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, para a obtenção do grau de Mestre. Pretende fazer uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas, ao longo do processo de aquisição de competências em cuidados especializados, em congruência com o Regulamento das Competências da Ordem dos Enfermeiros. Ao longo deste percurso de estágio, ao nortear o desenvolvimento da nossa aprendizagem, optámos por problematizar um assunto que nos suscitou interesse, sobre as implicações da prática intervencionista, na prestação de cuidados na área da saúde materna e obstétrica e em como, através da implementação de um modelo de cuidados liderado pelo enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, se poderia promover o parto normal como uma experiência empoderadora para as mulheres/famílias, bem como garantir a autonomia do enfermeiro para prestar cuidados de qualidade, adaptados às necessidades das famílias contemporâneas, tal como preconiza a Organização Mundial de Saúde.

A opção metodológica foi a revisão da literatura, com o objetivo de conhecer as vantagens e constrangimentos associados ao recurso a modelos de cuidados liderados por enfermeiros especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, comparativamente aos modelos de cuidados convencionais, no cuidado à mulher durante a gravidez e trabalho de parto e parto.

As principais conclusões, do estudo realizado, indicam maior satisfação das mulheres, menos intervenções indesejadas e mais partos fisiológicos. Contudo, não aparecem associados a menor número de cesarianas comparativamente aos modelos convencionados. Referem, ainda, a autonomia do enfermeiro como o pilar da filosofia destes modelos de cuidados e que o mesmo precisa de ter a coragem de assumir a responsabilidade da sua tomada de decisão quando cuida com o suporte destes modelos de cuidados. Devem mostrar iniciativa e proatividade e pugnam por readquirir a sua identidade, já que, segundo Carlson et al. (2017), o seu conformismo face ao domínio por parte de outras equipas profissionais, pode interferir na sua tomada de decisão autónoma perante os diferentes casos.

Os objetivos definidos e as competências exigidas foram atingidos, de acordo com a exigência preconizada pelo projeto curricular do estágio e a Ordem dos Enfermeiros.

Palavras chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica; Modelos de cuidados liderados por EESMO; experiência de nascimento positiva; gravidez; trabalho de parto e parto

ABSTRACT

This report regarding the experiences from the professional placement, integrates the second year of studies for the Masters in Midwifery, from the Nursing School in Porto. The report will describe and analyse the process of acquiring the fundamental and specialised competencies in order to be able to provide care in midwifery, which are outlined in the Regulation of Skills in Specialised Care for Midwifery from the Portuguese Order of Nurses (Order of Nurses, 2011). Considering our experiences throughout the placement, we chose to problematise a phenomenon of our interest, related to the implications of an interventionist practice in maternal care and how, by implementing another model of care, we could promote normal birth as an empowering experience for women and promote the nurse's autonomy and quality of care, adapted to the real needs of today's families, as recommended by WHO (2018). Therefore, we are going to address the implications of the implementation of midwife-led models of care as an alternative to the traditional and interventionists models of care, in the assistance provided to women in pregnancy and childbirth.

We selected the integrative review as the methodology for this investigation, establishing the following objective: identify the advantages and constraints associated to the implementation of midwife-led models of care for the care of women in pregnancy and labour, when compared to the conventional models of care. The main conclusions point to better levels of maternal satisfaction, less unwanted and unnecessary interventions and more physiological labours. In terms of the number of caesarean sections, there were no significant statistic differences, between the midwife-led care models and the conventional models of care.

The midwives' autonomy is the structure of this model's philosophy, where they need to take responsibility for the decision-making process. They need to show initiative, be proactive and fight to get back their professional identity, since the passiveness with the domain of other healthcare professionals over their area of expertise, may interfere with the decision-making process in the different cases.

Keywords: Midwife-led models of care; positive birth experience; Midwife; Midwifery; pregnancy; labour and birth

INDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: O CAMINHO PARA A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO ESPECIALIZADO	15
2. GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES E A PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NUM AMBIENTE DE RISCO E DE INCERTEZA	19
2.1. Revisão integrativa da literatura: Os modelos de cuidados, em obstetrícia, liderados por Enfermeiros em alternativa aos modelos convencionais.....	33
2.1.1. Introdução à problemática em estudo.....	33
2.1.2. Opção Metodológica	36
2.1.3. Resultados	38
2.1.4. Discussão.....	48
2.1.5. Conclusão	52
3. O CUIDADO NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: RUMO À PROMOÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA DE NASCIMENTO POSITIVA	55
3.1. Indução de trabalho de parto.....	58
3.2. Primeiro estadio do trabalho de parto.....	61
3.3. Segundo estadio do trabalho de parto	68
3.4. Terceiro estadio do trabalho de parto	73
3.5. Período de hemóstase.....	75
4. PUERPÉRIO: O CUIDADO E A PROMOÇÃO DE UMA ADAPTAÇÃO SAUDÁVEL À PARENTALIDADE.....	79
CONCLUSÃO	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	127

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Modelo PICO para a construção da questão de investigação.....	37
QUADRO 2: Quadro síntese dos artigos selecionados.....	40

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: <i>Personal Centered Care Framework</i>	16
FIGURA 2: Registo de experiências do estágio Gravidez com Complicações.....	26
FIGURA 3: Esquema ilustrativo do processo de seleção dos artigos.....	38
FIGURA 4: Esquema síntese dos resultados dos artigos analisados.....	49
FIGURA 5: Registo de experiências do estágio Autocuidado no Trabalho de parto e Parto	58
FIGURA 6: Registo de experiências do estágio Autocuidado Pós-parto e Parentalidade.....	80
FIGURA 7: Algoritmo de ação para a hipoglicemia no adulto, realizado no âmbito da componente de est127	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Patologias alvo de cuidados no estágio Gravidez com complicações.....	28
GRÁFICO 2: Incidência dos diferentes tipos de trauma perineal nos partos realizados.....	86

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio pretende dar resposta a uma das exigências do regulamento do segundo ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO). Pretende, também, dar a conhecer as atividades desenvolvidas ao longo do estágio de natureza profissional com relatório final, nos seus três módulos: Gravidez com complicações, Trabalho de parto e parto e Autocuidado no pós-parto e parentalidade.

Este estágio foi realizado no Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), desde setembro de 2018 a julho de 2019, em diferentes serviços do cuidado à mulher em idade reprodutiva, nomeadamente: os Serviço de internamento de grávidas (100 horas); no Puerpério (300 horas); no Núcleo de Partos (500 horas). Perfez-se, assim, um total de 900 horas, sob a orientação tutorial de um enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica e sob a orientação pedagógica de uma docente da ESEP, que, ao permitir a discussão de experiências, proporcionou e impulsionou um processo de crescimento pessoal e profissional, assente numa aprendizagem partilhada.

Além da descrição das atividades desenvolvidas, para cumprir os objetivos inerentes à Unidade Curricular e para a aquisição das competências necessárias ao desempenho das funções como futura EESMO, como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (OE), tivemos também em conta um dos objetivos definidos para este estágio que incide sobre a área da investigação científica. Razão pela qual apresentamos também uma investigação sob a opção metodológica da Revisão integrativa da literatura. Assim, este estudo faz uma abordagem a uma problemática associada à necessidade de conhecer as vantagens e constrangimentos do recurso a Modelos de cuidados liderados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EESMO), no cuidado à mulher durante a gravidez e trabalho de parto e parto, em detrimento dos cuidados intervencionistas convencionais.

O interesse por esta temática surgiu, inicialmente, durante o estágio de Gravidez com Complicações, tendo vindo a intensificar-se no módulo de estágio de Trabalho de parto e parto, ao constataremos que uma das discussões quotidianas entre os profissionais de enfermagem se associava ao elevado grau de intervenção, por outros profissionais, em situações em que o ESMO tinha competências para agir, mas a sua autonomia era limitada. Esta atuação verificava-se pelo caráter intervencionista e medicalizado dos cuidados prestados à mulher, durante a gravidez e o parto, como pudemos constatar ao longo da nossa permanência em estágio.

A finalidade desta pesquisa é procurar um contributo sustentável que nos permita identificar estratégias , centradas nos modelos de cuidados liderados por EESMO's , no sentido de gerar contributos para o desenvolvimento da autonomia da prática profissional, de forma a poder dar uma resposta mais autónoma em cuidados individualizados e promover o empoderamento da mulher para uma experiência positiva de gravidez e parto (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2018), através da promoção do cuidado centrado na mulher/família (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015a). Para isso, utilizámos o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa, de McCance e McCormack, e a Teoria das Transições, de Afaf Meleis, como suporte à conceção de cuidados.

Segundo a OE (2011), o enfermeiro especialista define-se como aquele que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, demonstrando elevados níveis de capacidade de tomada de decisão e de julgamento clínico, que se traduzem num conjunto de competências clínicas especializadas numa área específica de intervenção. Na área da enfermagem de saúde materna e obstétrica, tal traduz-se na necessidade de aquisição de um leque de competências que, segundo Regulamento de competências específicas para este (2011) e da Lei n.º 9/2009 de 4 de março, que suportam este estágio, consistem no cuidado da mulher inserida na família e comunidade durante os seguintes períodos: pré-natal, ao promover a saúde materna e o bem-estar fetal, detetar e tratar, precocemente, complicações; do trabalho de parto e parto, promover um ambiente seguro para o mesmo e a saúde da parturiente, bem como a adaptação adequada do RN à vida extrauterina; e pós-natal, através do apoio na transição para a parentalidade e na promoção da saúde da puérpera e do RN.

Neste contexto, usufruímos das oportunidades de aprendizagem, proporcionadas pela realização deste estágio, para a aquisição das competências específicas que se encontram descritas neste relatório e que nos capacitarão, no futuro, para o exercício de funções como EESMO. Como estudantes, também o nosso percurso formativo teve subjacente o regulamento de estágio que define os seguintes objetivos (ESEP, 2018):

- Demonstrar competências para o diagnóstico e intervenção na prestação de cuidados especializados à mulher/família na gravidez com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e ao RN saudável e de risco;
- Desenvolver as capacidades de análise crítica, de argumentação, de sistematização de ideias e de inovação na área da investigação científica;
- Operacionalizar as competências de análise e de síntese, que será demonstrada na elaboração deste relatório, no qual será inserido, também um trabalho de investigação sobre a forma de uma revisão integrativa da literatura.

Tendo em conta estes objetivos, uma componente essencial deste percurso foi problematizar intervenções da prática desenvolvida e fazer uma reflexão crítica recorrendo à evidência científica mais recente, o que nos permitiu melhorá-la e adaptá-la às necessidades individuais das diferentes utentes, bem como às características dos diferentes contextos de prestação de cuidados. Este aspeto vai, ainda, de encontro às indicações da

International Confederation of Midwives (ICM) (2018a), que defende que uma das competências gerais do EESMO consiste em assumir a responsabilidade pelo seu autodesenvolvimento, destacando-se o ênfase no desenvolvimento contínuo das suas capacidades e competências e na atualização dos seus conhecimentos, contribuindo, assim, para uma prática fundamentada e segura.

No sentido de dar cumprimento aos objetivos propostos e para facilitar a leitura das atividades desenvolvidas, este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro apresenta-se uma introdução ao estágio, onde se apresentam, também, quais as estratégias inicialmente adotadas que serviram como de eixo estruturante à conceção de cuidados. Nos capítulos dois, três e quatro são apresentadas, respetivamente, as atividades desenvolvidas no estágio, cujos módulos são intitulados de Gravidez com complicações, Trabalho de parto e parto e Autocuidado pós-parto e parentalidade, apresentados pela ordem cronológica do processo fisiológico. No segundo capítulo encontrar-se, ainda, o estudo acima referido, realizado sob a forma de uma revisão integrativa da literatura.

Como suporte à realização de uma prática baseada na evidência, procurámos ao longo do percurso formativo desenvolver a prática clínica sustentada na pesquisa científica. Desta forma, ao longo do estágio e, também, para a construção deste relatório foi realizada pesquisa bibliográfica no sentido de procurar o conhecimento mais atualizado, de modo a suportar as nossas intervenções e a tomada de decisão.

A prática baseada na evidência sustentou a nossa conduta rumo à qualidade, já que nos permitiu problematizar as ações e intervenções na prática clínica com conhecimento, na procura sistemática de evidência científica atual e de qualidade cujo recurso foi nas seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Clinicalkey, Academia, Scielo e PubMed.

1. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: O CAMINHO PARA A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO ESPECIALIZADO

Terminado que foi um percurso exigente de aquisição de conhecimentos, de competências e habilidades, passamos à descrição das atividades desenvolvidas no contexto do estágio de natureza profissional, que traduz a realidade no nosso percurso da capacitação para a prestação de cuidados especializados na área de enfermagem em saúde materna e obstétrica. Revela-se, então, essencial explicitar quais as ferramentas e conceitos que orientaram o nosso raciocínio no processo de tomada de decisão e na conceção dos cuidados.

Neste sentido, com o intuito de promover a excelência no exercício da prática, recorreremos à investigação científica para fundamentar a nossa conduta, na medida em que o desenvolvimento de uma prática baseada em evidência científica atual e de qualidade é determinante para promover a excelência do exercício profissional. Esta permite aos enfermeiros problematizar as suas práticas, questionando-se sobre como, quando e se devem mudá-las e permite, também, demonstrar que utilizam a informação correta para basear as suas decisões e saber se os resultados pelos quais estão a ser avaliados são, antecipadamente, adequados e aceites (International Council of Nurses [ICN], 2012).

Desta forma, o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência aliada à reflexão crítica sobre a mesma, tendo como eixo orientador o regulamento das competências do EESMO emitido pela OE, permitiu-nos maximizar o processo de aprendizagem pela identificação das melhorias a realizar na prática. Contribuiu, consequentemente, para promover a nossa evolução profissional e o crescimento pessoal pela consciencialização da própria postura no desenvolvimento do papel profissional.

Para orientar a conceção de cuidados, elegemos, também, o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa, de McCance e McCormack e a Teoria das Transições, de Afaf Meleis, com o intuito de compreender as particularidades do tipo de transição que as mulheres e as respetivas famílias, estavam a vivenciar e, assim, proporcionar cuidados holísticos e culturalmente congruentes com as necessidades reais em cuidados .

A filosofia do cuidado centrado na pessoa é um conceito atual universalmente presente nas políticas de saúde. A sua definição consiste na prestação de cuidados assentes no respeito e resposta às preferências e necessidades individuais da pessoa, sendo os cuidados guiados pelos valores defendidos pela mesma (Van der Berg et al., 2018). Segundo, a OE (2010) e a OMS (2018), isto é possível com o reconhecimento da mulher/casal/família na parceria de cuidados, promovendo a tomada de decisão informada e proporcionando suporte contínuo desde a preconceção até ao término do puerpério.

O Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa, elaborado por McCance e McCormack, descreve um padrão de cuidados que assegura que o utente se encontra no centro dos mesmos. Assenta numa abordagem focalizada na cooperação mútua entre os diferentes provedores de cuidados e a pessoa alvo dos cuidados (McCance, McCormack & Dewing, 2011), pressupondo o respeito pela individualidade da pessoa e pelo seu direito à autodeterminação, traduzindo-se num cuidar humano e holístico (McCormack et al., 2015).

Para que a sua aplicação prática fosse rigorosamente adequada, McCance e McCormack criaram uma ferramenta denominada *Person-Centered Nursing Framework*, importante para a orientação da nossa prática privilegiando as seguintes componentes: **pré-requisitos**, relativo aos atributos dos profissionais de saúde; **processo de centralidade na pessoa**, que se foca nas atividades desenvolvidas para a prestação de cuidados; o **ambiente** da prestação de cuidados, ou seja, as características do contexto em que os cuidados são prestados; e, finalmente, os **resultados**, a componente central desta estrutura. Para se atingirem os resultados, tem de se seguir a ordem referida dos componentes da estrutura (McCormack et al., 2015), que se encontra devidamente esquematizada na Figura 1.

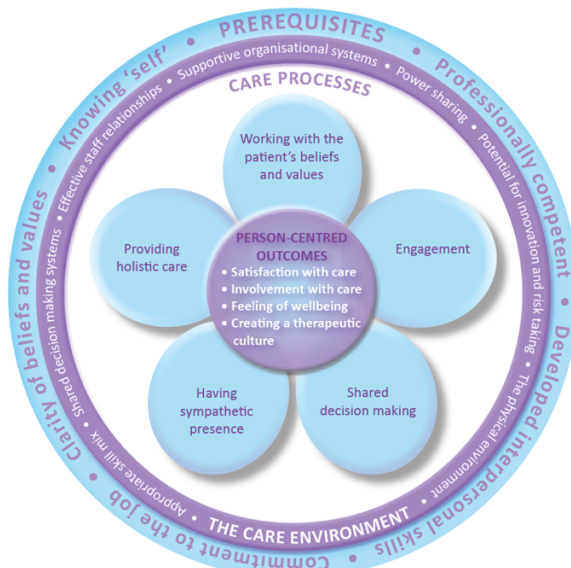


Figura 1 - *Person-Centered Nursing Framework*. Adaptado de *Person centeredness - the 'state' of the art*, por McCormack et al., 2015. Recuperado em <https://ro.uow.edu.au>

Justificamos, assim, a escolha deste modelo para orientar a nossa prática ao longo do estágio, pois o seu princípio do desenvolvimento de um processo de centralidade na pessoa vai de encontro às recomendações da OE, que afirma que o cuidado centrado na mulher pressupõe uma filosofia de cuidados que *dá prioridade aos desejos e necessidades das mulheres, enfatiza a importância da escolha informada, a continuidade dos cuidados, o envolvimento das utentes* (OE, 2015, p.8).

Analisando o percurso de aprendizagem e de aquisição de competências desenvolvido ao longo do estágio de natureza profissional, tentámos ir sempre de encontro aos pré-requisitos definidos pelo quadro de referência apresentado. Consequentemente,

investimos continuamente no desenvolvimento da nossa competência profissional pelo enfoque na aquisição de novos conhecimentos, através da busca de evidência científica atual, que permitisse adaptar a nossa prática às particularidades dos contextos da prestação de cuidados e às características e necessidades individuais de cada mulher.

Desenvolvemos a capacidade de comunicação, pela forma como procurámos estabelecer a relação terapêutica com as utentes/casal e famílias que estiveram ao nosso cuidado, assente na empatia, confiança e na partilha da tomada de decisão relativamente à sua saúde e à saúde do seu filho, promovendo o seu empoderamento que, tal como podemos verificar no modelo de McCance e McCormack, é um dos eixos centrais para o cuidado personalizado, a partir do envolvimento consciente para a tomada de decisão. Este aspeto permitiu-nos desenvolver significativamente a escuta ativa e a nossa capacidade para ajudar as mulheres/casais a lidarem com o stress associado à superação de determinados obstáculos na transição para a parentalidade e no assumir o seu novo estatuto ao tornar-se mãe e ao tornar-se pai.

Contudo, para que tal fosse possível, e como referido pelo modelo de McCance e McCormack, foi necessário providenciar um ambiente terapêutico adequado que, neste caso, consistiu predominantemente na criação das condições necessárias para que a mulher se sentisse confortável e confiante a tomar as suas próprias decisões e, consequentemente, assumir o controlo sobre a sua própria saúde e a do seu filho. Assim, ao praticarmos uma filosofia de cuidados centrados na mulher, foi necessário atuarmos como seus defensores dando prioridade aos seus desejos e necessidades, permitindo-lhe uma escolha informada sobre as diferentes opções de prestação de cuidados (OE, 2015).

Finalmente, para proporcionar a estas mulheres/casais/famílias um cuidado verdadeiramente holístico, tentámos compreender profunda e globalmente a realidade em que os mesmos se encontravam. Partimos do pressuposto que a gravidez e o parto são componentes inerentes à aquisição dos papéis de pai e mãe, traduzindo-se num processo de transição caracterizado pela incorporação de novos conhecimentos e competências, mudanças pessoais e interpessoais que culminam na reorganização pessoal para a adaptação de uma realidade diferente e irreversível (Cardoso, 2011; Graça, 2017). Trata-se de uma transição desenvolvimental, pois implica a passagem de um estágio para outro no ciclo de desenvolvimento humano (Meleis, 2010; Martins, 2013), apresentando tarefas desenvolvimentais e crises específicas (Graça, 2017).

Segundo Silva e Carneiro (2014), a Enfermagem, como disciplina do saber, apresenta como foco de atenção as transições humanas e as respostas do ser humano perante as mesmas. O enfermeiro apresenta-se, assim, como o profissional de excelência para prestar cuidados às famílias que estão a vivenciar transições, já que a identificação das necessidades e mudanças que estas acarretam, bem como a capacitação do indivíduo para lidar com as mesmas de forma saudável, são componentes fundamentais do seu exercício profissional (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Neste sentido, ao longo deste percurso formativo, na nossa atuação na prestação de cuidados privilegiamos, o modelo de cuidados centrado na pessoa, rumo aos cuidados personalizados de forma a que proporcionassem à mulher e respetiva família as ferramentas necessárias para que vivenciassem o seu processo de transição de uma forma saudável e os cuidados fossem adaptados às particularidades deste tipo de transição e à singularidade de cada mulher/casal e respetiva família, durante os períodos da gravidez, do trabalho de parto e parto e do puerpério.

2. GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES E A PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NUM AMBIENTE DE RISCO E DE INCERTEZA

Segundo a OE (2015), pertence à esfera de competências do EESMO o cuidado da mulher durante o período pré-natal, tendo como principais objetivos a promoção do bem-estar materno e do bem-estar fetal, através da promoção da sua saúde e da identificação precoce de complicações. Neste sentido, o módulo de estágio Gravidez com Complicações decorreu ao longo de quatro semanas, no serviço de internamento de grávidas (SIG) do CMIN, visando a aquisição e desenvolvimento de competências no cuidado especializado à mulher grávida e respetiva família na gravidez com complicações (ESEP, 2018).

Desta forma, para promover a saúde e o bem estar do casal, desenvolvemos atividades numa colaboração multidisciplinar que potenciasses o bem-estar materno e fetal, através da prestação de cuidados individualizados adaptados às necessidades reais das mulheres/casais a vivenciarem a realidade de uma gravidez com patologia associada, tendo como objetivos, não só a prevenção de complicações inerente à presença do processo patológico, como também a promoção da adaptação saudável à gravidez e, ultimamente, à parentalidade. Assim, a focámo-nos, não só nos sinais e sintomas de comprometimento físico, mas também, igualmente, na interpretação dos estados emocionais destas famílias e na identificação de estratégias promotoras de uma atitude positiva e de esperança, promovendo o cuidado holístico e centrado nas necessidades individuais das mulheres/casais, tal como preconizado pelo modelo de McCormack e McCance.

A gravidez consiste num processo biológico considerado normal e saudável e que, na maioria dos casos, evolui sem intercorrências, apesar de poderem surgir alterações fisiológicas das funções corporais (ICN, 2015). Considera-se, complicação para a gravidez toda a condição médica/obstétrica, inesperada e associada a esta, que pressupõem um risco potencial para a saúde e/ou bem-estar materno/fetal, podendo ocorrer antes ou durante a mesma (McCoyd, Mundi & Curran, 2018).

Ao iniciar este estágio, verificámos que a vivência de uma gravidez com complicações se apresentava como uma experiência altamente complexa, pois para além da esfera física, afeta profundamente a esfera psicológica da mulher/casal, devido aos processos de reorganização e ajustamento inerentes à interiorização das suas implicações (Wilhelm et al., 2015). A gravidez é uma fase fundamental do ciclo vital da mulher e um acontecimento culturalmente aceite como garantido no desenrolar da sua vida, que implica a adoção de um novo papel social e culmina numa transição irreversível para a parentalidade (Silva et al., 2013a). O surgimento de complicações pode comprometer este processo,

denotando-o de fragilidade e de incerteza, em que a atribuição da classificação de “risco” desencadeia um processo de adaptação psicológico altamente difícil e atribulado (Holness, 2018). O casal é empurrado para um processo transacional complexo, multidimensional e exigente, onde para além da transição para a parentalidade é obrigado a vivenciar uma transição para um estado de doença, sobre a qual o seu controlo revela-se limitado.

A necessidade de internamento é assimilada pelo casal como a confirmação da gravidade da situação e da sua falta de controlo sobre o futuro do seu filho (Silva et al., 2013a). O casal encontra-se no centro de uma experiência ameaçadora e altamente incerta, já que o regime terapêutico implementado não traz a certeza de sucesso no desfecho final. A mulher fica circunscrita ao espaço hospitalar e às suas rotinas e regras, impactando significativamente a sua vida familiar e conduzindo ao aumento dos níveis de ansiedade despertados por sentimentos de vulnerabilidade, medo e perda de controlo (Holness, 2018).

A elaboração do plano de cuidados, iniciava-se logo no acolhimento. Começávamos por nos apresentar ao casal e apresentar o serviço, contemplando a sua dinâmica e o horário de visitas, e acompanhado o casal ao quarto onde a grávida iria permanecer. Por sua vez, avaliação inicial compreendia uma avaliação do estado geral da grávida com a determinação dos parâmetros vitais e a auscultação da frequência cardíaca fetal, de modo a identificar possíveis alterações de risco. Realizávamos, ainda, uma breve entrevista para obtenção de informação mais detalhada sobre o casal, incluindo a história pessoal e familiar e o historial obstétrico anterior e atual, bem como os seus sentimentos relativamente à vivência de uma gravidez de risco. A obtenção destas informações revela-se essencial, na medida em que qualquer complicação anterior pode repercutir-se nas gestações subsequentes (Cunnigham et al., 2012). Além disso, permitiu o reconhecimento e compreensão das diferentes dimensões associadas à vivência da gravidez com patologia associada.

Sendo a entrevista uma ferramenta assente, fundamentalmente, na comunicação, permitiu avaliar o estado emocional da mulher/casal. Dada a vulnerabilidade associada a este processo, os casais manifestavam, se bem que em diferentes graus, alguma fragilidade e labilidade emocional. Confirmámos que, quando aplicada corretamente e de forma compreensiva e aberta, a comunicação permitia, não só identificar as necessidades individuais das grávidas/casais, como estabelecer a confiança necessária para a expressão de sentimentos e preocupações. Desta forma, pretendíamos evitar o acumular de sentimentos negativos, fornecer e esclarecer informação sobre o estado clínico e promover a participação na decisão sobre o cuidado a prestar (Holness, 2018). Posteriormente, complementavam-se estes dados com a leitura atenta do boletim de saúde da grávida, uma ferramenta essencial para a continuidade da circulação da informação relevante sobre a gravidez atual, assegurando a interligação dos cuidados de saúde primários com os que agora iriam ser prestados no meio hospitalar (Santo et al., 2016).

Estes dados constituíram a base para a elaboração do plano de cuidados individualizado. Procurámos, então, desenvolver intervenções que facilitassem e, promovessem um processo de transição saudável, procurando prevenir, e quando possível,

eliminar os seus aspetos dificultadores e promover a esperança neste momento tão difícil das suas vidas. Consequentemente, podemos destacar determinados focos de enfermagem que foram alvo de especial atenção: Adaptação à parentalidade, Consciencialização, Ligação mãe/pai-filho, Ansiedade, Coping e Conhecimento, nomeadamente, sobre o estado clínico e autocuidado na gravidez (ICN, 2015).

A adaptação para a parentalidade pode ser definida como conjunto de comportamentos que os futuros progenitores adotam para se ajustarem à gravidez e nas ações que empreendem para se prepararem para o seu futuro papel como mãe/pai, implicando, ainda, a interiorização das expectativas familiares e sociais relativamente aos comportamentos parentais considerados como adequados ou inadequados (ICN, 2015). Sendo esta componente uma das áreas de atuação do EESMO, direcionámos a nossa atenção para a identificação de necessidades associadas ao exercício do papel parental (OE, 2015), bem como à observação e subsequente avaliação da presença de sinais indicadores de um processo de adaptação à parentalidade adequado ou comprometido.

No processo de reformulação da identidade inerente à incorporação de um novo papel, o período desde o início da gravidez até ao nascimento, ou seja, o período antecedente ao desempenho do papel, denomina-se de fase antecipatória em que os futuros pais realizam o processo de ajustamento psicológico e social necessários à incorporação do novo papel. Para a constatação deste processo era essencial, na nossa avaliação do casal, identificarmos aspetos como a construção de expectativas pela criação do filho imaginado, a antecipação das suas características como futuros pais e a preparação para as alterações nos seus estilos de vida (Cardoso, 2011).

Associado ao foco Adaptação à parentalidade, destaca-se o foco Consciencialização, nomeadamente, para o processo de transição para a parentalidade, traduzida pelo grau de envolvimento do casal neste processo. Na avaliação implementada, procurávamos os seguintes indicadores do envolvimento adequado do casal no processo de adaptação para a parentalidade: comportamentos de procura de informação e/ou de recursos necessários a este processo; a qualidade da ligação mãe/pai-filho, como anteriormente referido; comportamentos de preparação para a incorporação do papel parental, verificada pela aceitação e alteração dos novos estilos de vida inerentes à adição das necessidades do futuro RN, bem como, a preparação do ambiente físico (Cardoso, 2011).

Após a avaliação e identificada a necessidade de intervenção, centrávamos a nossa atenção na elaboração e implementação de cuidados individualizados, de acordo com as necessidades e recursos particulares de cada casal, com o intuito de promover o seu empoderamento, através da educação para a saúde e sobre o papel parental, de forma a capacitar o mesmo para a tomada de decisão consciente e informada. Ultimamente, esta abordagem contribuiu para estimular a perspetiva positiva relativamente à capacidade de resolução de problemas e a superação de obstáculos, promovendo a esperança da grávida/casal nas suas capacidades para ultrapassarem este processo de transição complexo e dificultado pela vivência de uma gravidez comprometida.

Assim, foram implementadas as seguintes intervenções: promover a expressão de sentimentos relativamente a preocupações e medos inerentes ao processo vivenciado; orientar para as mudanças associadas ao processo de adaptação ao papel parental, colaborando com o casal na identificação de estratégias e dos recursos mais adequados para auxiliar na adaptação às mesmas; realização de ensinamentos relativamente às alterações fisiológicas associadas ao processo de gravidez; e ensinar sobre as implicações do processo fisiológico experienciado, bem como orientar para comportamentos promotores de saúde na vivência de cada processo específico de gravidez de risco. Ainda no que se refere a este foco de atenção, intervimos na área da educação sobre as características, as necessidades e o cuidado de um recém-nascido (RN) prematuro, nos casos aplicáveis (como por exemplo, no diagnóstico de ameaça de parto pré-termo) e quando solicitado pelo casal, de modo a consciencializá-lo para esta eventualidade e aumentar a esperança nas suas capacidades para lidarem com resiliência (Domínguez-Luna, Fernández-Miguez & Domínguez-Luna, 2012).

A ligação mãe/pai-filho pode ser definida como o estabelecimento de uma relação afetiva entre a mãe/ pai e o filho (ICN, 2015), traduzindo-se numa série de comportamentos que demonstram o comprometimento para com o cuidado do feto. O estabelecimento desta ligação inicia-se desde o conhecimento da gravidez, desenvolvendo-se ao longo da mesma e intensificando-se no terceiro trimestre (Eswi & Khalil, 2012). Este parâmetro constitui um importante preditor da qualidade da relação que os pais irão estabelecer com a criança após o nascimento e é um fator determinante na aceitação e consequente aquisição da identidade e desenvolvimento do papel parental e, consequentemente, do sucesso da adaptação para a parentalidade (Salehi, Taleghani & Kohan, 2019).

No que toca à avaliação deste foco de atenção, procurámos a presença dos seguintes comportamentos: demonstração de afeto para com o feto, pela referência ao seu nome e/ou pelo acariciar do abdómen; conhecimento sobre o padrão de atividade do feto e demonstração de felicidade aquando da perceção dos movimentos fetais; comprometimento para com o feto, através do cumprimento do regime terapêutico implementado e do cumprimento adequado do autocuidado (nutrição adequada, não consumir substâncias prejudiciais para si própria e para o feto); e planearem a gravidez e prepararem-se para a chegada do seu filho, através da procura de informação sobre o desenvolvimento gestacional e sobre as necessidades do RN, bem como a aquisição dos bens materiais necessários para o seu cuidado. Considerávamos, também, a qualidade do suporte social apresentado pelo casal, bem como, a existência de historial médico associado a distúrbios mentais e/ou historial obstétrico, tais como complicações em gravidezes anteriores ou historial de abortos (Eswi & Khalil, 2012; Van Der Bergh & Simmons, 2009).

Consoante os resultados desta avaliação, implementámos intervenções de enfermagem individualizadas para com as necessidades apresentadas por cada casal, com o intuito de promover a aproximação dos pais ao filho ao fazê-los encarar a realidade do mesmo, pelo que podemos destacar: a promoção do contacto entre o casal, através da

flexibilidade para com o horário de visitas e para com a permanência do conjugue durante a noite, com o intuito de promover a qualidade conjugal, especialmente considerando o afastamento resultante da hospitalização; a realização de ensinamentos sobre desenvolvimento fetal e o aconselhamento sobre fontes de informação fidedignas sobre desenvolvimento fetal; a realização de procedimentos que implicavam a auscultação fetal na presença de ambos os progenitores; a realização de ensinamentos sobre movimentos fetais e técnicas de estimulação fetal, incentivando ambos pais a procurarem sentir os movimentos do seu filho; e a promoção do planeamento da gravidez e da imaginação do bebé real, nomeadamente, da sua futura interação com o mesmo (Nogueira & Ferreira, 2012).

Considerando o risco de comprometimento da transição para a parentalidade presente aquando da vivência de uma gravidez comprometida, outro foco de atenção de enfermagem identificado foi a Ansiedade (ICN, 2015). Esta manifestava-se em diferentes graus nas diferentes mulheres e, na mesma mulher, em diferentes alturas. Verificava-se em maior intensidade no momento do internamento e aquando da realização de determinados procedimentos, como a cardiotocografia (CTG) e a ecografia, que eram vistos, por estas mulheres, como uma prova em tempo real da vitalidade e bem-estar fetal. Vários estudos encontraram conexões entre elevados estados de ansiedade materna e condições clínicas como o transtorno de défice de atenção e hiperatividade, autismo, esquizofrenia, depressão infantil, manifestação tardia da fala e desenvolvimento motor atípico. Durante a gravidez, associam-se a baixos níveis de vinculação materno-fetal (Balakrishina & Teixeira, 2015).

Neste sentido, a nossa intervenção centrou-se na prevenção, mais do que no tratamento dos seus efeitos negativos (Balakrishina & Teixeira, 2015). Procedemos à observação atenta do comportamento da grávida para despistar sinais de manifestação de ansiedade, que podiam traduzir-se em sintomatologia física (tremores, dificuldade em manter a concentração e a adormecer, cansaço, tonturas, alterações gastrointestinais, falta de ar ou sensação de sufoco, aumento da frequência cardíaca), sintomatologia do foro psicológico (irritabilidade, sentimentos negativos como medo e desânimo, preocupação excessiva) e, ainda, através de comportamentos obsessivos ou de evitamento (Haring et al., 2013). Posteriormente, mediante a implementação da comunicação empática, tentávamos identificar as necessidades particulares de cada grávida/casal, tendo-se destacado o criar condições para satisfazer a necessidade de expressar as emoções, de contacto com a família (especialmente o companheiro), de contacto e partilha de experiências com outras mulheres a vivenciarem a mesma realidade e de educação relativamente à sua condição clínica e ao papel parental.

Verificámos que, para reduzir os níveis de ansiedade, era necessário intervir na sua etiologia que, neste caso, assentou na vivência simultânea de uma transição desenvolvimental, a transição para a parentalidade, e de uma transição de saúde-doença, pelo surgimento do processo patológico que conduziu ao internamento. Procurámos, então, promover a transição saudável pela prevenção e/ou mitigação de sentimentos negativos. Neste sentido, as nossas intervenções centraram-se na promoção do autocontrolo no

processo transicional, definido como a crença, assente numa atitude entusiástica, de que os esforços e a vontade próprios são fundamentais na condução positiva da vida diária (Lee & Lee, 2016). Investimos, assim, na identificação de estratégias de coping eficazes na gestão do stress e da ansiedade, o que conduziu à identificação dos seguintes focos de enfermagem, Conhecimento e Coping (ICN, 2015).

A importância do foco Conhecimento prende-se com o facto de que qualquer processo transicional é caracterizado pela incerteza associada à interrogação da capacidade do indivíduo para enfrentar os seus desafios, encontrando-se, consequentemente, intimamente ligada à necessidade de incorporação de novos conhecimentos e de desenvolvimento de competências e capacidades (Schumacher & Meleis, 2010). Neste sentido, a nossa intervenção incidiu na orientação sobre três áreas principais: as alterações fisiológicas associadas à gravidez; o processo fisiopatológico em causa, incluindo os seus sinais de alerta, implicações maternas e fetais e regime de terapêutico e procedimentos de vigilância; e preparação para o papel parental.

Verificámos que a informação dada à grávida, sobre o seu estado clínico e sobre os motivos e aplicabilidade das intervenções realizadas, foi fundamental para diminuir os seus níveis de ansiedade e para promover a adesão ao regime terapêutico, desempenhando, consequentemente, um papel essencial na adaptação à condição de risco (Lederman et al., 2013). Estas mulheres sentiam-se mais confortáveis e relaxadas quando sabiam exatamente a realidade do seu estado clínico e quando compreendiam o motivo da especificidade do seu regime terapêutico, ficando consciencializadas da importância da sua atitude para o sucesso do desfecho da sua gravidez. Ainda de igual importância, promovendo o bem-estar materno e fetal e a saúde na gravidez, realizámos ensinamentos sobre o autocuidado na gravidez, incidindo nas seguintes áreas: cuidados de higiene e vestuário, ingestão nutricional, segurança, uso de substâncias e sinais de alerta mediante a idade gestacional (IG).

O termo Coping define-se pela atitude de gestão do stress que gera sensação de controlo e produz maior conforto psicológico (ICN, 2015), através da mudança constante dos esforços cognitivos e comportamentais, numa tentativa de adaptação às exigências de situações específicas que são interpretadas como stressantes. No contexto da gravidez, as estratégias de coping revelam-se de elevada importância na medida em que podem influenciar os desfechos neonatais ao ajudarem a prevenir ou minimizar respostas negativas aos componentes stressores (Guardino & Schetter, 2013). Ao contactarmos com diferentes casais pertencentes a diferentes realidades sociais e a experienciarem diferentes situações patológicas, verificámos a necessidade de conduzir estes casais para a busca de estratégias de coping que melhor se adaptassem às suas necessidades particulares. Contudo, todas elas tinham em comum a promoção da expressão emocional, da autoestima e da esperança num desfecho positivo, a busca e a facilidade de acesso ao apoio social e profissional para suporte, esclarecimento de dúvidas e prevenção ou mitigação dos agentes stressores, a promoção do relaxamento e a promoção do pensamento positivo.

Como exemplos de estratégias sugeridas e adotadas pelos casais, podemos destacar: a celebração de pequenas conquistas, tais como o ter atingido determinada IG, elogiando os esforços e as atitudes da grávida/casal que foram determinantes para a sua concretização; a flexibilidade demonstrada nos horários de visitas e a autorização para a permanência de um familiar durante o período noturno, quando a grávida permanecia num quarto individual; o acesso livre à internet da instituição por forma a facilitar o acesso virtual ao mundo exterior e a promoção da convivência entre as grávidas internadas, incentivando a partilha de sentimentos e de experiências entre indivíduos a vivenciarem realidades semelhantes, bem como o suporte mútuo (Boyd, 2019; Lederman et al., 2013).

Durante o período de internamento, desenvolvemos várias atitudes terapêuticas que tinham como enfoque, essencialmente, a vigilância do bem-estar materno, pela monitorização dos sinais vitais, e a vigilância do bem-estar fetal pela auscultação frequência cardíaca fetal (FCF), com o Doppler (a partir das 12 semanas) ou pela realização de CTG (a partir das 28 semanas), e pela da contagem dos movimentos fetais. Estes últimos continuam a ser os principais indicadores para a avaliação do bem-estar fetal devido ao facto de serem particularmente afetados pela perfusão uteroplacentária (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2014). Neste capítulo não iremos entrar em detalhe sobre a interpretação do CTG, contudo dada a variedade de IG com as quais contactámos neste estágio, é importante referir quais os padrões de normalidade para a FCF, nomeadamente, de 120 a 180 batimentos por minuto (bpm) em IG inferiores a 28 semanas, e entre 110 e 160 bpm para IG superiores a este marco (Lowdermilk & Perry, 2008).

Ambos os procedimentos necessitam da mesma preparação inicial. Começávamos por explicar o procedimento à grávida, nomeadamente, em que consistia e qual a sua finalidade, solicitando-se o seu consentimento e colaboração. De seguida, com a grávida em posição de semi-fowler, identificávamos o foco de auscultação da FCF. O foco de auscultação corresponde ao local no abdómen da grávida onde os batimentos cardíacos são percecionados com maior intensidade, correspondendo também à posição do dorso fetal (Lowdermilk & Perry, 2008). Para determinar o local do foco de auscultação podíamos proceder de duas formas: pedir à grávida que identificasse a região abdominal em que percecionava os movimentos fetais, identificando-se, assim, a região contrária como o dorso fetal; ou aplicávamos as manobras de Leopold, um conjunto de movimentos que permitem identificar a estática fetal, conferindo acesso à posição do dorso fetal relativamente ao abdómen materno (Marshall & Raynor, 2014). As manobras de Leopold revelaram-se também benéficas para a promoção da interação entre o casal e o feto, ao promover a consciencialização do mesmo sobre a posição fetal (Nishikawa & Sakakibara, 2013). Após a identificação do foco de auscultação, aquando da utilização do aparelho Doppler, colocávamos o sensor no local do foco, manuseando-o levemente para obter a melhor captação. No caso do CTG, primeiro, colocávamos o transdutor de ultrassons responsável pela captação da FCF no local do foco, monitorizando, simultaneamente, a frequência cardíaca materna para ter a certeza que o valor de FCF captado era o correto. Após ter a

certeza de que a FCF está a ser registada apropriadamente, procedia-se à colocação, no fundo uterino materno, do tocotransdutor responsável pelo registo da contratilidade uterina (Grivell, Alfievic, Gyte & Devan, 2015). Por fim, pedíamos à grávida para se colocar numa posição alternativa ao decúbito dorsal, pois esta promove a compressão da veia cava inferior por parte do útero gravídico, interferindo com a perfusão placentar e, ultimamente, com a oxigenação fetal. Como posições alternativas sugeríamos o decúbito lateral esquerdo, a posição de sentada e a posição de semi-sentada (Ayres-De-Campos, Spong & Chandraharan, 2015).

Um aspeto frequentemente observado aquando da realização do CTG, foi o estado emocional das grávidas, na medida em que a audição da FCF afetava, emocionalmente, as mesmas. Estas referiram que interpretavam esse som, assim como a sensação dos movimentos fetais, como um sinal de alta garantia do bem-estar do seu filho, demonstrando-se ansiosas aquando da dificuldade na sua captação. Apesar de ser um procedimento relativamente simples, observámos que, tal como referido por Cunningham et al. (2012), existem fatores que podem dificultar a sua realização, nomeadamente, a estática fetal, a obesidade materna, os casos de hidrâmnios, as restrições de crescimento e a implantação anterior da placenta. Assim, na presença de algum destes aspetos, tranquilizávamos a grávida, com a explicação da razão da existência desta dificuldade.

Ao longo deste estágio e como é possível verifica, perla figura 2, tivemos a oportunidade de prestar cuidados a grávidas com diferentes patologias associadas ou concomitantes à gravidez. Recorrendo aos conhecimentos adquiridos na formação teórica associados à busca sistemática da evidência científica mais atual, procurámos desenvolver atividades de vigilância e monitorização, no sentido de identificar as áreas de atenção de enfermagem adequadas a cada situação fisiopatológica, desenvolvendo intervenções específicas face às necessidades reais de cada casal. Procurámos, assim, dar resposta às diretrizes da OE (2010) que defende como competências do EESMO o diagnóstico e prevenção precoces de complicações na saúde materna no período pré-natal, incluindo desvios à gravidez fisiológica e desvios associados à adaptação à gravidez,

60 grávidas de risco		
Prolapso de membranas 2 casos	Metrorragias 6 casos	Restrição de crescimento intrauterino 15 casos
Colestase 2 casos	Hidrâmnios 2 casos	Pré-eclampsia 4 casos
Hipermese gravídica 1 caso	Oligoamnios 3 casos	Diabetes gestacional 5 casos
Placenta prévia 3 casos	Rotura prematura de membranas 3 casos	Ameaça de parto pré-termo 15 casos

Figura 2 - Registo de experiências do estágio Gravidez com Complicações.

Segundo esta figura, verifica-se que a ameaça de parto pré-termo foi uma das patologias associadas à gravidez com maior contacto ao longo deste estágio. Além disso, foi uma das que permitiu maior grau de intervenção de enfermagem independente. A ameaça de parto pré-termo (APPT) define a ocorrência, entre as 22 e as 36 semanas e seis dias, de contrações uterinas regulares, frequentes e dolorosas acompanhadas de distensão do segmento inferior do colo uterino, sem dilatação ou apagamento, independentemente da sua evolução para parto pré-termo (PPT) (Sentilhes et al., 2017). De acordo com a OMS, o PPT é a principal causa de mortalidade e morbilidade neonatal a nível mundial (2015), sendo que cerca de 15 milhões de recém-nascidos nascem prematuros e que este número tem vindo a aumentar (Arruda, 2020).

A etiologia da APPT ainda não se encontra bem esclarecida, sendo que em 20% a 30% dos casos não é possível determinar uma causa específica para o início precoce da contratilidade uterina e da dilatação cervical (Montenegro e Rezende Filho, 2014). Trata-se de um fenómeno multifatorial que advém da combinação de fatores endógenos e exógenos, desencadeando, precocemente, o amadurecimento do colo e contração do útero (Graça, 2017). O reconhecimento destes fatores de risco inerentes à APPT constituíram um importante foco de atenção para as nossas intervenções já que a sua minimização ou eliminação constitui a primeira linha de intervenção no caminho para a prevenção desta condição (Schleubner, 2013). Como fatores de risco para a APPT com consequente PPT consideram-se: fatores socioeconómicos, nomeadamente a existência de um baixo nível socioeconómico; fatores maternos associados à profissão materna (profissões que implicam significativo esforço físico, comportam grandes períodos e períodos de repouso irregulares), a estilos de vida (abuso de substâncias, stress, abuso físico), ao estado nutricional comprometido com consequente baixo peso materno antes da gravidez e deficiente aumento durante a mesma e, finalmente, à idade materna inferior a 18 anos ou superior a 35 anos; fatores obstétricos e ginecológicos como antecedentes de PPT, de RPM ou de perda no segundo trimestre, antecedentes de trauma cervical (por cirurgias anteriores, por exemplo) presença de uma gravidez múltipla, presença de uma gravidez resultante de técnicas de procriação medicamente assistida (frequentemente pelo facto de resultarem em gravidez múltipla), e assistência pré-natal deficiente (Graça, 2017; Montenegro & Rezende Filho, 2014; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2016a).

Por conseguinte, a abordagem clínica implementada perante o diagnóstico de APPT teve como objetivo último prolongar o tempo para o desenvolvimento fetal e para implementar a terapêutica necessária para aumentar a probabilidade de sobrevivência fetal e diminuir a probabilidade de desenvolvimento de complicações neonatais (Scheubner, 2013). Desta forma, desenvolvemos intervenções, interdependentes e independentes, que tiveram como objetivo, essencialmente, a vigilância e promoção do bem-estar materno e fetal e o suporte e a capacitação do casal para lidarem com este fenómeno de forma saudável e realista relativamente ao seu potencial desfecho. As atitudes terapêuticas, consistiram na monitorização da dinâmica uterina e do bem-estar fetal pela realização do

CTG, pelo menos uma vez por turno (mais frequentemente se a situação o justificasse) e na administração de medicamentos, nomeadamente, de tocolíticos ou corticosteroides para a maturação fetal.

As intervenções independentes foram de encontro à necessidade de conhecimento, por parte da mulher/casal, sobre o fenómeno da APPT propriamente dito e ao regime terapêutico implementado, bem como à identificação dos seus sinais de alarme, nomeadamente, os seguintes: contrações uterinas rítmicas, podendo ser dolorosas, com frequência de uma a duas por cada 10 minutos e persistirem durante pelo menos uma hora, estando a grávida em repouso; sensação de pressão uterina, na região inferior do abdómen ou na região supra-púbica, cólicas abdominais leves; corrimento vaginal hemático, aquoso e em maior quantidade; e rotura prematura de membranas (NICE, 2016a). A monitorização para o aparecimento destes sinais de alarme foi, também, um foco de atenção integrado nas atividades que desenvolvemos aquando da prestação de cuidados.

Identificámos, então, o foco de atenção Conhecimento sobre a APPT comprometido e desenvolvemos intervenções, no domínio do orientar, ensinar e instruir, de acordo com as suas necessidades de cada mulher/casal, de forma a que permitissem dotar os mesmos de conhecimentos e competências para a identificação dos sinais e sintomas associados a este fenómeno (Lowdermilk & Perry, 2008; NICE, 2016a; Graça, 2017), promovendo a eficiência da vigilância realizada, assim como a sua participação ativa na tomada de decisão sobre o regime terapêutico e a consciencialização sobre os possíveis desfechos. Dada a natureza do regime terapêutico implementado, houve também necessidade de nomear os seguintes focos de atenção, cujas intervenções associadas serão apresentadas aquando da abordagem detalhada do mesmo: Conhecimento sobre regime terapêutico, Conhecimento sobre os efeitos secundários do regime medicamentoso e Conhecimento sobre os efeitos secundários do repouso no leito (ICN, 2015).

No serviço de internamento de grávidas, o tratamento inicial implementado consistia na administração de tocolíticos e na promoção da maturação pulmonar fetal. Os tocolíticos inibem a contratilidade uterina e visam prolongar a gravidez, de dois a sete dias, para possibilitar o cumprimento do protocolo de administração de corticosteroides para a maturação fetal o que, por sua vez, permitirá aumentar a viabilidade fetal, diminuindo a probabilidade de morte neonatal e de ocorrência de paralisia cerebral (Graça, 2017; Montenegro & Rezende, 2014; NICE, 2016a). No serviço de internamento de grávidas o fármaco de eleição para a inibição da contratilidade uterina era a nifedipina, um bloqueador dos canais de cálcio, administrado da seguinte forma: uma dose inicial de carga de 20 mg de nifedipina oral, seguida da administração de 10 a 20 mg, via oral, três a quatro vezes por dia, mediante a atividade uterina verificada (NICE, 2016a). Perante a administração deste fármaco, realizámos ensinamentos sobre os seus efeitos secundários, alertando para a possibilidade do desenvolvimento de tonturas, rubor, hipotensão, diminuição da frequência cardíaca, desenvolvimento de edema, prisão de ventre e sensação de mal-estar geral (ACOG, 2017a; Infarmed, 2019). Consequentemente, procedíamos, também, à monitorização da

tensão arterial e frequência cardíaca maternas uma vez por turno (em intervalos de oito horas) ou com maior frequência se manifestados sintomas.

No SIG, preconizava-se a administração de corticoterapia para a maturação fetal a todas as grávidas admitidas no serviço com APPT, independentemente da IG, através da administração de duas doses de 12 mg de betametasona, via intramuscular, espaçadas por 24 horas, com eficácia máxima entre dois a sete dias após administração. Contudo, segundo a ACOG (2016), esta administração apresenta-se mais seletiva, recomendando a administração de um único ciclo a grávidas com IG entre as 24 semanas e sete dias e as 33 semanas e sete dias que apresentem risco de PPT dentro de sete dias, incluindo aquelas com rutura de membranas e gravidez múltipla. A sua administração foi uma das intervenções interdependentes que realizamos, sabendo que pressupõe a produção de enzimas que vão estimular a produção e libertação de surfactante pulmonar fetal, contribuindo, consequentemente, para a diminuição das taxas de morbilidade e mortalidade associadas ao PPT (Montenegro & Rezende Filho, 2014).

A administração desta medicação encontra-se associada a determinados efeitos secundários, maternos e fetais, sobre os quais eram realizados ensinamentos à grávida. Relativamente aos efeitos secundários maternos apresenta-se a possibilidade de hiperglicemia transitória que se verifica, geralmente, 12 horas após a administração da primeira dose e que pode permanecer até cinco dias após o ciclo (NICE, 2016a); no que toca aos efeitos secundários desta terapêutica sobre o feto, verifica-se a diminuição da variabilidade da FCF, patente do traçado do CTG, e diminuição dos movimentos fetais até quatro a sete dias após administração do ciclo (Sentilhes et al., 2017). Mediante a possibilidade destes efeitos secundários, desenvolvemos as seguintes intervenções interdependentes: monitorização da glicemia capilar materna, com especial atenção para as grávidas diabéticas, e a monitorização fetal, através do CTG realizado uma vez por turno ou, se necessário, mais frequentemente.

Na abordagem clínica à APPT, o repouso no leito foi uma prescrição frequentemente implementada, verificando-se a prescrição de repouso relativo, em que a grávida deveria permanecer o máximo de tempo possível no leito, mas podia ir ao WC e realizar a sua higiene, ou a prescrição de repouso absoluto, em que todas as atividades são realizadas no leito. A prescrição desta intervenção gerou alguma preocupação e discussão, na tentativa de compreendermos o motivo da sua elevada aplicabilidade sabendo que a literatura revela que se encontra internacionalmente contraindicada, apesar de que, segundo Biggio (2013), cerca de 95% dos obstetras recorrem à prescrição de restrição de atividade ou à prescrição do repouso no leito na abordagem clínica perante a gravidez de risco.

O repouso no leito é utilizado como tratamento para numerosas condições desde o início dos tempos, sendo que a sua aplicação é ainda uma componente dominante na abordagem à APPT. Contudo, segundo vários autores não existe evidência científica de qualidade que comprove os benefícios do repouso no leito para a prevenção do PPT em gravidezes simples ou múltiplas (Medley, Vogel, Care & Alfirevic, 2018; McCall, Grimes &

Lyerly, 2013). Aliás, segundo Boyd (2019), esta intervenção resulta em várias consequências negativas ao nível físico, psicológico e familiar.

Ao nível físico, a inatividade imposta pelo repouso no leito conduz à diminuição da massa muscular e da densidade óssea com comprometimento do equilíbrio e da mobilidade, à descompensação cardíaca, aumenta o risco de trombose venosa, altera o metabolismo dos hidratos de carbono, provoca a diminuição da capacidade pulmonar, aumenta a suscetibilidade a infeções, altera os ciclos do sono e contribui para o aumento de queixas somáticas e fadiga (Boyd, 2019). Neste sentido, frequentemente associados à prescrição do repouso no leito, encontrava-se a prescrição de fisioterapia passiva, de laxantes e de enoxaparina para prevenção do tromboembolismo.

O impacto psicológico associado ao repouso no leito pode ter consequências negativas para a grávida. Destacam-se como os maiores stressores a separação a família e as preocupações com o bem-estar fetal, manifestando-se através de sentimentos de solidão, falta de suporte, incerteza, alterações de humor, ansiedade e depressão, sentimentos de ambivalência relativamente à gravidez e, por vezes, a culpa pela incapacidade de cumprimento do repouso no leito. Também os companheiros e restantes membros da família são frequentemente afetados, já que os primeiros assumem responsabilidades adicionais culminando no aumento dos níveis de ansiedade e cansaço e, nas situações em que a gravidez não é a de um primeiro filho, as crianças em casa alteram o seu comportamento em consequência das alterações na sua rotina (Bigelow & Stone, 2011; McCall et al., 2013). Por sua vez, no que se refere aos efeitos sobre o feto, o repouso no leito encontra-se associado a baixo peso ao nascimento em gravidezes unifetais e a baixa IG neonatal, assim como a uma maior probabilidade de desenvolvimento de problemas a nível psicológico (Maloni, 2011).

Tendo em conta a prescrição do repouso no leito perante o diagnóstico de APPT, a nossa intervenção incidiu fundamentalmente na mitigação destes efeitos adversos, através da sua monitorização. De entre as intervenções implementadas podemos destacar: a flexibilidade no horário de visitas para promoção do suporte emocional e convívio social e, neste sentido, incentivávamos, também, o convívio entre as grávidas internadas, sendo que esta estratégia contribuía ainda para a diminuição dos níveis de solidão, pela partilha de sentimentos associados à vivência de realidades semelhantes; a cada turno estabelecíamos com a grávida a rotina do dia, concedendo-lhe o controlo sobre as suas atividades diárias; realçávamos determinados marcos, como o alcance de determinada IG, enfatizando e elogiando a atitude da grávida com o intuito de aumentar a sua autoestima e consciencializar para a passagem do tempo em direção ao objetivo final, o nascimento; fornecíamos o acesso à internet de modo facilitar o contacto com o meio exterior e com formas de distração; e, diríamos que em primeira linha, demonstrámos sempre disponibilidade para ajudar de acordo com as solicitações e as necessidades da grávida/ casal, desde o informar até estar atenta à expressão de sentimentos, preservando, simultaneamente, a sua necessidade de privacidade e dignidade (Rubarth, Schoening, Cosimano & Sandhurst, 2012).

Também o exercício físico é um método de coping seguro para o alívio do stress físico e psicológico nas mulheres com gravidezes de risco (Reyes, 2015). No caso específico de grávidas hospitalizadas e sujeitas a repouso no leito, Kim & Park (2018) no seu estudo sobre os efeitos do exercício físico na atividade uterina, nos padrões de FCF e no bem-estar físico e psicológico materno, referem que a aplicação de um programa estruturado de exercícios exerce efeitos altamente benéficos no alívio do desconforto e ansiedade maternos, não apresentando riscos para o bem-estar fetal.

Esta intervenção era implementada em cooperação com a equipa de fisioterapia do serviço, através da monitorização do bem-estar materno-fetal antes, depois e, se necessário, durante o desenvolvimento da atividade, pela avaliação dos parâmetros vitais maternos e da avaliação fetal pelo recurso ao CTG (Reyes, 2015).

Ao longo deste estágio, verificámos que o SIG se encontrava numa fase de atualização dos seus protocolos de atuação, sendo que uma das áreas que carecia de atualização foi a diabetes gestacional (DG), especialmente face às recentes atualizações publicadas no consenso emitido pela DGS em 2017. Este trabalho foi realizado por nós, não só com o objetivo de desenvolvermos a nossa prática com base na evidência científica mais recente e apropriada, como também para darmos o nosso contributo à organização, tal como preconiza um dos objetivos do estágio, de acordo com o regulamento do 2º ciclo da ESEP. Realizámos, então, um esboço de um protocolo que atendesse às necessidades de enfermagem na intervenção e cuidado às grávidas com hiperglicemia na gravidez. Este foi complementado com uma apresentação realizada aos membros da equipa de enfermagem sobre o estado da evidência científica relativamente a esta patologia.

Com o intuito de realizar uma abordagem completa, esquematizada e clara desta temática e que permitisse uma consulta rápida e facilitada das orientações, elaborámos três documentos tendo por base, essencialmente, as recomendações do consenso de 2017 emitido pela DGS e a iniciativa da FIGO, publicada em 2015, para elaboração de um guia de diagnóstico, gestão e cuidado na DG. Uma novidade significativa centrou-se na mudança na nomenclatura dos subgrupos de hiperglicemia na gravidez, pelo estabelecimento da definição de diabetes na gravidez a substituir a de diabetes pré-existente.

Mediante a alteração na nomenclatura também os valores de diagnóstico sofreram alterações, surgindo uma nova tabela de valores para a prova de tolerância à glicose oral (PTGO) que considera intervalos para a normalidade, para a DG e para a diabetes na gravidez (hiperglicemia detetada na gravidez, mas sugestiva de um processo metabólico já comprometido antes desta). Ficou ainda estabelecido que esta prova não pode ser realizada a mulheres submetidas a cirurgia bariátrica, pois a consequente alteração anatómica provoca uma intolerância à solução ingerida com consequente incapacidade de validar os resultados obtidos (Behalina et al., 2018). Em vez disso, devem ser aplicados métodos alternativos como a autovigilância da glicemia capilar durante um determinado período de tempo definido pelo endocrinologista (geralmente uma semana) (Almeida, Dores, Paiva & Ruas, 2017). No SIG, a PTGO era um procedimento raro já que as grávidas diabéticas eram

admitidas com um diagnóstico estabelecido e por pobre controlo glicémico, contudo, existiam casos de grávidas internadas por longos períodos de tempo, alcançando, por vezes, a IG correspondente à realização da PTGO, pelo o conhecimento destas novas recomendações foi fundamental.

Tendo como intuito a elaboração de um documento de recomendações que pudessem vir a adquirir um carácter oficial e de forma a realizar uma abordagem completa sobre as particularidades do cuidado na DG, realçámos também as alterações identificadas na intervenção aquando o trabalho de parto e cesariana. Enquanto que, anteriormente, existia um esquema para grávidas diabéticas insulina-tratadas e outro para não insulina-tratadas, os esquemas de atuação atualmente considerados fazem a divisão entre grávidas tratadas sem insulina ou antidiabéticos orais e grávidas tratadas com insulina ou antidiabéticos orais.

Finalmente, procedemos também à abordagem da intervenção de enfermagem perante a grávida com hipoglicemia, sendo que esta consistiu o grande desafio na elaboração destes documentos, pois, aquando da realização do trabalho de pesquisa, não encontrámos orientações específicas para o estado gravídico. Contudo, conseguimos estabelecer um algoritmo de ação baseado em evidência científica atual sobre a atuação perante a hipoglicemia no adulto, orientando a informações sobre os seus riscos causas e gestão para a situação específica da gravidez (Anexo 1).

A realização deste trabalho revelou-se como uma aprendizagem muito relevante, sobretudo sobre a intervenção do EESMO no cuidado à grávida com hiperglicemia. Foi, também, uma oportunidade de contribuir para a formação e atualização da equipa de enfermagem do serviço de internamento de grávidas, a qual se revelou bastante interessada e agradecida pela iniciativa. Contudo, foi um trabalho cuja realização implicou ultrapassar alguns obstáculos, mas que com muito empenho e dedicação superámos as suas dificuldades, pois a seleção dos métodos de gestão da hiperglicemia na gravidez mais adequados é, ainda, alvo de elevada controvérsia, associada à inexistência de evidência científica de alta qualidade (FIGO, 2015). Este aspeto reflete-se no facto de que cada país apresenta métodos de diagnóstico, vigilância e tratamento diferentes, o que ficou evidente na pesquisa realizada para a elaboração dos protocolos.

Em suma, a experiência de aprendizagem vivenciada nesta componente de estágio permitiu-nos o contacto com um número variado de grávidas com patologias, tendo possibilitado desenvolver competências na prestação de cuidados a mulheres com condições de saúde muito específicas. Neste sentido, este estágio apresentou-se como uma experiência de aprendizagem muito rica e gratificante, na medida em que aprimorou a capacidade de observação para determinados sinais e sintomas que, contrariamente, passariam despercebidos. Permitiu, assim, desenvolver a capacidade de atenção para a especificidade da prestação de cuidados especializados à mulher com gravidez de risco.

2.1. Revisão integrativa da literatura: Os modelos de cuidados, em obstetrícia, liderados por Enfermeiros em alternativa aos modelos convencionais

Foi também através destas experiências vivenciadas no módulo de estágio Gravidez com Complicações que nos tornámos conscientes da atual realidade em relação à autonomia nos cuidados, na área de saúde materna e obstétrica, caracterizada por um elevado grau de intervencionismo, assente num modelo medicalizado, em que a componente de risco assume a primazia na prestação de cuidados, podendo comprometer a qualidade da experiência da gravidez, trabalho de parto e parto para a mulher/casal/família e em que o EESMO não tem a oportunidade de intervir, unicamente, de forma autónoma.

Neste sentido, a reflexão crítica foi conduzida para uma questão específica, que surgiu neste módulo de Gravidez com complicações e cujo interesse se intensificou nas restantes componentes de estágio: e se o poder de decisão pertencesse ao EESMO? Surgiu, assim, o interesse pela temática na prática baseada na evidência e, por isso decidimos intensificar a nossa pesquisa sob a opção metodologia da revisão integrativa da literatura, inserida neste relatório de estágio intitulada de **“Os modelos de cuidados, em obstetrícia, liderados por Enfermeiros em alternativa aos modelos convencionais”**.

Este estudo pretende abordar a filosofia dos modelos de cuidados liderados por EESMO's , em que um EESMO, ou um grupo de EESMO's, tomam a primazia no cuidado e suporte à mulher durante os períodos pré-natal, intraparto e pós-parto, pressupondo a continuidade dos cuidados, sendo que a sua aplicação é já tida como uma recomendação internacional para os contextos com condições para tal (OMS, 2018). Pela abordagem desta temática pretendemos, incentivar os enfermeiros, especialistas de saúde materna e obstétrica, para adotarem e ou enveredarem por esta filosofia de cuidados, na tentativa de ajudar a mudar as mentalidades atuais, centradas em cuidados intervencionistas, rumo a uma perspetiva que confira a todos os profissionais que integram a equipa a opção do cuidado que respeite sempre a componente fisiológica da gravidez, trabalho de parto e parto, o máximo possível.

2.1.1. Introdução à problemática em estudo

A gravidez e o trabalho de parto (TP) e parto são processos normais inerentes ao ciclo vital do ser humano. Contudo, apesar da pesquisa e debates contínuos, os critérios

inerentes à sua classificação como normal ou de risco parecem não se encontrar claramente definidos. Este aspeto reflete-se pelo facto de, nas últimas duas décadas, se verificar um incremento substancial de intervencionismo, justificado pela necessidade de melhorar os desfechos maternos e neonatais, através da prevenção de risco. Esta abordagem intervencionista, mesmo na ausência de indicações claras para a mesma, tem resultado na diminuição da capacidade das mulheres para parir de forma natural, afetando negativamente a experiência do nascimento (OMS, 2018).

Esta foi uma realidade por nós observada ao longo do estágio, sobretudo nos módulos Gravidez com complicações e Trabalho de parto e parto, em que a gravidez e o parto, eram alvo de um número significativo de intervenções medicalizadas, mesmo na ausência de indicação para tal. Ademais, verificou-se que a partilha da informação para a tomada de decisão relativa às intervenções à grávida/parturiente, mesmo quando de baixo risco, constituiu uma problemática de debate frequente entre os profissionais de saúde, espelhando a predominância da adesão a uma prática ainda essencialmente medicalizada que, inevitavelmente, atribuía a todos os casos algum grau de risco. Desta forma, mediante a reflexão sobre a prática desenvolvida ao longo do estágio, surgiu o interesse por esta temática, no sentido de conhecer o estado de arte da literatura científica sobre os benefícios do recurso a um modelo de cuidados autónomos liderado por EESMO's (MCLE), em detrimento dos modelos intervencionistas convencionais, geridos por outros profissionais e cujas intervenções e prescrições nem sempre respeitavam o processo natural de gravidez, trabalho de parto e parto.

A literatura revela que os MCLE implicam o cuidado centrado na mulher e assentam na premissa de que o EESMO é o responsável principal pelo planeamento, organização e prestação desse cuidado, desde o momento da primeira visita pré-natal até ao período pós-natal, encarando a gravidez e o nascimento como eventos normais da vida (ICM, 2017). Existem várias vertentes destes modelos, destacando-se as seguintes, *caseload-midwifery model* e *team-midwifery model*. Na primeira vertente, um EESMO é responsável pela prestação de cuidados a 45 mulheres, enquanto que no segundo uma equipa de quatro a seis EESMO's são responsáveis pelo cuidado a 360 mulheres. Em ambos os casos, durante o TP e parto, a mulher é atendida por um EESMO que conhece, contudo o *caseload-midwifery model*, pelo facto de ser sempre o mesmo profissional a acompanhar a mulher, facilita o estabelecimento de uma relação de confiança entre ambos (Mortensen et al., 2019). Estes modelos preconizam: a continuidade de cuidados; a monitorização do bem-estar físico, psicológico, social e espiritual da mulher e respetiva família durante a gravidez, TP e pós-parto; providenciar educação para a saúde, aconselhamento e suporte contínuos adaptados às necessidades de cada mulher durante o período pré-natal, TP e período pós-natal; minimizar intervenções desnecessárias; e a referência para cuidados especializados de mulheres que necessitam de atenção específica (Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016). Geralmente, a aplicação destes modelos cinge-se à prestação de cuidados a mulheres cuja gravidez é classificada de baixo risco, em que a mulher conhece um ou todos os EESMO's

que integram a sua equipa de cuidados, estabelecendo relações de confiança com os mesmos (OMS, 2018).

Os MCLE diferem, assim, dos modelos de cuidados convencionais na área da saúde materna, em que o prestador de cuidados pode variar em qualquer momento dos períodos pré-natal, TP e parto e pós-parto, destacando-se as seguintes modalidades: cuidado providenciado pela equipa de obstetrícia, em que o obstetra se apresenta como o provedor primário dos cuidados nos períodos pré-natal e no momento do parto (podendo não se tratar do mesmo médico para ambas as fases) e em que o enfermeiro é apenas responsável pelo cuidado nos períodos intraparto e pós-parto; cuidado providenciado pelo médico de família com referência para a equipa de obstetrícia, em casos de necessidade, e em que o EESMO providência os cuidados nos períodos intraparto e pós-natal imediato, mas o atendimento no parto é realizado pelo médico; e a organização e prestação de cuidado assente na partilha de funções entre diferentes prestadores de cuidados, desde os períodos do pré ao pós natal. Nos contextos práticos atuais verificamos que a responsabilidade pela prestação de cuidados à grávida/parturiente/puérpera é frequentemente partilhada entre EESMO's e médicos de família ou entre EESMO's e obstetras ou entres estas três entidades (Sandall et al., 2016).

O recurso a MCLE é uma das recomendações da OMS (2018) para a fomentação da continuidade de cuidados e, ultimamente, para a promoção de uma experiência positiva de nascimento. A literatura existente sobre esta temática evidência os benefícios destes modelos sobre os modelos de cuidados convencionais, destacando-se: a maior probabilidade de parto vaginal espontâneo e menor grau de intervenção TP e parto (analgesia epidural, episiotomia, indução e/ou aceleração do trabalho de parto); menor risco de experienciar parto pré-termo e de morte fetal antes das 24 semanas de gestação; e, finalmente, maior grau de satisfação com a experiência de nascimento. (Sandall et al., 2016).

Nesta linha de pensamento, optamos por problematizar este fenómeno de interesse, definindo o seguinte objetivo: conhecer as vantagens e constrangimentos associados ao recurso a MCLE no cuidado à mulher durante a gravidez e TP e parto comparativamente aos modelos de cuidados convencionais.

Para a interpretação adequada dos resultados dos estudos que integram este trabalho de investigação, foi necessário compreender corretamente as particularidades do papel desempenhado pelo EESMO na implementação dos MCLE, revela-se fundamental procedermos à apresentação da definição do seu papel, salientando os conhecimentos, competências e habilidades inerentes ao seu desempenho. O conceito da profissão inicialmente definida como “parteira” varia consoante os diferentes países e depende dos currículos que estes estabelecem para a mesma. Após a leitura dos artigos selecionados, deparámo-nos com diferentes nomeações, destacando-se *midwife* (parteira) e *nurse-midwife* (enfermeira-parteira). Segundo a ICM (2018b), *midwife* é a profissional que trabalha em parceria com a mulher providenciando-lhe o suporte, cuidado e aconselhamentos necessários durante a gravidez, TP e pós-parto, responsabilizando-se pela condução do parto normal e pelo cuidado do RN. Por sua vez, e de acordo com a American

College of Nurse-Midwives (2017b), um(a) *nurse-midwife* é o profissional que apresenta formação licenciada em enfermagem antes ingressar ou integrado no programa educacional de *midwife*.

Já segundo a OE (2010), o EESMO é o profissional que assume, na área da saúde materna, obstétrica e ginecológica, a responsabilidade de intervir autonomamente nas situações de baixo risco, classificadas como fisiológicas e inerentes a processos do ciclo reprodutivo da mulher, assim como o desempenho de intervenções autónomas e interdependentes, nos casos de médio e alto risco, associados a processos patológicos e de vida, disfuncionais no ciclo reprodutor feminino.

Os dois primeiros conceitos apresentados, parteira e enfermeira-parteira, serão os dominantes nos resultados apresentados, dependendo do país de proveniência dos artigos selecionados. Contudo, para facilitar a leitura e tendo em conta que a definição de EESMO compreende as competências e requisitos determinados pelos dois primeiros contextos, na discussão, ir-se-á aplicar apenas esta denominação.

2.1.2. Opção Metodológica

Para a abordagem da temática em estudo recorreremos à revisão integrativa da literatura (RIL). Este é um método de pesquisa utilizado na prática baseada na evidência que permite reunir e sintetizar o conhecimento existente sobre determinado tema ou problemática, contribuindo para o seu desenvolvimento ao permitir a incorporação na prática clínica das evidências significativas encontradas (Sousa, Marques-Vieira, Severino & Antunes, 2017). Consequentemente, a RIL permite aprofundar o conhecimento relativamente à temática selecionada, bem como identificar as lacunas e necessidades de pesquisa sobre a mesma, fomentando novas oportunidades de investigação (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

A primeira fase da RIL consiste na identificação do tema em estudo e definição da questão ou hipótese de investigação, que deve ser bem clara e específica e a partir da qual são definidos os descritores/palavras-chave que vão delimitar a pesquisa da informação (Botelho, Cunha & Macedo, 2011).

Assim, após a seleção do tema em estudo e de estabelecer dos seus objetivos, procedemos à elaboração da questão de investigação, recorrendo, para isso, ao modelo PICO (Sousa et al., 2017). Por ordem, esta sigla representa um acrónimo dos seguintes componentes: população/cliente que se quer estudar; intervenção, ou seja, o que ocorre com a população alvo ou algo que se pense implementar e que afete a mesma; comparação, que consiste na alternativa à intervenção e que permite a comparação dos resultados; outcome/resultado, definido como o que se tem em vista atingir ou evitar (Sousa, Firmino, Marques-Vieira, Severino & Pestana, 2018). A seleção deste método baseou-se no facto de

o mesmo permitir a localização, de forma rápida e precisa, do melhor conteúdo científico existente sobre o tema em estudo (Santos, Pimenta & Nobre, 2007).

Consequentemente, considerando que se pretende identificar as vantagens e constrangimentos associados ao recurso a MCLE no cuidado à mulher durante a gravidez e TP e parto, comparativamente aos modelos convencionais, recorrendo ao modelo PICO, definiu-se a seguinte questão de investigação: *Quais as vantagens e constrangimentos associados ao recurso a modelos de cuidados liderados por EESMO's, no cuidado à mulher durante a gravidez e TP e parto, comparativamente aos modelos de cuidados convencionais?*

P - População/cliente	Mulher durante a gravidez e trabalho de parto e parto
I - Intervenção	Recurso a modelos de cuidados liderados por EESMO
C - Comparação	Modelos de cuidados convencionais
O - Outcome/Resultados	Vantagens e constrangimentos

Quadro 1 - Modelo PICO para construção da questão de investigação.

A segunda fase da RIL assenta na definição dos critérios de amostragem que irão orientar a seleção dos estudos encontrados (Sousa et al., 2017). Estes critérios, devem ser claros e objetivos e a sua definição deve ser realizada de forma criteriosa e transparente para garantir a profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões da RIL (Botelho et al., 2011; Mendes et al., 2008).

Nesta fase, inicia-se a pesquisa bibliográfica, sendo que, para esse fim, foi elaborada a frase booleana a aplicar para a pesquisa dos artigos, utilizando os descritores MeSH, identificados a partir da questão de investigação, e que foram os seguintes: *nurse-midwife*, *midwife*, *nurse*, *model*, *maternal care*, *pregnant woman*, *labor*, *birth* e *childbirth* (U.S. National Library Of Medicine, 2019). Não foram encontrados os descritores *modelos de cuidados convencionais* ou *vantagens e constrangimentos*. Recorrendo aos operadores booleanos AND e OR, combinámos os descritores identificados, culminando na construção da seguinte frase booleana: (pregnan*) AND (labor OR birth) AND (midwife OR nurs*) AND (model*) AND (care OR (maternity care) OR (midwife care)) (Santos et al., 2007).

Seguidamente, definimos os critérios de amostragem. Como critérios de inclusão consideraram-se os seguintes: artigos cujo tema incluíssem os descritores definidos no título e/ou no resumo; texto completo disponível; idioma em português, inglês e espanhol; e artigos localizados no espaço temporal entre 2017 e 2019. Por sua vez, os critérios de exclusão consistiram em: notícias; publicações comerciais; artigos que envolvessem partos realizados em casa; artigos que não conseguimos aceder ao texto completo; e artigos que envolviam a comparação entre MCLE.

Finalmente, introduzindo a frase booleana e aplicando os critérios de amostragem, realizou-se a pesquisa da literatura, entre julho de 2018 a setembro de 2019, recorrendo-se aos motores de busca EBSCO e Cochrane que permitiram o acesso às seguintes bases de

dados selecionadas: *Academic Search Complete*; *CINAHL Complete*; *Library, Information Science & Technology Abstracts*; *MedicLatina*; *MEDLINE with Full Text*; *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (Sousa et al., 2017). No motor de busca EBSCO a frase booleana foi aplicada aos campos *Título*, *Resumo* e *Termos do Assunto*, enquanto que, nas bases de dados da Cochrane, foi aplicada ao campo equivalente *Title Abstract Keyword*.

2.1.3. Resultados

Após a pesquisa bibliográfica, procedemos à identificação dos estudos pré-selecionados e posterior organização e análise dos estudos selecionados. Para isso, foi necessário realizarmos a leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras chave dos artigos obtidos na pesquisa bibliográfica, de modo a verificar se estes se adequavam ou não aos critérios de amostragem definidos. Nos casos em que este passo não foi suficiente para determinar a inclusão ou exclusão do artigo em questão, partimos para a leitura e análise do seu texto integral (Botelho et al., 2011). Assim, na pesquisa bibliográfica realizada foram obtidos 314 estudos, sendo que destes 98 eram duplicados e em 12 não foi possível aceder ao seu texto completo. Dos restantes 204 estudos, 112 foram removidos pela leitura do título e 64 foram eliminados após a leitura do resumo. Restaram, assim, 28 estudos cujo texto completo foi lido e analisado para a determinação da sua adequação aos critérios de inclusão, obtendo-se uma amostra de 9 artigos (figura 3).

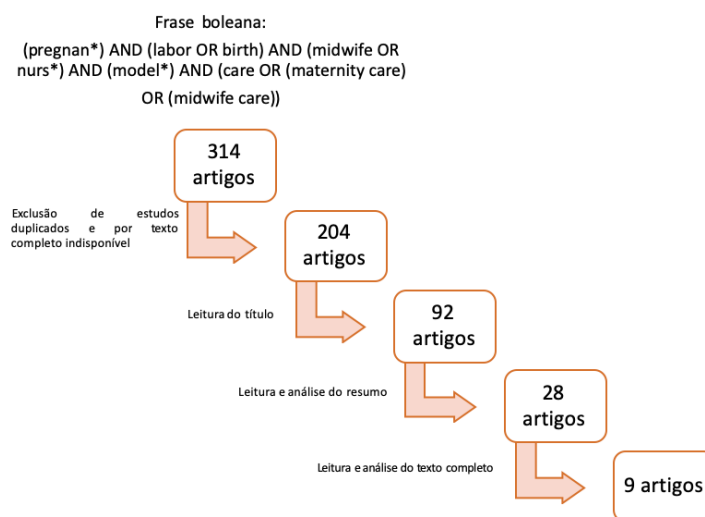


Figura 3 - Esquema ilustrativo do processo de seleção dos artigos.

Foram, então, incluídos: um estudo randomizado controlado, um estudo transversal, um estudo prospetivo de comparativo, um estudo qualitativo e cinco estudos de coorte. No que toca ao tipo de população selecionada, cinco estudos incluíram participantes classificadas como de baixo risco, outros cinco apresentavam risco misto e um considerava

apenas grávidas de alto risco; no quinto estudo, apresentado na tabela de síntese seguidamente explanada, os participantes foram profissionais de saúde, pelo que esta classificação não se aplica. Relativamente à representatividade dos MCLE, sete dos estudos selecionados referiram-se a estes diretamente. Por sua vez, o quarto e o oitavo estudos, não mencionavam estes modelos diretamente, dirigindo-se, em vez disso, à intervenção autónoma do EESMO cujos princípios se inseriam nos mesmos dos MCLE. Por este motivo, estes dois estudos foram considerados.

A etapa seguinte constituiu na sumarização e documentação dos conteúdos extraídos dos artigos selecionados, para a qual recorreremos a uma matriz de síntese (apresentada no quadro 5) que, devido à sua capacidade para sintetizar os aspetos complexos do conhecimento, revelou-se como uma ferramenta útil para a extração e organização da informação extraída (Botelho et al., 2008). Adicionalmente, para garantir a fiabilidade dos dados extraídos, realizou-se a avaliação do nível de evidência (NE) dos estudos selecionados, utilizando para esse efeito os instrumentos do Instituto Joanna Briggs (IJB), que apresentam os NE divididos segundo cinco categorias, mediante o tipo de questão clínica subjacente ao estudo analisado e que são as seguintes: efetividade, associada aos estudos que pretendem realizar a comparação entre dois tratamentos/intervenções; diagnóstico, associada a estudos que pretendem avaliar/comparar diferentes métodos de diagnóstico; prognóstico, que compreende os estudos que avaliam a progressão de um estado clínico ou a probabilidade do desenvolvimento de uma doença; avaliação económica, associados aos estudos de mercado e cujos NE devem refletir a sua aplicabilidade no contexto de tomada de decisão; e, significado, associada aos estudos que abordam as experiências dos pacientes que vivenciam determinado fenómeno (Burns & Chung, 2010; IJB, 2014; Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg & Haynes, 2000).

Para esta revisão, tendo em conta os objetivos dos estudos selecionados, consideramos os NE para a efetividade e os NE para significado. Assim, nos NE para a efetividade: o primeiro nível está associado a evidência obtida através de desenhos experimentais; o segundo nível corresponde à evidência obtida através de desenhos quasi-experimentais; o terceiro nível, aborda a evidência obtida através de desenhos observacionais-analíticos; o quarto nível corresponde aos desenhos observacionais-descriptivos e o quinto nível corresponde a opiniões de peritos. Por sua vez, nos NE para significado existem cinco classificações em que, a primeira corresponde às revisões sistemáticas qualitativas ou de métodos mistos, o segundo está associado às sínteses qualitativas ou de métodos mistos, a terceira corresponde aos estudos individuais qualitativos, a quarta corresponde às revisões sistemáticas de opiniões de peritos e a quinta a uma opinião de peritos isolada (IJB, 2013).

Quadro 2 - Síntese dos artigos selecionados

1. The relationship between midwife-led group-based versus conventional care and mode of birth: a matched cohort study				
Autor		Local e data	Desenho do estudo	NE
Lauren Kearney; Mary Kynn; Alison Craswell; Rachel Reed		Austrália - 2017	Estudo de coorte	2
Objetivo de estudo	Comparar o tipo de parto entre um grupo grávidas que frequentaram o cuidado pré-natal liderado por parteiras e outro grupo de grávidas que foram submetidas ao cuidado pré-natal convencional			
Metodologia	Este estudo que pretende avaliar o serviço Expecting and Connecting, que facilita o cuidado pré-natal em grupo e liderado por parteiras. A todas as mulheres que se apresentaram numa consulta realizada no serviço local de saúde pública, foi dada a oportunidade de usufruírem deste serviço ou a optarem pelo cuidado pré-natal convencional. A amostra coorte, atribuída ao grupo de cuidado pré-natal liderado por parteiras, consistiu em 110 participantes enquanto que o grupo atribuído ao cuidado pré-natal convencional, o de controlo, foi constituído por 300 participantes. A informação sobre os casos coorte foi obtida através da consulta dos processos clínicos durante o ano de 2014, e a dos casos controlo foi conseguida através da consulta do Queensland Data Collection, entre junho e dezembro de 2012. Por cada caso coorte foram selecionados três de controlo mediante os critérios de idade, paridade e idade gestacional, obtendo-se amostras homogêneas e comparáveis. Estes dados foram posteriormente inseridos no programa de análise estatística SPSS.			
Resultados	As características demográficas dos grupos foram semelhantes, não se tendo verificado diferenças significativas nas mesmas, incluindo a recorrência a métodos farmacológicos de alívio da dor e peso ao nascimento. Verifica-se uma menor percentagem de cesarianas no grupo submetido ao cuidado liderado por parteiras (19%) comparativamente ao grupo do cuidado convencional (88%); contudo não existem diferenças estatisticamente significativas que indiquem que o tipo de cuidado influencia o tipo de parto. Existem diferenças estatisticamente significativas que indicam que a existência de cesariana anterior e que a nuliparidade contribuem para uma maior incidência de cesarianas.			
Conclusões	Não se verifica evidência que o tipo de cuidado pré-natal influencie o tipo de nascimento. Apesar de se verificar diferença entre os dois tipos de cuidado no que toca à incidência de cesarianas, esta não se apresentou estatisticamente significativa, não evidenciando que o cuidado pré-natal liderado por parteiras está associado a um menor risco de cesariana. O cuidado liderado por parteiras foi associado a um menor risco de cesariana após proceder ao controlo para nascimentos anteriores, sendo que tinham maior probabilidade de parto vaginal as mulheres que apresentassem um parto vaginal anterior e se encontrassem no grupo coorte; inversamente, as que apresentavam cesariana anterior e se encontrassem no grupo de cuidado convencional, tinham maior risco de cesariana.			
2. The motivation and capacity to go 'above and beyond': qualitative analysis of free text survey responses in the M@NGO randomized controlled trial of caseload midwifery				
Autor		Local e data	Desenho do estudo	NE
Jyai Allen; Sue Kildea; Donna L. Hartz; Mark Tracy; Sally Tracy		Austrália - 2017	Estudo randomizado controlado	1
Objetivo de estudo	Abordar um dos resultados secundários do estudo do programa M@NGO: satisfação das mulheres relativamente ao cuidado recebido.			
Metodologia	Todas as mulheres, independentemente da classificação risco, podiam ser selecionadas mediante os seguintes critérios de inclusão: idade materna superior a 18 anos e gravidez única com IG inferior às 24 semanas. As participantes eram excluídas se já estivessem a ser seguidas por outro cuidador ou se apresentassem			

	cesariana eletiva. As participantes foram distribuídas aleatoriamente pelos grupos: modelo de cuidados liderado por parteiras (C) (grupo intervenção), onde o seguimento era conduzido, continuamente, por uma parteira durante os períodos pré-natal, intraparto e pós-parto; ou o cuidado estandardizado (grupo controlo) que incluía o cuidado pré-natal prestado por um médico de família ou parteira e, posteriormente, o seguimento no hospital público, nos períodos intra e pós-parto, que poderia ser providenciado por uma parteira, interno ou obstetra ou em parceria com o médico de família. Recolheram-se dados sobre as experiências do cuidado pré-natal, intraparto e pós-natal, por email ou inquéritos impressos e enviados às mulheres seis semanas após o nascimento. Foram analisados os seguintes pontos: descrição dos acontecimentos da gravidez sobre os quais as participantes estavam satisfeitas; descrição dos acontecimentos sobre os quais as participantes não se apresentavam satisfeitas; comentários (trabalho de parto e parto); descrever acontecimentos sobre o trabalho de parto e parto sobre os quais as participantes estivessem satisfeitas; e, finalmente, descrever acontecimentos sobre o trabalho de parto e parto sobre os quais as participantes se apresentassem insatisfeitas. Na análise dos dados foi utilizado o software qualitativo NVIVO, versão 10, para a codificação e a organização da informação.
Resultados	Ambos os grupos em estudo reportaram atributos relativos às parteiras responsáveis pelo seu cuidado, sendo que estes foram categorizadas nos seguintes temas: Informativa, Empoderadora, Competente, Gentil e Endórfica. Foi, ainda, definido um tema abrangente intitulado de Acima e além. Relativamente ao tema abrangente, as participantes do grupo C referiram que as suas parteiras demonstravam um esforço extra e desempenhavam a sua função além do esperado, sendo que este aspeto se refletiu na relação de confiança estabelecida entre as participantes e a sua parteira e no elevado grau de atenção e de tempo que as parteiras despendiam para as participantes, que se sentiam compreendidas e que as suas preocupações e preferências eram consideradas. Estas participantes interpretaram isto como uma consequência do amor pela profissão. O grupo S, apesar de comentar positivamente sobre a competência das suas parteiras, nenhuma participante referiu que a sua parteira desempenhava a sua função acima e além do esperado, referindo se encontravam “dessensibilizadas... apenas faziam o seu trabalho”. No tema Informativa, ambos os grupos descreveram as suas parteiras como adequadamente informativas, valorizando o facto de terem as suas preocupações validadas e as suas questões compreensivamente respondidas. A única diferença identificada foi que o grupo S, pelo facto de contactar com diferentes profissionais de saúde, adquiria informação repetitiva em vez de individualizada. No grupo C, a informação era mais facilmente aceite devido à qualidade da relação entre participante-parteira. No tema Empoderadora, esta característica foi mais frequente no grupo C que no S. No grupo C, o sentimento de empoderamento foi associado à crença por parte da parteira na capacidade das participantes para parir, a uma maior sensação de envolvimento e de controlo em todo o processo de trabalho de parto e parto e desejo em evitar intervenções desnecessárias e experienciar o parto normal. Contudo, outras participantes deste grupo referiram que as parteiras se mostravam altamente insistentes no parto normal, mesmo quando este não ia ao encontro das suas convicções. Nas situações de alto risco, este tema traduziu-se no facto de as parteiras empoderarem a mulher no processo de decisão, em que as escolhas das participantes recebiam a devida atenção. No tema Competente, ambos os grupos descreveram a maioria das parteiras como clinicamente qualificadas e experientes, tecendo comentários positivos sobre a sua capacidade para promover o parto normal mesmo nas situações em que a intervenção médica era necessária. No tema Gentil, este adjetivo foi mais frequentemente aplicado pelas participantes do grupo S do que do grupo C, sendo que este último caracterizava as suas parteiras com termos mais efusivos e associados a uma relação de amizade e endórfica, inseridos na definição de gentil do tema abrangente. O tema Endórfica foi definido para descrever a capacidade das parteiras de despertar nas participantes sensações de alívio do stress e da dor, de relaxamento e energia, pela libertação de endorfinas endógenas. Estas sensações foram mais frequentes no grupo C, em que as participantes referiram que o desempenho das parteiras produzia um efeito relaxante, essencial na preparação para o trabalho de parto e parto e para o momento em si, ao re confortarem as participantes e ao aliviarem as suas preocupações. Este grupo referiu ainda que o suporte contínuo das parteiras foi associado a uma experiência de parto mais positiva

Conclusões	De forma geral, as participantes descreveram as parteiras como competentes, informativas e gentis. Porém, a aplicação do modelo de cuidados liderados por parteiras dotava-as da motivação e capacidade para irem acima e além na prática.			
3. <i>Special attention to women experiencing high-risk pregnancy: Delivery, care assistance and neonatal outcomes in two Brazilian maternity wards</i>				
Autor		Local e data	Desenho do estudo	NE
Juliana Vieira Nazareth; Kleyde Ventura de Souza; Mark Anthony Beinrer; Juliana Silva Barra; Odálea Maria Brüggemann; Adriano Marçal Pimenta		Brasil - 2017	Estudo transversal	4
Objetivo de estudo	Comparar dois modelos de cuidados para mulheres com gravidez de alto risco - uma Casa para Grávidas, em que o cuidado era prestado por enfermeiras-parteiras, versus um modelo de cuidados tradicional			
Metodologia	Estudo conduzido em duas maternidades de referência para gravidezes de alto risco. A amostra foi constituída por 312 grávidas de alto risco admitidas consecutivamente desde 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2010, quer para a Casa para Grávidas (n = 247) que para o serviço de maternidade (n = 65). A IG variou das 22 às 36 semanas e seis dias. Foram medidas variáveis individuais, demográficas, obstétricas, associadas ao trabalho de parto e parto e associadas a características neonatais. Para a análise de dados, recorreram a estatísticas descritivas e multivariáveis utilizando a regressão de Poisson com nível de significância de 5%. As variáveis em estudo foram: exposição, referente ao local de admissão; ajustamento associada às características individuais e demográficas das participantes ou à sua hospitalização; e desfecho, ramificada em tipo de assistência (início de trabalho de parto e tipo de parto) e características neonatais.			
Resultados	Verificou-se que no serviço de maternidade hospitalar um maior número de participantes foi submetido a seis ou mais exames pré-natais e a atividades de diagnóstico associadas ao diagnóstico de hipertensão arterial; este grupo apresentou, ainda, um maior número de induções, de cesarianas e de parto vaginal com episiotomia e analgesia epidural. Relativamente ao grupo da Casa para Grávidas, a maioria das hospitalizações deveram-se a parto pré-termo e a rotura prematura de membranas. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que toca às características neonatais.			
Conclusões	A análise realizada demonstrou que o modelo de cuidados liderados por enfermeiras-parteiras, adotado pela Casa para Grávidas pode ser considerado mais eficaz comparativamente ao modelo tradicional, já que os desfechos maternos e neonatais resultaram de uma ação menos intervencionista, baseada no cuidado humanizado, em evidência científica e numa abordagem centrada na mulher. A sua implementação na Rede Cegonha justifica-se e reforça a importância do papel das parteiras neste processo. O facto de os desfechos neonatais se apresentarem semelhantes em ambos os grupos vem realçar a necessidade urgente de um modelo de cuidados comprometido à necessidade das mulheres com gravidez de risco, considerando a evidência científica e os direitos destas mulheres.			
4. <i>Association between provider type and cesarean birth in healthy nulliparous laboring women: A retrospective cohort study</i>				
Autor		Local e data	Desenho do estudo	NE
Nicole S. Carlson; Elizabeth J. Corwin; Teri L. Hernandez; Elizabeth Holtz; Nancy K. Lowe; K. Joseph Hurt		Estados Unidos da América - 2017	Estudo de coorte	2
Objetivo de estudo	Avaliar o risco de cesariana não planeada mediante o tipo de provedor de cuidados, obstetra (OB) ou enfermeira-parteira (EP)			
Metodologia	Utilizando a base de dados relativa ao período perinatal da Universidade de Colorado, foi recolhida informação sobre todos os nascimentos ocorridos no Hospital da Universidade de Colorado entre 1 de outubro de 2005 e 31 de dezembro de 2012, com n = 22 593 casos. Os critérios de inclusão incluíram: nuliparidade, gestação simples, de termo e de apresentação de vértice, idade materna entre 18 e 40 anos e início espontâneo de trabalho de parto. Os critérios de exclusão foram: morte fetal intrauterina, anomalia fetal major com evidencia cromossómica ou ultrassónica, restrição de crescimento intrauterino, cesariana planeada,			

	rotura prematura de membranas, anidramnios ou oligoamnios, comorbilidades maternas severas (cancro, patologia cardíaca maior), hipertensão crónica ou gestacional, pré-eclampsia e diabetes pré ou gestacional. Foram ainda excluídas mulheres que escolheram o cuidado providenciado por entidades privadas ou grupos de cuidados familiares, já que influenciariam as características demográficas e implicavam diferentes protocolos de atuação para os OB e EP regulares. A amostra final consistiu em n = 1339, sendo que, para a análise, n = 749 correspondeu ao grupo de cuidados liderados por OB e n = 590 correspondeu ao grupo de cuidados liderados por EP. Para a análise dos dados foi utilizado o software SPSS versão 23.0.			
Resultados	A taxa de cesariana foi de 13.4% (179/1339). A taxa de cesariana foi superior nas mulheres que receberam cuidado por parte de OB (14.7%) comparativamente às que receberam cuidados por parte de EP (11.7%), contudo esta diferença não estatisticamente significativa. Realizando o ajuste para as características maternas e obstétricas, o cuidado providenciado pelos OB foi associado ao aumento do risco de cesariana não planeada, maior frequência da aceleração do trabalho de parto, anestesia neuro axial e parto vaginal instrumentado. A frequência de desfechos maternos e neonatais adversos não foi diferente mediante o provedor de cuidados, mas foi mais frequente em mulheres submetidas a cesariana do que as que apresentaram partos vaginais.			
Conclusões	Em mulheres nulíparas em trabalho de parto, consideradas de baixo risco, o cuidado providenciado por OB comparativamente ao cuidado providenciado por EP foi associado a um aumento do risco de intervencionismo e parto instrumentado. A implementação de mudanças na gestão do trabalho de parto e parto ou o aumento da recorrência a EP para providenciar o cuidado às parturientes de baixo risco pode diminuir a taxa de cesarianas. Mais investigação com ensaios de elevada qualidade sobre os modelos de cuidados existentes é necessária para compreender como as práticas dos provedores de cuidados podem influenciar as taxas de cesarianas e consequentemente os desfechos maternos e neonatais a longo prazo desta intervenção.			
5. A qualitative exploration of how midwives and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth				
Autor		Local e data	Desenho do estudo	NE
Sandra Healy; Eileen Humphreys; Catriona Kennedy		Irlanda - 2017	Estudo qualitativo	3
Objetivo de estudo	Compreender as perceções de risco dos obstetras e das parteiras no que se refere ao baixo grau de intervencionismo durante o parto e investigar como isto afeta o processo de decisão			
Metodologia	Estudo qualitativo assente numa abordagem pluralista que recorreu a diferentes metodologias para atender à questão de investigação: “Será que as perceções de risco dos obstetras e das parteiras afetam as práticas de cuidado no que toca ao parto normal e às parturientes de baixo risco, tendo em conta os diferentes contextos de cuidado?”. Os participantes foram recrutados de uma grande variedade de escalões e contextos profissionais e modelos de cuidados (incluindo modelos de cuidados liderados por parteiras e liderados por obstetras), para providenciar uma imagem compreensiva do tópico sob investigação. Para o recrutamento, foi enviado um email para os potenciais participantes, tendo-se obtido uma amostra constituída por 25 parteiras e obstetras, selecionados mediante critérios de inclusão e de exclusão. Os dados foram colhidos através de entrevistas semiestruturadas analisadas mediante temas. Os dados foram analisados e organizados tematicamente seguindo os cinco passos de Yin.			
Resultados	Os resultados sugerem que é assumida uma posição periférica no que toca ao parto normal devido à progressiva fomentação de uma cultura de risco e medicalizada que afeta os cuidados. As parteiras são reconhecidas como as profissionais de excelência para a prestação de cuidados no parto normal, mas esta consideração acaba por não ser aparente ou é diminuída pelo aumento da presença obstétrica. A própria conduta das parteiras parece contribuir para este facto, pois estas operam num nível de responsabilidade e autonomia abaixo do ideal para evitarem a implicação em desfechos adversos. Os resultados obtidos foram divididos segundo os seguintes temas:			

	1) Autonomia profissional e hierarquia na prestação de cuidados na área da saúde materna: os obstetras dominam o processo de decisão quer na presença quer na ausência de risco e, por vezes, mesmo no contexto em que o cuidado é liderado pelas parteiras. Ambos os grupos concordam que a componente obstétrica, frequentemente, está desnecessariamente envolvida no planeamento e prestação de cuidados nos casos de baixo risco e referem que isto pode estar associado à organização do cuidado e à hierarquia no processo de tomada de decisão, em que os chefes da equipa obstétrica têm a primazia. Contudo, também se verificou que a conformidade e aceitação por parte das parteiras favorece o domínio do cuidado pelos obstetras, não querendo assumir a autonomia e responsabilidade na tomada de decisão pelo medo de serem implicadas em desfechos negativos; 2) O cuidado liderado pelas parteiras como uma aspiração subvalorizada e sem suporte: este tema surge da crença, por parte de obstetras e de parteiras, de que o modelo médico pode reduzir o risco de litígios, suportado pelo facto de o modelo de cuidados liderados por parteiras apenas ser suportado por alguns indivíduos e nunca pelas organizações hospitalares como um todo. Isto assenta na falta de confiança neste modelo, na crença geral na elevada necessidade da intervenção médica no parto e na dificuldade no estabelecimento de uma relação entre obstetras e parteiras, pois os primeiros não confiam completamente na capacidade das últimas para decidir corretamente em situações em que a segurança pesa mais do que a necessidade da normalidade no parto. Consequentemente, identificou-se que a condição fundamental para que os modelos de cuidados liderados por parteiras triunfem é a confiança entre os profissionais e a garantia da segurança; 3) Mudança do foco para a busca pela normalidade em vez do foco na gestão do risco: o foco em contextos institucionalizados e medicalizados não fomenta a perseguição do melhor desfecho, mas sim a promoção de abordagens que fomentam a gestão de riscos, dificultando o papel das parteiras na promoção do parto normal e afastando-as do cuidado centrado na mulher em detrimento de outras pessoas, como as doulas; além disto acrescenta-se a falta de uma liderança adequada nos locais de implementação dos modelos de cuidados liderados por parteiras, em que os chefes estão frequentemente indisponíveis para suportar as parteiras nos serviços. Outro aspeto negativo é a falta de exposição ao parto normal e ao atendimento assente na filosofia de “esperar e observar”, apresentando um efeito direto no conhecimento e experiência necessários para que as parteiras se tornem especialistas no parto normal. Neste campo, o modelo de cuidados liderados por parteiras pode ajudar as parteiras que trabalham em contextos médicos a confiar no parto fisiológico, contudo verificou-se que as profissionais destes contextos não apresentavam proatividade pela procura de soluções para a promoção do seu papel e do parto normal; 4) Visão da gravidez sobre a perspetiva do risco: pelas descrições das mulheres sobre a gravidez e o parto, vários profissionais referiram acreditar que estas os vivenciam como uma experiência médica, facto fomentado pelo elevado envolvimento médico independentemente do grau de risco. A promoção dos cuidados liderados por parteiras foi percebida como essencial para fomentar a crença das mulheres neste tipo de cuidados e, consequentemente, promover a normalidade do parto, se bem que surgiu a questão da aceitação deste tipo de modelos por parte das grávidas, já que estas parecem colocar maior confiança no médico do que na parteira.
Conclusões	O maior envolvimento obstétrico parece diminuir a responsabilidade das parteiras pelo parto normal e pela gravidez de baixo risco. Contudo, estas parecem resignadas com a situação e recusam-se a atuar perante a mesma. A adoção de modelos de cuidados fora da jurisdição médica são necessários. As parteiras têm de ter iniciativa para fomentar a mudança, pois a sua identidade profissional está em risco.

6. Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland: Comparison of levels of satisfaction				
Autor		Local e data	Desenho do estudo	NE
Lucia Floris; Olivier Irion; Jocelyne Bonnet; Maria-Pia Politis Mercier; Claire de Labrusse		Suíça - 2017	Estudo prospetivo comparativo	2

Objetivo de estudo	O objetivo primário consistiu em comparar o nível de satisfação das mulheres que receberam Comprehensive Support Care (CSC) durante os períodos pré-natal, intraparto e pós-natal, com aquelas que receberam cuidado convencional. O objetivo secundário consistiu em investigar quais os desfechos maternos e neonatais entre os dois grupos, dois meses após o nascimento e o nível de satisfação associado ao suporte fornecido pelo CSC.
Metodologia	Estudo conduzido nas maternidades do Hospital Universitário de Génova. As participantes elegíveis foram abordadas durante a primeira ou segunda consultas pré-natais, sendo que a sua inclusão nos grupos de intervenção ou de controlo foi realizada por autosseleção. Os critérios de inclusão foram: falar francês, idade entre os 18 e os 38 anos e gravidez de baixo risco. Por sua vez, os de exclusão foram: mulheres que não integrassem os critérios de inclusão no momento do recrutamento ou nalgum momento ao longo da gravidez devido a complicações médicas. O grupo de intervenção foi aquele em que o programa CSC foi aplicado, sendo este baseado no modelo de cuidados liderados por parteiras. Por sua vez no grupo de controlo, definido pelo cuidado convencional, os cuidados eram prestados por um obstetra ou por uma parteira, dependendo da disponibilidade apresentada. A satisfação materna, definida como primeira variável, foi avaliada através da adaptação francesa do questionário Experience des femmes des soins de maternité (ESEM); a saúde materna e neonatal aos dois meses após o parto foram mensurados pela avaliação de parâmetros como a saúde física, exercício e dor na amamentação; a saúde psicológica foi avaliada pela aplicação da escala Edimburg Postnatal Depression (EPDS); o envolvimento das mulheres e a consistência do programa em estudo foram avaliados mediante a colocação de questões associadas ao atendimento à preparação para o parto e da continuidade do acompanhamento realizado em várias unidades de cuidado. Para isto foram enviados questionários para as residências das participantes dois meses após o parto. Procederam, ainda, à coleta das características gerais, socioeconómicas, obstétricas e neonatais através da consulta dos processos clínicos. Os grupos de intervenção e de controlo foram constituídos por n = 186 e n = 164, respetivamente. A análise dos resultados foi realizada recorrendo aos softwares IBM SPSS 22 e STATA 12.
Resultados	Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativamente aos níveis de satisfação maternos nos três períodos considerados, sendo que estes foram significativamente superiores no grupo da intervenção. No que se refere a desfechos perinatais verificou-se que: haviam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que toca à analgesia epidural, sendo que o grupo CSC apresentava menor probabilidade de recorrer à mesma; não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que se refere ao tipo de parto, episiotomia, integridade do períneo e hemorragia; não se identificaram mortes maternas durante este estudo; a média do peso ao nascimento foi de 3377 g e de 3356 g para os grupos CSC e de controlo respetivamente; cinco recém-nascidos do grupos CSC e quatro do grupo controlo apresentaram peso à nascença inferior a 2500 g; e oito recém-nascidos do grupo CSC e dois do grupo controlo foram transferidos para os cuidados intensivos neonatais; não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que se refere às expectativas e envolvimento emocional materno. Relativamente à avaliação da saúde dois meses após o parto, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as participantes e respetivos recém-nascidos de ambos os grupos. Finalmente, relativamente aos componentes específicos e satisfação para com o programa CSC: o grau de frequência à preparação par o parto e consultas com a parteira não demonstrou ter um impacto significativo na satisfação materna; no que toca ao período intraparto, as participantes que tinham plano de parto apresentaram-se significativamente mais satisfeitas; por fim, o conhecimento do nome da parteira por parte das participantes foi associado a um maior grau de satisfação.
Conclusões	O programa assente no cuidado prestado por uma equipa de parteiras apresentou um impacto positivo no grau de satisfação das suas participantes sem associação de efeitos adversos nos desfechos maternos e neonatais, comparativamente ao cuidado convencional. Contudo, existe ainda a necessidade de clarificação dos condutores específicos para essa satisfação.

7. Comparison of midwife-led and obstetrician-led care in Lithuania: a retrospective cohort study				
Autor		Local e data	Desenho do estudo	NE
Egle Bartuseviciene; Justina Kacerauskiene; Arnoldas Bartusevicius; Marija Paulionyte; Ruta Jolanta Nadisauskiene; Mindaugas Kliucinskas; Virginija Stankeviciute; Laima Maleckiene; Regina Dalia Railaite		Lituânia - 2018	Estudo de coorte	2
Objetivo de estudo	Comparar o cuidado liderado por parteiras e o cuidado liderado por obstetras e a sua relação com as taxas de cesariana e desfechos obstétricos e neonatais em nascimentos de baixo risco.			
Metodologia	Estudo realizado num hospital de cuidados terciários. A amostra em estudo foi composta de todas as grávidas de baixo risco com intenção de parto vaginal pertencentes ao Grupo 1 da classificação de Robson (nulíparas, gravidez simples e cefálica, idade gestacional ≥ 37 semanas, com início de parto espontâneo), com n = 1696, e do Grupo 3 da mesma classificação (múltiparas - excluindo-se cesarianas anteriores - gravidez simples e cefálica, idade gestacional ≥ 37 semanas, com início de parto espontâneo), com n=1679, selecionadas nos anos de 2012 e 2014. Os critérios de exclusão incluíram: IG ≥ 42 semanas, complicações durante a gravidez, patologia materna, obesidade e idade materna superior a 40 anos se nulípara. Foram incluídas 1384 e 1283 participantes para os anos de 2012 e 2014, respetivamente, resultando em 433 participantes, para o ano de 2012, e 477 para o ano de 2014, no grupo do cuidado liderado por parteiras. Para integrarem os grupos, as participantes escolhiam se queriam que o cuidado fosse prestado por uma parteira (grupo do cuidado liderado por parteiras) ou por um obstetra/ginecologista (grupo do cuidado convencional). O resultado primário a ser avaliado foi a cesariana, enquanto que os resultados secundários consistiram em parto instrumentado, amniotomia, aceleração do trabalho de parto, analgesia epidural, episiotomia, trauma perineal, duração do trabalho de parto, peso ao nascimento e índice de Apgar < 7 aos cinco minutos. A análise estatística foi realizada recorrendo ao software SPSS versão 17.0.			
Resultados	Verificaram-se diferenças significativas entre a proporção de cesarianas nos dois grupos, observando-se os valores de 10.7% em 2012 e 11.8% em 2014 para o grupo de cuidados liderados por obstetras, comparativamente a 4.4% em 2012 e 5.2% em 2014 para o grupo de cuidados liderados por parteiras. A idade materna inferior ou igual a 34 anos e a seleção do modelo de cuidados liderados pelas parteiras associou-se a uma significativa redução da probabilidade de cesariana. A nuliparidade foi associada a uma maior probabilidade de cesariana. A opção pelo modelo de cuidados liderado por parteiras refletiu-se numa menor incidência de realização de amniotomia, aceleração do TP e recorrência a analgesia epidural, comparativamente ao grupo do cuidado liderado por obstetras, em 2012. Exceto no que toca à recorrência à analgesia epidural, observaram-se resultados semelhantes em 2014. Não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere a incidência de episiotomia, trauma perineal, duração do TP e desfechos neonatais.			
Conclusões	O cuidado liderado pelas parteiras na gravidez de baixo risco associou-se a menor incidência de cesarianas e de intervenções médicas, sem aumento dos desfechos adversos neonatais, comparativamente ao modelo de cuidados convencional. O fortalecimento do cuidado desempenhado pela parteira e a designação do seu desempenho de forma autónoma e como o método ideal na prestação de cuidados para grávidas saudáveis deve ser encorajado, especialmente, em contextos ainda caraterizados por sistemas de saúde autoritários e antiquados.			
8. Relative effectiveness and cost-effectiveness of the midwifery-led care in Nova Scotia, Canada: A retrospective, cohort study				
Autor		Local e data	Desenho do estudo	NE
Prosper S. Koto; John Fahey; Daniela Meier; Michelle LeDrew; Sally Loring		Canadá - 2019	Estudo de coorte	2
Objetivo de estudo	Comparar os desfechos maternos e neonatais e o risco relativo das intervenções entre mulheres atendidas por parteiras, profissionais generalistas e obstetras. Avaliar a eficácia/custo de um modelo de cuidados liderados por parteiras comparativamente ao cuidado providenciado por generalistas.			

Metodologia	Foram colhidos dados clínicos e administrativos relativos a todos os nascimentos de baixo risco ocorridos entre 1 de janeiro de 2013 e 31 de dezembro de 2017. Foram considerados os seguintes critérios de exclusão: gestação multifetal; parto pré-termo; presença de alterações sanguíneas, patologia endócrina que afetasse a gravidez, peso ao nascimento inferior a 2500 gr, cesariana eletiva, diagnostico com anomalia congénita major, indução do trabalho de parto, hipertensão ou diabetes gestacional, cesariana nos dois anos anteriores ou inferior a este período, placenta prévia/acreta/increta/pancreta e complicações maternas. As mulheres classificar-se-iam para inclusão no estudo se o feto se encontrasse em apresentação cefálica. As variáveis estudadas foram os desfechos neonatais e maternos e intervenções intraparto. A amostra foi constituída de 24,662 grávidas de baixo risco, em que 753 mulheres constituíram o grupo de cuidados liderados por parteiras (MW), 12,434 constituíram o grupo atendido por médicos de família (FP) e 11,475 formaram o grupo atendido por obstetras (OB/GYN).			
Resultados	Relativamente à eficiência de cada programa, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na proporção de mulheres que amamentaram exclusivamente, nomeadamente, 90% no grupo MW, 67% no grupo FP e 67% no grupo OB/GYN; observaram-se diferenças estatisticamente significativas no que toca à hemorragia pós-parto entre o grupo FP e o grupo OB/GYN, verificando-se mais casos no primeiro. As participantes nos grupos FP e OB/GYN apresentaram um período de internamento superior comparativamente ao grupo MW. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente a admissões nos cuidados intensivos neonatais e aos scores do índice de Apgar. Comparativamente ao grupo FP, as participantes do grupo MW apresentaram maior probabilidade de experienciar o parto vaginal e menor probabilidade para a indução do trabalho de parto, de recorrerem a medidas de alívio da dor e de cesariana. Comparativamente aos grupos MW e FP, o grupo OB/GYN apresentou menor probabilidade de parto vaginal espontâneo e maior probabilidade de indução do trabalho de parto, de recorrerem a medidas farmacológicas de alívio da dor e de cesariana. No que toca à relação custo-eficácia, verifica-se que o MW apresenta mais benefícios, mas também um custo ligeiramente superior, sendo que a probabilidade de este programa ser economicamente viável é de 0.83.			
Conclusões	O programa assente no modelo de cuidados liderados por parteiras apresenta-se eficiente e economicamente viável para os casos de baixo risco. Revela-se necessário aumentar o número de parteiras para, assim, aumentar o acesso e o valor monetário deste programa.			
9. Improving Maternal and Neonatal Health by a Midwife-led Continuity Model of Care - An Observational Study in One Governmental Hospital in Palestine				
Autor		Local e data	Desenho do estudo	NE
Berit Mortensen; Marit Lieng; Lien My Diep; Mirjam Lukasse; Kefaya Atieh; Erik Fosse		Palestina - 2019	Estudo de coorte	2
Objetivo de estudo	Analisar a relação entre o modelo de cuidados liderados por parteiras e os desfechos maternos e neonatais			
Metodologia	A amostra foi constituída de mulheres com gravidez única e grau de risco misto, que residiam em vilas rurais a três quilómetros de distância de Nablus e que pariram no hospital governamental de Nablus. Destas, aquelas que viviam em vilas com clínicas que ofereciam o modelo de cuidados liderados por parteiras foram alocadas ao grupo de coorte, sendo que as que não apresentavam estas condições foram alocadas ao grupo controlo, que foram alvo do modelo de cuidados convencionais, providenciados por clínicas governamentais ou médicos privados. Obteve-se uma amostra de 2200 mulheres e que integraram os grupos coorte e controlo numa proporção de 1:2. Destas, 2100 foram incluídas no estudo, sendo que 703 receberam cuidados liderados por parteiras e 1498 foram alvo da filosofia de cuidados convencionais. As variáveis representativas dos desfechos maternos foram: cesariana não planeada (variável primária), cesariana planeada, parto vaginal espontâneo, parto vaginal instrumentado (ventosa), indução do trabalho de parto, anemia pós-parto e necessidade de transfusão de sangue pós-parto (variáveis secundárias); no que toca aos desfechos neonatais destaca-se a taxa de RN pré-termo (< 37 semanas de idade gestacional) e muito pré-termo (< 32			

	semanas de idade gestacional), baixo e muito baixo peso ao nascer (< 2500 g e < 1500 g), admissão nos cuidados intensivos neonatais, Apgar cinco minutos após o parto e morte perinatal. O software Stata, versão 15, foi utilizado para calcular o tamanho da amostra e o software SPSS, versão 25, para a análise de dados.
Resultados	Relativamente aos desfechos maternos: um número estatisticamente significativo e inferior de mulheres sob o cuidado liderado por parteiras foi submetido a cesariana não planeada e a indução do trabalho de parto; não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que toca aos outros tipos de parto considerados (cesariana planeada, parto vaginal espontâneo e parto vaginal instrumentado); a ocorrência de anemia pós-parto e da necessidade de transfusão de sangue foi inferior no grupo coorte. Relativamente aos desfechos fetais: observaram-se diferenças estatisticamente significativas a favor do grupo coorte no que toca à incidência de RN pré-termo; não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à incidência de recém-nascidos de baixo peso; verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos relativamente à incidência de recém-nascidos de muito baixo peso e de admissões nos cuidados intensivos neonatais.
Conclusões	O modelo de cuidados liderados por parteiras associou-se a menor incidência de cesarianas não planeadas e outras intervenções médicas durante o parto e à redução da morbilidade materna e neonatal. Estes resultados suportam a sua expansão para outros setores, nomeadamente, os de baixos recursos.

2.1.4. Discussão

A quinta etapa da RIL consiste na análise e interpretação dos resultados, realizada através da discussão sobre os textos analisados, que permitirá, ultimamente, identificar as lacunas no conhecimento teórico e permitir a sugestão de futuros projetos de investigação (Botelho et al., 2011; Sousa et al., 2017). Como referido na introdução a esta temática, o seu objetivo consistiu em conhecer as vantagens e constrangimentos associados ao recurso a MCLE no cuidado à mulher durante a gravidez e trabalho de parto e parto comparativamente aos modelos de cuidados convencionais intervencionistas. Assim, para facilitar a leitura da análise realizada, os resultados foram organizados mediante os seguintes temas, extraídos do objetivo primário inicialmente definido: “Vantagens/Benefícios” e “Constrangimentos”. Após a leitura e análise crítica dos resultados dos estudos selecionados, para cada um dos temas acima mencionados, foram identificados os subtemas esquematizados na figura seguinte.

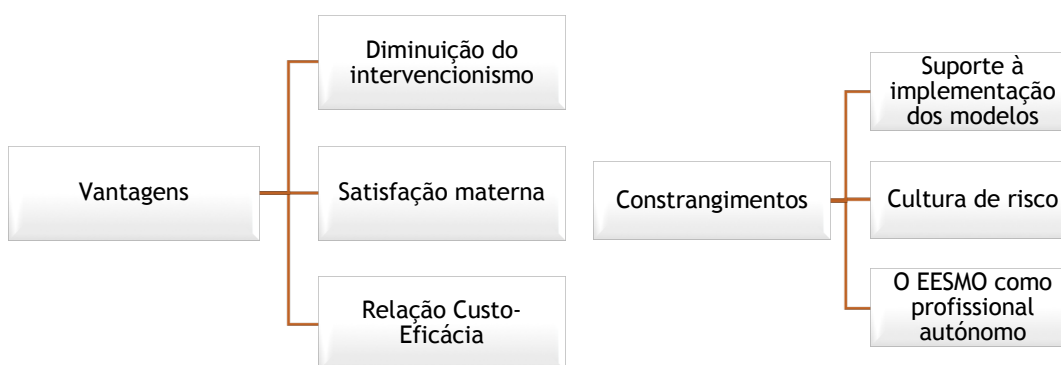


Figura 4 - Esquema síntese dos resultados dos artigos analisados

De acordo com o tema “Vantagens”, mais especificamente, no subtema “Diminuição do intervencionismo”, verificou-se em vários estudos que o MCLE foi associado à diminuição da incidência de intervenções médicas intraparto e a uma maior probabilidade de parto vaginal eutócico (Allen, Kildea, Hartz, Tracy & Tracy, 2017; Carlson et al., 2017; Koto, Fahey, LeDrew & Loring, 2019; Mortensen et al., 2019). De entre as intervenções referidas, pode-se destacar a indução (Koto et al., 2019; Mortensen et al., 2019) e aceleração do trabalho de parto, o parto instrumentado e a amniotomia (Allen et al., 2017). Este modelo foi, ainda, associado a menores períodos de internamento, maior adesão à amamentação exclusiva (Koto et al., 2019) e menor incidência de anemia com necessidade de transfusão sanguínea (Mortensen et al., 2019). Também se verificou que o MCLE está associado a menores números de cesarianas, contudo, os resultados não foram estatisticamente significativos para indicar que este facto se devesse a este modelo (Kearney, Kynn, Craswell & Reed, 2017; Mortensen et al., 2019).

Estes resultados são congruentes com a revisão sistemática de Sandall, et al. (2016), cujas conclusões sugerem que a aplicação dos MCLE, comparativamente aos modelos de cuidados convencionais, está associada a menor probabilidade de intervenções médicas, mas apresenta semelhante taxa de incidência de cesarianas. Vão, também, de encontro às conclusões de Manant & Dodgson (2011), Kilma, Norr, Vonderheid & Handler (2009) e Ruiz-Mirazo, Lopez-Yarto & McDonald (2012), que afirmam que os MCLE foram associados a níveis elevados de saúde durante a gravidez e maiores taxas de amamentação (Kearney et al., 2017).

Relativamente ao subtema “Satisfação materna”, os resultados indicam que esta é significativamente superior nas mulheres que foram alvo dos MCLE, o que também vai de encontro às conclusões de Sandall et al. (2016). O segundo estudo (Allen et al., 2017), refere que os atributos pessoais dos EESMO que integram este tipo de modelos podem estar na origem dos maiores níveis de satisfação, pela sua capacidade de irem além do esperado no desempenho das suas funções, apresentando-se como competentes, informativas, empoderadoras, gentis e endórficas. Isto refletiu-se em vários aspetos, nomeadamente, no tipo de relação estabelecida entre EESMO e grávida, uma relação de confiança altamente íntima e empática, caracterizada pelo elevado grau de atenção e tempo despendidos para

as necessidades, preocupações e preferências das mulheres, e pela promoção do seu empoderamento, fomentador da sensação de envolvimento e controlo durante todo o processo, e da crença na sua capacidade para o parto normal.

A categorização *Endórfica*, foi um novo conceito intimamente relacionado a esta relação, associando-se à capacidade do EESMO de produzir um efeito relaxante sobre as mulheres, pelo alívio do stresse e da dor, o que não seria possível sem o estabelecimento de uma forte relação confiança entre ambos. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Mortensen et al. (2019) que identifica a informação, a educação, a confiança e o empoderamento como áreas de impacto do desempenho do EESMO, acrescentando que o facto de a mulher se sentir relaxada e confiante, antes e durante o parto, pode ter um impacto indireto e redutor no número de intervenções.

De igual forma, nas participantes alvo do MCLE, verificou-se maior eficácia na transmissão de informação do que no grupo alvo dos cuidados convencionais, sendo este um fator promotor de maior satisfação. No seu artigo, Kearney, Kynn, Craswell e Reed (2017), referem que este aspeto está associado à continuidade inerente aos MCLE, que conduz à diminuição de interações múltiplas com diferentes profissionais de saúde, o que foi patente nos resultados de Allen, Kildea, Hartz, Tracy e Tracy, (2017), nomeadamente no grupo de participantes atendidas por obstetras.

Finalmente, o subtema “Relação custo-eficácia” traduziu-se, essencialmente, nos desfechos maternos e neonatais evidenciados, comparativamente à viabilidade económica do modelo. Assim, verificou-se que os MCLE podem apresentar uma relação custo-eficácia igual ou superior aos modelos de cuidados convencionais, na medida em que obtêm desfechos maternos e neonatais semelhantes, mas com um menor número de intervenções (Nazareth et al., 2017). Os MCLE constituem uma opção eficiente e viável, especialmente para os casos de baixo risco, sendo que o nono estudo aponta, também, para a possibilidade de transponibilidade para contextos de baixos recursos (Mortensen et al., 2019). Estes resultados são importantes, pois argumentam a favor dos MCLE como uma opção viável e apropriada para o cuidado às mulheres durante a gravidez e o parto, já que, como referido por Kearny et al. (2017), a implementação de novos modelos de cuidados requer uma demonstração prévia que confirme uma qualidade igual ou superior aos já existentes.

Os resultados do tema “Vantagens/Benefícios” vão, assim, de encontro a Bartuseviciene et al. (2018) que, ao citar a OMS, apresenta o EESMO como o profissional de saúde ideal para a prestação de cuidados na gravidez e parto normais, incluindo a avaliação do risco e identificação de complicações.

O segundo tema, “Constrangimentos”, subdividiu-se em três subtemas: “Suporte à implementação dos modelos”, “Cultura de risco” e “O EESMO como profissional autónomo”. Relativamente ao primeiro, os resultados apontam para a subvalorização e ausência de suporte para os MCLE por não serem suportados pelas instituições como um todo, e na indisponibilidade das chefes de serviço para apoiarem os EESMO. Isto é reforçado por Scamell (2016) ao referir que as atuais políticas de saúde, ao fomentarem o medo das situações de

risco, enfraquecem o cometimento dos EESMO's ao parto normal. Por sua vez, a existência de estruturas governamentais que suportem o desempenho independente do EESMO revela-se determinante para o sucesso da implementação dos MCLE (Vries, Nieuwenhuijze & Buitendijk, 2013).

Neste tema, o quinto estudo aponta, ainda, para a relação de confiança entre profissionais, obstetras e EESMO, como algo fundamental para o triunfo dos MCLE, sendo que esta não se verifica, pois, os primeiros não confiam nos segundos para exercerem uma tomada de decisão assertiva (Healy, Humphreys & Kennedy, 2017). Segundo Vries, Nieuwenhuijze e Buitendijk (2013), o suporte por parte da equipa médica funciona como uma promoção adicional dos MCLE, defendendo a prática desenvolvida pelos EESMO.

Também o oitavo estudo, aponta para a contratação de um número elevado de EESMO como um fator importante para a sua implementação, de modo a facilitar o acesso a estes cuidados e compensar o seu valor monetário (Koto et al., 2019). Isto é validado pelos rácios de EESMO para número de utentes, sendo que, como referido no estudo de Mortensen et al. (2019), o MCLE *caseload* trabalha com um rácio de um EESMO para 45 mulheres e o MCLE *team-midwifery* pressupõe a existência de uma equipa de quatro a seis EESMO para 360 mulheres.

O segundo subtema, “Cultura de risco”, aparece, essencialmente, ligado à crença, altamente presente nos contextos da prática, na elevada necessidade de intervenção no parto que se traduz numa abordagem centrada na gestão de riscos em vez da promoção de desfechos positivos. Segundo Vries et al. (2013), na Holanda, este aspeto foi colmatado ao assentar o cuidado em saúde materna numa separação bem delineada entre os conceitos “fisiológico” e “patológico”, com uma divisão racional e segura entre os cuidados primários e os especializados. Desta forma e como comprovado pelos diferentes graus de risco associados às participantes dos estudos selecionados, os MCLE apresentam vantagens para todo o tipo de grávidas, no entanto, a definição clara de risco e, consequentemente, da população alvo destes modelos, pode facilitar a sua implementação.

A vivência da gravidez e do parto, por parte das mulheres, como acontecimentos médicos, fomentada pelo elevado envolvimento médico mesmo em situações de baixo risco, é também apontada como fator promotor da diminuição da probabilidade de aceitação destes modelos por parte das mesmas. Neste sentido, revela-se fundamental consciencializar as mulheres para os benefícios destes modelos, sendo que, segundo o quinto estudo, ao citar Pollard, isto pode ser conseguido através da educação da sociedade sobre as implicações do papel autónomo do EESMO, assim como demonstrado pelo investimento pelo seu próprio desempenho (Healy, Humphreys & Kennedy, 2017).

Finalmente, o terceiro subtema “O EESMO como profissional autónomo”, está relacionado à dificuldade ainda sentida na fomentação do desempenho autónomo do EESMO, mesmo nos casos de baixo risco. Através da análise dos resultados dos artigos selecionados, identificou-se, como uma das causas, o domínio e primazia da equipa médica sobre o processo de decisão, mesmo quando o risco é mínimo e também em contexto de MCLE. É

possível associar este subtema ao anterior, na medida em que a definição de risco com a separação clara entre o fisiológico e o patológico, pode ajudar a definir e orientar o desempenho do EESMO.

Também se verificou que a conformidade e aceitação dos EESMO para com esta situação, pelo medo da implicação em desfechos negativos, foi fator favorável a esta realidade. Neste aspeto, o quinto estudo, identificou os MCLE como a ferramenta fundamental para que o EESMO readquiria a responsabilidade e autonomia na prestação de cuidados durante a gravidez e parto normais, reforçando o contacto com os mesmos e com a filosofia de “esperar e observar”. Este resultado vai de encontro ao artigo de Edmondson e Walker (2014), que refere que a implementação dos MCLE implica, necessariamente, que o EESMO tome a responsabilidade primária pelo cuidado das mulheres na gravidez e no parto normais, procurando o desenvolvimento profissional constante através do suporte na evidência científica atual para fundamentar a sua prática. Este estudo apresentou a autonomia inerente a estes modelos, como a chave para a construção da identidade profissional do EESMO, definindo-a como a habilidade que este apresenta para utilizar o escopo completo das suas capacidades, a capacidade para se desenvolverem como profissionais e a vontade de aceitarem a responsabilidade pela sua prática. Todavia, para isso, é necessária iniciativa e proatividade por parte dos EESMO's em quererem readquirir essa identidade, já que, segundo Carlson et al. (2017), a sua conformidade para com o domínio por parte da equipa médica, pode conduzir ao levantamento de questões associadas à sua capacidade autónoma de decisão perante os diferentes casos. Este autor reforça, ainda, os resultados de Edmondson e Walker (2014), ao indicar a autonomia como o pilar da filosofia dos MCLE, pelo que, se os EESMO assumirem a responsabilidade inerente ao desempenho da sua profissão e competências existe a possibilidade de se criarem serviços que são fiéis à filosofia dos cuidados centrados na mulher.

2.1.5. Conclusão

Pela análise dos estudos selecionados os resultados obtidos permitem afirmar que os MCLE são uma opção adequada, segura e economicamente viável para o cuidado das mulheres durante a gravidez e parto, especialmente para aquelas cujas gravidezes são classificadas como de baixo risco. Este aspeto vai de encontro às orientações da OMS (2018), que recomendam estes modelos com o intuito de promover uma experiência de nascimento positiva.

A elaboração desta RIL permitiu atingir o objetivo, conhecer as vantagens e constrangimentos associados ao recurso a MCLE no cuidado à mulher durante a gravidez e TP e parto comparativamente aos modelos de cuidados convencionais, sendo que estes se traduziram nos dois temas orientadores dos resultados encontrados. No tema “Vantagens/Benefícios” verificou-se que: os MCLE estiveram associados a menor incidência

de intervenções intraparto e a menor morbidade materna e a maior probabilidade de parto vaginal eutócico e de amamentação exclusiva; o número de cesarianas foi inferior aquando da aplicação destes modelos, contudo, as diferenças encontradas entre estes e os modelos de cuidados convencionais, não foram estatisticamente significativas; os MCLE associaram-se a maiores níveis de satisfação materna, fomentados pela relação de confiança íntima altamente característica dos mesmos e proporcionada pelos atributos dos EESMO que trabalham sob a sua filosofia; a transmissão de informação de forma adequada, sem repetições desnecessárias, foi outra fonte de satisfação inerente aos MCLE; por fim, neste tema, os MCLE apresentaram uma relação custo-eficácia equivalente aos modelos de cuidados convencionais, por conseguir desfechos semelhantes, mas com menor grau de intervenção.

Por sua vez, no segundo tema, verificaram-se os seguintes aspetos: a falta de apoio por parte das instituições de saúde para com os MCLE e a inexistência de uma relação de confiança entre EESMO e médicos, dificultam a implementação destes modelos; a fomentação de uma cultura de risco, promotora de uma abordagem centrada na gestão do mesmo e não na promoção de desfechos positivos, é altamente contrária à filosofia dos MCLE, resultando no retraimento dos EESMO relativamente à prática autónoma; e, finalmente, a conformidade dos EESMO para com a dominância do cuidado médico, sendo esta uma atitude altamente redutora da sua identidade profissional.

Uma das conclusões mais relevantes deste estudo está associada à compreensão de como o recurso a estes modelos pode contribuir para realçar a autonomia do EESMO na prestação de cuidados à mulher durante a gravidez e no TP e parto. Neste sentido, verificou-se que os EESMO, para desempenharem a sua função em contextos de implementação dos MCLE, têm de tomar a primazia no cuidado prestado às mulheres tornando-se os principais responsáveis pelos cuidados autónomos e assumir a responsabilidade da sua tomada de decisão. Esta mentalidade é um elemento constituinte da definição de autonomia inerente aos MCLE.

Pelas conclusões emergentes, é possível afirmar que a promoção da autonomia no desempenho da prática é a chave para que os EESMO reforcem e reimplementem a sua identidade profissional perante a sociedade, dando visibilidade social aos benefícios dos seus cuidados, não só à população como também aos outros profissionais do setor da saúde, de forma a que estes tomem consciência da capacidade que os ESMOS são detentores para a assumir a responsabilidade de prestar cuidados especializados autónomos. Porém, para alcançar o sucesso, os EESMO têm de tomar a iniciativa e a proatividade na recuperação da mesma.

As limitações deste estudo prenderam-se essencialmente com as amostras reduzidas que constituíram a maior parte dos estudos considerados, assim como os métodos de alocação das participantes, associados à autosseleção do grupo a integrar, que poderiam resultar no viés da informação obtida.

Como implicações para a prática, revela-se necessário o investimento na investigação sobre os aspetos que estão na raiz das vantagens verificadas com a implementação dos MCLE, de modo a compreender em profundidade os mecanismos inerentes ao seu funcionamento. Uma das vantagens da opção metodológica pela RIL para problematizar a temática selecionada, foi o facto de nos permitir resumir os fatores e as potencialidades destes modelos que podem estar associados à satisfação materna, contribuindo para colmatar esta lacuna do conhecimento.

Outra das suas vantagens foi o facto de problematizar uma realidade atual e experienciada no estágio que realizamos, que era o predomínio da cultura do risco e da intervenção médica, que afeta, não só os desfechos maternos e neonatais, mas também a imagem da enfermagem em saúde materna e obstétrica como uma profissão autónoma, especializada e capaz de garantir a prestação de cuidados especializados, especialmente, a grávidas/parturientes consideradas de baixo risco.

Como sugestão para a investigação diríamos que, futuramente, outros estudos nesta área devem prosseguir, mas que os projetos de investigação deverão incidir, também, na identificação de estratégias promotoras do papel autónomo do EESMO, podendo este ser um primeiro passo como uma estratégia para combater a conformidade e resignação instaladas, e, sobretudo, para fortalecer a verdadeira identidade da profissão.

3. O CUIDADO NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: RUMO À PROMOÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA DE NASCIMENTO POSITIVA

A prestação de cuidados à mulher durante o trabalho de parto (TP) e parto implicou o desenvolvimento de atividades que intuissem a promoção do conforto e da satisfação da parturiente/casal, por forma a promover uma experiência de TP harmoniosa. O nascimento do RN é ansiosamente esperado pelo casal. É o momento em que vão conhecer o bebé idealizado e desejado ao longo de toda gravidez. Para a parturiente, é o acontecimento que afirma o seu papel de mulher e de mãe, capaz de trazer o seu filho(a) ao mundo. Neste sentido e, considerando a importância e o significado atribuído a este processo, torna-se imprescindível tomar as medidas necessárias para orientar o seu sucesso e para que os casais vivenciem uma experiência positiva e incentivadora de novos processos de transição para a parentalidade.

Considerando as orientações da OMS para a promoção de uma experiência de parto positiva, a nossa conduta consistiu no desenvolvimento de atividades que promovessem a saúde e bem-estar materno e do RN, com o menor grau de intervenção possível e mantendo a sua segurança, ao prestar cuidados culturalmente adequados e que fossem de encontro às necessidades e expectativas da parturiente/casal, e garantir o suporte ao longo de todo o processo (OMS, 2018). Isto pressupõe a necessidade de desenvolver competências e habilidades que fossem de encontro ao papel do EESMO no cuidado prestado à mulher inserida na família e na comunidade durante o TP e parto, promovendo a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina (Diário da República [DR], 2019).

A experiência de parto, segundo Karlström, Nystedt e Hildingsson (2015), pode ter implicações a longo prazo para a saúde e bem-estar da mulher, apresentando-se como um dos indicadores da qualidade dos cuidados prestados. Nas primíparas, a experiência de TP e parto, pode influenciar significativamente a sua autoestima, o desenvolvimento de sentimentos positivos em relação ao RN e a adaptação ao papel parental (Nilsson, Thorsell, Wahn & Ekström, 2013). Assim, a aquisição do conhecimento sobre os fatores que contribuem para uma experiência de parto positiva permitiu-nos, através do aproveitamento dos recursos disponibilizados, adaptar os cuidados prestados às necessidades reais de cada parturiente/casal e, assim, enaltecer a experiência de parto e promover a sua normalidade dentro de um contexto dominado por um modelo de cuidados medicalizado (Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2015). De entre estes fatores destacamos o acompanhamento e suporte contínuos, a promoção da autoeficácia e do autocontrolo maternos e o apoio do acompanhante significativo durante o TP e parto.

Seguimos as orientações da OE (2015), a assistência e apoio/suporte providenciados pelo EESMO afetam diretamente a forma como a parturiente encara e desenvolve o TP e parto. Desta forma, ao longo deste estágio, privilegiámos o acompanhamento contínuo da parturiente/casal, desde o momento da admissão e ao longo das fases do TP, fornecendo suporte emocional assente no encorajamento, orientação, promoção de um ambiente seguro que facilitasse a expressão das suas necessidades e expetativas e empoderámos a parturiente ao ajudá-la encontrar estratégias de coping eficazes para lidar com os desconfortos e desafios associados a este processo. Incentivámos, ainda, a participação ativa do casal na tomada de decisão, fornecendo-lhes a informação, clarificação e orientação necessárias para que pudessem tomar uma decisão informada (Maputle, 2018), promovendo a cooperação mutua na tomada de decisão, em congruência com o modelo da centralidade de cuidados de McCormack e McCance. Para garantir a eficácia das intervenções implementadas, revelou-se fundamental promovermos o estabelecimento de relações de confiança com as parturientes/casais, assentes na escuta ativa e numa comunicação eficaz (Karlström et al., 2015; Shakibazadeh et al., 2018).

O empoderamento pode ser definido como o processo que permite promover, no indivíduo, o aumento da sua autoeficácia e autocontrolo, capacitando-o para a tomada de decisão em prol da melhoria da sua qualidade de vida e gestão dos recursos necessários ao alcance da mesma (Prata, Tavrow & Upadhyay, 2017). A promoção de fatores internos como a autoeficácia e o autocontrolo, bem como a auto percepção dos mesmos, revela-se um fator que contribui significativamente para uma experiência positiva de parto. A autoeficácia pode ser definida como a confiança que um indivíduo apresenta relativamente à sua capacidade para concretizar determinada tarefa. Transpondo para o processo do TP e parto, as mulheres que possuem maior sentido de autoeficácia, apresentam menores níveis de medo e ansiedade associados a estes processos. Neste sentido, as intervenções desenvolvidas ao longo deste estágio para fomentar a autoeficácia materna, consistiram em encorajar a parturiente e implementar o reforço positivo, promover a sua autoestima, confiança e sensação de realização (Karlström et al., 2015; Shakibazadeh et al., 2018).

Por sua vez, o autocontrolo está associado à percepção de domínio sobre as forças internas e ambientais inerentes ao processo vivenciado, pela participação ativa e consciente no mesmo. A percepção de controlo associada ao TP e parto pode-se particularizar nas seguintes dimensões: controlo sobre a ação dos profissionais de saúde, controlo sobre o próprio comportamento e controlo durante a contração. A maior percepção de autocontrolo exerce um efeito protetor perante dor de parto, associando-se a maiores níveis de satisfação relativamente a este processo, bem como a um maior bem-estar emocional pós-parto (Cheung, Ip & Chan, 2007; Karlström et al., 2015). Com o intuito de promover o autocontrolo materno, desenvolvemos intervenções assentes na preparação para os processos de TP e parto, através da realização de ensinamentos sobre as diferentes etapas dos mesmos e os recursos providenciados pela instituição (Nilsson et al., 2013). Averiguámos, ainda, sobre a frequência de sessões de preparação para o parto, já que este aspeto parece produzir um

efeito positivo sobre a percepção materna do seu grau de autocontrolo sobre os desconfortos associados ao TP e parto, e sobre a existência de plano de parto, de modo a ir ao encontro das suas expectativas e preferências sobre o cuidado prestado, suportando-as (OE, 2015).

Uma fonte de suporte abrangente a todas as parturientes alvo do nosso cuidado ao longo deste estágio, foi a presença de um acompanhante, à escolha da parturiente, na sala de partos. Constatámos que, maioritariamente, as parturientes selecionavam os seus companheiros como o acompanhante ao longo do TP e parto. Segundo Sapountzi-Krepia et al. (2010) e a OMS (2019a), a presença familiar do companheiro na sala de partos está associada a efeitos positivos, especialmente no que toca ao alívio da dor e à duração do TP e parto, contribuindo significativamente para o aumento do autocontrolo e autoconfiança maternos, promovendo uma experiência de parto positiva. Além disso, promove a ligação pai-filho e entre a própria tríade, fazendo com que o companheiro se sinta parte integral do nascimento. Contudo, para que as vantagens da presença do companheiro fossem uma realidade, foi necessário envolvê-lo ativamente no apoio à mulher no TP e parto. Assim, sempre que apresentada a oportunidade convidávamos o companheiro a desempenhar determinadas atividades, nomeadamente, a implementação de técnicas de relaxamento que auxiliassem a parturiente a lidar com os desconfortos do TP e parto e o cuidado ao RN, como o corte do cordão umbilical (Coutinho, Antunes, Duarte, Parreira, Chaves & Nelas, 2016).

O NP do CMIN, em termos da estrutura orgânico funcional, está estruturada em três áreas principais: as expectantes, à qual são atribuídas três camas e para as quais iam as situações de suspeita ou em início de TP; a indução, também com três camas, onde eram admitidas as grávidas que iriam ser submetidas a indução do TP; e sete quartos individuais destinados às parturientes, normalmente em fase ativa de TP. Contudo, um destes quartos era, geralmente, reservado para casos de abortamento, interrupções da gravidez ou algum caso de ginecologia quando não havia vaga no respetivo serviço.

Na grande maioria, as grávidas e parturientes chegavam ao NP através do SIG e, na maioria, da urgência, após triagem, geralmente, com o diagnóstico de rotura de membradas ou início de TP. Aquando da admissão, procedíamos ao acolhimento da grávida/parturiente, que implicava a apresentação do serviço, informávamos sobre as regras de funcionamento e a apresentação da equipa que iria ser responsável pelo cuidado.

Questionávamos a utente sobre o seu nome, o nome do seu filho e quais as suas expectativas relativamente ao TP, informando-a sobre os recursos disponíveis para fazer face às mesmas. Este momento era essencial, na medida em que permitia iniciar o estabelecimento de uma relação empática, de confiança e de proximidade com a mulher/casal, a qual era fundamental para identificar as suas necessidades e, consequentemente, estabelecer um plano de cuidados singular e eficaz que permitisse um apoio e orientação direcionados (Mateo & Homs, 2013). Procurávamos sempre estabelecer os objetivos e negociar as intervenções, e, sempre que possível respeitar o seu plano de parto, se o mesmo existisse.

Seguidamente, procedíamos à colheita de dados que era realizada através da entrevista e da consulta do processo e do boletim de saúde da grávida, para obtermos informações sobre: antecedentes de saúde pessoais e obstétricos; informação sobre a gravidez atual (IG, vigilância, medicação tomada); grupo sanguíneo; alergias; experiência dos partos anteriores; participação de preparação para o parto; existência de plano de parto; e técnicas de alívio da dor do TP, incluindo a intenção de realizar analgesia epidural. Posteriormente, eram avaliados os parâmetros vitais, colocado um acesso venoso periférico e iniciado o registo CTG.

O estágio Trabalho de Parto e Parto, permitiu-nos, em parceria com a equipa de enfermagem e com a equipa médica, prestar cuidados a 83 parturientes. Destes partos: 59 foram partos eutócicos realizados, 3 foram assistidos e 33 foram partos distócicos por ventosa, sendo que não presenciámos nenhum parto distócico por fórceps (figura 5). Cada um destes partos consistiu num momento único, não só na vida de cada mulher/casal, como para o nosso percurso formativo, ao apresentarem desafios particulares a cada situação clínica e os quais tivemos de ultrapassar pela mobilização de conhecimentos e aplicação de competências e habilidades.

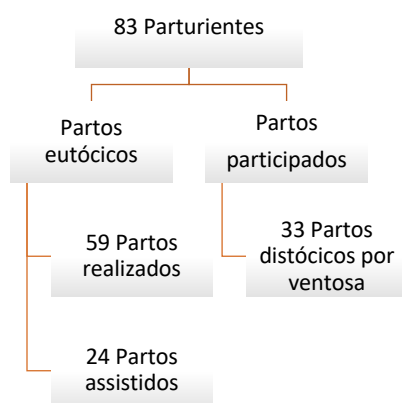


Figura 5 - Registo de experiências do módulo do estágio Trabalho de Parto e Parto.

Estando introduzido este capítulo, passamos agora à descrição das atividades desenvolvidas segundo cada estadio do TP. Iremos, também, realizar uma pequena abordagem à indução do TP, com a qual foi possível contactar periodicamente.

3.1. Indução de trabalho de parto

Segundo a ICN (2015, p.127), define-se Trabalho de parto como *evento ou episódio: processos corporais perinatais, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta*. O diagnóstico de TP não apresenta critérios consensuais na literatura (Hanley et al., 2016), sendo que Creedon et al. (2013) defende a presença de contrações uterinas espontâneas, pelo menos 2 a cada 15 minutos, e de, pelo menos, dois dos seguintes sinais:

extinção completa do colo; dilatação cervical igual ou superior a três centímetros; outras alterações cervicais e/ou a rutura espontânea de membranas.

A indução do TP (ITP) pretende o desencadeamento do TP antes do seu início espontâneo. Pressupõe dois procedimentos: a ITP, propriamente dita, que consiste no processo através do qual se desencadeia, artificialmente, o início de contrações uterinas rítmicas com o intuito de provocar o TP (OMS, 2011); e a maturação fetal que prepara o colo uterino para que este adquira as condições favoráveis para a ITP, sendo que, por si só, pode desencadear o início do TP (DGS, 2015). Neste local de estágio, a maturação cervical era feita através da administração de prostaglandinas, misoprostol ou de dinoprostona, e a ITP pela administração de ocitocina, sendo que estes procedimentos eram discutidos entre o casal e a equipa médica e consentidos em consulta prévia à admissão.

Sabemos que estes procedimentos só devem ser realizados com a reserva de algumas condições, já que se encontram associadas a um aumento do risco de desenvolvimento de complicações, tais como a hemorragia, cesarianas urgentes, partos instrumentados, hiperestimulação uterina com hipoxia fetal e rotura uterina. Além disso, estão associados a maior desconforto materno, comparativamente ao início de parto espontâneo, a restrição da mobilidade materna pela necessidade de monitorização fetal e a maior recorrência a analgesia epidural (DGS, 2015; NICE, 2008). De entre as várias situações relativas às grávidas que tivemos a oportunidade de cuidar, as mais frequentes foram casos de gravidezes com IG superior a 41 semanas, doenças hipertensivas da gravidez e rotura prematura de membranas (Queensland Clinical Guidelines, 2017a).

Neste contexto, após a chegada da grávida ao NP, assegurávamos o consentimento informado para o procedimento e esclarecíamos qualquer dúvida apresentada. Seguidamente, determinávamos os seus parâmetros vitais e confirmávamos o bem-estar fetal através da realização de CTG (Queensland Clinical Guidelines, 2017a). O índice de Bishop, era a ferramenta de eleição para a avaliação do estado do colo uterino, pela determinação da sua consistência, localização, dilatação e extinção, bem como do plano de descida da apresentação. A condição do colo é considerada favorável quando o índice de Bishop apresenta um score igual ou superior a seis, e desfavorável quando o score era igual ou inferior a cinco (OMS, 2017a). Se o índice de Bishop era favorável, o médico procedia à prescrição de indução com ocitocina, caso contrário, optava pela administração de prostaglandinas, o misoprostol ou a dinoprostona (Propess 10 mg).

Nos casos da maturação fetal, antes da administração das prostaglandinas, orientávamos a grávida a posicionar-se em decúbito dorsal (com uma ligeira elevação da cabeça) e a tentar relaxar o máximo possível. Seguidamente, revestíamos com gel a fita do Propess ou diluíamos com uma pequena quantidade de água os comprimidos de misoprostol, e procedíamos à sua inserção no fundo do saco vaginal, próximo do cérvix. No caso do Propess, deixávamos uma quantidade suficiente de fita exteriorizada para que pudesse ser facilmente removido, caso necessário (Infarmed, 2017). Finalmente, a grávida

era orientada para permanecer em repouso no leito durante, pelo menos, 30 minutos (Queensland Clinical Guidelines, 2017a).

Quando as grávidas eram admitidas para processos de ITP, identificámos o foco de enfermagem Conhecimento (ICN, 2015), nomeadamente, o Conhecimento sobre o procedimento da maturação cervical/ITP e o Conhecimento sobre os efeitos secundários da medicação administrada nos processos de maturação cervical/ITP. Neste sentido, explicávamos e ou clarificávamos as dúvidas relativamente a estes métodos, fornecendo informações sobre regime terapêutico, a evolução esperada e a necessidade de monitorização contínua. Instruíamos a mulher sobre os efeitos secundários da medicação administrada, solicitando que informasse os profissionais no caso de detetar algum sinal de alarme, destacando-se os seguintes: no caso das prostaglandinas, as alterações gástricas (náuseas, vômitos, flatulência e diarreia), dor abdominal, fadiga, cefaleias, febre e calafrios; e no caso da ocitocina; alterações do ritmo cardíaco (taquicardia ou bradicardia) (Infarmed, 2017). Associados a estes efeitos secundários, identificámos o foco de enfermagem Dor (ICN, 2015), mediante o qual explicámos à mulher/casal que o grau de dor associado à implementação de métodos de maturação cervical/ITP poderia ser superior à dor experienciada no TP espontâneo. Assim, implementámos a escala numérica da dor, e informámos e recorremos aos métodos de alívio da dor disponíveis, sobretudo não farmacológicos. (NICE, 2008). Outras intervenções incluíram: a avaliação dos sinais vitais maternos; realização do toque vaginal, de quatro em quatro horas (se não houvesse necessidade de maior frequência) para vigilância do colo do útero e consequente determinação do índice de Bishop, podendo-se, também, confirmar a integridade das membranas, e a monitorização fetal, pelo registo de CTG, para assegurar o bem-estar fetal e avaliar a atividade uterina.

Dois efeitos adversos importantes da medicação administrada para a maturação cervical e para a ITP foram a hiperestimulação uterina e a taquissístolia. A hiperestimulação uterina, consiste na manifestação de contrações com frequência superior cinco em 10 minutos, num intervalo de 30 minutos, ou pela presença de contrações com duração superior a 2 minutos. Por sua vez, a taquissístolia que ocorre quando a hiperestimulação uterina provoca alterações na FCF, como a sua diminuição ou presença de desacelerações congruentes com a presença de hipoxemia fetal (ACOG, 2019a; Norman & Stock, 2018). Nestes casos, alertávamos a equipa médica imediatamente e, se resultante da administração de prostaglandinas ou de ocitocina, removíamos o estímulo medicamentoso. Quanto esta atitude não era suficiente e nos casos decorrentes da administração de misoprotol, partia-se para a tocolise, que era administrada consoante prescrição médica, mantendo a monitorização materna e fetal continuas (SA Health, 2019).

3.2. Primeiro estadio do trabalho de parto

O primeiro estadio do TP é aquele que vai desde do diagnóstico de TP, com o aparecimento de contrações uterinas regulares e dolorosas que resultam em alterações cervicais progressivas (Lee, Dy & Azzam, 2016), até à dilatação completa, dividindo-se na fase latente e na fase ativa (OMS, 2018). A fase latente do primeiro estadio do TP caracteriza-se pela contratilidade uterina dolorosa que provoca alterações cervicais, incluindo algum grau de extinção, e uma progressão lenta da dilatação do colo uterino até cinco centímetros. A sua duração pode ser altamente variável de mulher para mulher (OMS, 2018), contudo, a DGS (2015b) defende uma duração máxima de 20 horas para as nulíparas e de 14 horas para as múltiparas. Por sua vez, a fase ativa do primeiro estadio do TP, define-se pela presença de contrações uterinas regulares e dolorosas associadas à extinção significativa do colo e a uma dilatação mais rápida, desde os cinco centímetros até à dilatação completa (OMS, 2018). A esta fase associa-se uma duração de cerca de 12 horas para as primíparas e de sete horas para as múltiparas (Montenegro & Rezende Filho, 2014). Mediante a presença destes sinais, identificaram-se os diagnósticos de enfermagem Potencial para Processo de Trabalho de Parto, aquando da fase latente, e Processo de Trabalho de parto Presente, aquando da fase ativa (ICN, 2015).

Ao longo deste estágio, investimos em atividades promotoras da normalidade e da experiência positiva de TP, tentando ir ao encontro à filosofia de cuidados inerentes aos MCLE. Segundo a literatura, de entre as várias intervenções associadas à promoção do parto normal e de uma experiência de parto positiva, passíveis de serem implementadas na prática, destacam-se o cuidado *one to one* e o acompanhamento contínuo pelo mesmo EESMO/mesma equipa ao longo de todo o processo do TP, de modo estabelecer um ambiente de confiança onde: a mulher se sinta segura e escutada; as suas necessidades e expetativas são consideradas; onde é permitida a mobilização e a adoção de posturas verticalizadas, com monitorização fetal intermitente; onde é permitida a presença de acompanhante significativo e onde existe acesso a comida e bebida (Prosser, Barnett & Miller, 2018; Rodrigues, 2016; Sidebotham, 2012).

O conhecimento sobre as expetativas e necessidades da parturiente/casal relativamente ao TP foi essencial para orientar a prestação de cuidados. O diálogo era realizado quando a parturiente era transferida para o quarto individual, de modo a promover a privacidade e o conforto na comunicação. Este era iniciado com perguntas simples para reconhecimento mútuo e, posteriormente, recorriamos a questões abertas promotoras da liberdade de expressão, não só sobre as expetativas, mas, também, sobre as preocupações, medos e dúvidas apresentadas, sendo que no final, se necessário, realizávamos questões direcionadas para as áreas de atenção em falta. De entre os temas abordados destacaram-se: métodos de alívio da dor, abordando-se o desejo ou não da analgesia epidural; opinião e consentimento para realização de episiotomia; desejo e definição de quem iria cortar o

cordão umbilical; desejo de realizar contacto pele a pele, se a condição do RN o permitisse; e o desejo de amamentar. Esta metodologia permitia individualizar o plano de cuidados, negociando-o com a parturiente/casal mediante os recursos disponibilizados (Iravani, Zarean, Janghorbani e Bahrami, 2015).

Nesta abordagem, deparámos frequentemente com parturientes que nos questionavam relativamente à possibilidade da ingestão de alimentos e/ou líquidos e da mobilização durante o TP. Enquanto estudantes e considerando a dominância do modelo biomédico na prestação de cuidados, procurámos investir numa conduta suportada pela evidência científica mais recente e que fosse de encontro às necessidades e expectativas das parturientes/casais, sem desrespeitar os protocolos implementados, procurando o equilíbrio entre ambos.

De acordo com as recomendações da OMS (2018) para a promoção de uma experiência de parto positiva, a ingestão de líquidos e de alimentos sólidos deve ser permitida a parturientes consideradas de baixo risco. No entanto, a prática implementada em contexto clínico varia significativamente a nível mundial. A premissa por detrás desta prática assenta no risco de vômito e aspiração em situações de intervenções obstétricas que requerem anestesia. Contudo, os avanços neste campo permitiram uma realidade em que a recorrência a anestesia geral na área da obstetrícia é mínima, optando-se, frequentemente, pela via/bloqueio epidural (Shea-Lewis, Eckardt & Stapleton, 2018). Além disso, existe literatura que suporta os vários benefícios associados à ingestão oral e a inexistência da sua associação com a morbilidade/mortalidade materna e neonatal. Segundo o estudo randomizado controlado de Singata, Tranmer e Gyte (2013), concluiu que não existem benefícios ou efeitos adversos associados à ingestão oral durante o TP em mulheres de baixo risco; a mesma conclusão foi verificada pelo estudo de Shea-Lewis, Eckardt e Stapleton (2018), que incluiu mulheres de todos graus de risco. Ademais, o jejum implícito à restrição da ingestão oral durante o TP está associado a manifestações de fome e sede significativas, astenia, xerostomia, exaustão e sensação de desmaio que, em situações severas, pode conduzir a cetoacidose. Contrariamente, a ingestão oral adequada está associada a maior tolerância perante os desconfortos do TP e parto e a maior grau de satisfação neste processo (Ozkan, Kadioglu & Rathfisch, 2017). Assim, tendo em conta as recomendações internacionais e por forma a ir de encontro ao protocolo de serviço, na fase latente, recomendávamos a ingestão livre de líquidos e de alimentos leves (bolachas, sopas saladas, fruta, gelatina) e, na fase ativa, aconselhávamos a ingestão de pequenas quantidades de líquidos claros, tais como, água, chá açucarado, sumos e/ou gelatina (Marques, 2014).

Durante este estadio desenvolvemos várias atividades de vigilância, com o intuito de assegurar o bem-estar materno e o bem-estar fetal e estivemos atentas às possíveis alterações na progressão do TP face aos parâmetros da normalidade. Podemos destacar a avaliação dos sinais vitais, uma vez por turno, e a vigilância do bem-estar fetal, para a qual procedíamos à monitorização da FCF pela realização de CTG. Por sua vez, a progressão do

TP era avaliada pelos dados obtidos pela realização do toque vaginal e pela monitorização das contrações uterinas.

A monitorização da FCF é um dado importante para despistar o sofrimento fetal, e implementar as intervenções necessárias para prevenir a asfixia fetal com compromisso neurológico (Jackson, Marshall & Brydon, 2014). Durante o TP, as contrações uterinas diminuem o fluxo sanguíneo uteroplacentário o que conduz à diminuição do aporte de oxigénio fetal. A maioria dos fetos saudáveis respondem favoravelmente a este fenómeno. Contudo, existem determinados casos em que a diminuição do aporte de oxigénio ao feto pode resultar na morte perinatal ou de sequelas neurológicas (Cordoba, Oliveira, Braga, França & Moreira de Sá, 2011).

No NP, a monitorização da FCF através de CTG era realizada de forma continua, especialmente na fase ativa. Esta intervenção é desaconselhada pela OMS (2018) para os casos classificados como de baixo risco, devendo ser substituída pela auscultação intermitente utilizando o aparelho Doppler ou o estetoscópio de Pinard. A realização de CTG contínuo para a monitorização do bem-estar está associada ao aumento da taxa de cesarianas e partos instrumentados (Alfirevic, Gyte Cuthbert e Devane, 2017). Isto deve-se ao facto de que a interpretação realizada se centra nas manifestações morfológicas das desacelerações da FCF em detrimento da compreensão dos mecanismos fisiológicos subjacentes, resultando em diagnósticos errados perante a situação clínica em causa (Ugwuamadu (2013); Ugwuamadu, Steer, Carbone, Vayssiere, Maso & Arulkumaran, 2016).

Assim, aquando da análise de traçados, procurámos ter presente a situação clínica da parturiente/fetal. Além disso, investimos na análise de traçados que abrangessem várias situações clínicas, de modo a aumentar as nossas competências na sua interpretação. Aquando da análise dos traçados considerámos as quatro componentes que caracterizam a FCF, nomeadamente, o valor da linha de base da FCF, a sua variabilidade, presença ou ausência de desacelerações (e respetivas características a nível de variabilidade) e presença de acelerações (NICE, 2017). Após a análise destes parâmetros, o traçados poderiam inserir-se numa das seguintes três categorias: normal, quando a linha de base se situava entre os 110 bpm e os 160 bpm, com variabilidade entre os cinco e 25 bpm sem desacelerações repetitivas; suspeito, na ausência de pelo menos uma das componentes tradutoras de normalidade, não se verificando, no entanto, nenhuma característica patológica; e, finalmente, o traçado patológico, caracterizado por FCF inferior a 100 bpm, variabilidade aumentada, reduzida ou padrão sinusoidal e presença de desacelerações repetitivas tardias ou prolongadas com duração superior a 30 minutos ou com duração superior a 20 minutos se caracterizadas por variabilidade reduzida ou presença de desaceleração prolongada (duração superior a cinco minutos) (Ayres-de-Campos, Spong & Chandraharan, 2015).

Perante traçados classificados como suspeitos ou patológicos, alertávamos imediatamente a equipa médica e procurávamos identificar as causas inerentes e, corrigi-las se irreversíveis, destacando-se as seguintes etiologias identificadas neste estágio: o decúbito dorsal materno, perante o qual aconselhávamos a parturiente a adotar o decúbito

lateral esquerdo no sentido de promover a perfusão útero-placentar; a hiperestimulação uterina que, como referido no subcapítulo anterior, era corrigida através da remoção do estímulo contrátil ou, ultimamente, pela administração de tocolíticos; a hipertermia materna, traduzida frequentemente pela taquicardia fetal, pelo tratamento da pirexia (Clode, 2011; Montenegro & Rezende Filho, 2014; Prada & Rafael, 2016).

Constatámos que, no NP, a mobilização materna era altamente condicionada pela vigilância do bem-estar fetal, por manterem a parturiente monitorizada na CTG durante longos períodos de tempo. Na fase latente este procedimento era interrompido apenas no momento das refeições, aquando as parturientes aproveitavam para deambular, sendo que, na fase ativa, era realizado de forma contínua. Neste sentido, indo ao encontro das recomendações atuais e cumprindo, simultaneamente, os protocolos estabelecidos, procurámos adaptar os recursos disponíveis para satisfazer as necessidades das parturientes. Garantindo a monitorização adequada, encorajávamos estas mulheres à mobilidade, recomendando a adoção de posições verticais e o uso da bola de pilates, ainda que restringidas ao espaço ao redor da cama. Aquando do repouso no leito, incentivávamo-las a reposicionarem-se frequentemente, de modo a evitarem posições fixas criadoras de maior desconforto (OMS, 2017a).

O toque vaginal permitia determinar o índice de Bishop, avaliar a progressão da apresentação fetal ao longo do canal de parto e avaliar a integridade das membranas, bem como as características do líquido amniótico. Estas informações eram posteriormente utilizadas para avaliar a evolução do TP. Na ausência de indicação clínica para tal, este procedimento era realizado apenas de quatro horas, pois pode ser altamente stressante para a mulher, especialmente na presença de dor e ansiedade (Jackson et al., 2014; NICE, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2017b). Assim, antes iniciarmos o procedimento, explicávamo-lo à parturiente de forma a esclarecê-la sobre a sua necessidade e o que pretendíamos avaliar, obtendo o consentimento e procurando a sua colaboração. Só iniciávamos o toque quando a mulher estivesse pronta para começar, guiando-a durante todo o processo e encorajando-a a relaxar para diminuir o desconforto percebido (OMS, 2017a).

Através do toque vaginal, empurrávamos a apresentação fetal ligeiramente, sendo que, se as membranas estivessem intactas, o líquido amniótico acumulava-se entre estas e o polo fetal, tufando e tornando-se mais tensas durante as contrações; se rotas, observávamos a perda de líquido amniótico pela vagina (Montenegro & Rezende Filho, 2014). Seguidamente, observávamos as características desse líquido relativamente à cor, volume e odor (Queensland Clinical Guidelines, 2017), considerando-se normal a sua coloração clara ou transparente e a ausência de odor, com quantidade variável. A presença mecónio no líquido amniótico era devidamente registada e comunicada à equipa médica de obstetrícia e de pediatria, pois está associada à restrição das propriedades antibacterianas do líquido, permitindo a proliferação de microrganismos e aumentando a probabilidade de infeção (Chandraharam, Evans, Krueger, Pereira, Skivens & Zaima, 2018).

A rotura das membranas facilitava a monitorização do comportamento fetal, para a qual procedíamos à avaliação de parâmetros como a apresentação, a situação, a posição, a variedade, a atitude, e a progressão fetais mediante os planos de Hodge. Idealmente, o feto adquire uma apresentação cefálica, situação longitudinal, na posição esquerda ou direita, e variedade anterior, transversa ou posterior. A atitude é de flexão progressiva à medida que vai descendo no canal de parto (Montenegro & Rezende Filho, 2014). Nas parturientes examinadas ao longo deste estágio, todos os fetos se encontraram em apresentação cefálica, fletida e bregmática, situação longitudinal e em occipito anterior, variando na sua posição em esquerda ou direita. Contudo, pudemos, também, identificar algumas variedades posteriores.

Avaliávamos, ainda, a adequação do polo fetal à bacia materna, confirmando se a adoção dos menores diâmetros fetais perante os menores diâmetros da bacia materna estava a decorrer adequadamente, e a morfologia da bacia, para identificar se as suas dimensões estavam em proporcionalidade com as estruturas fetais. Esta avaliação era realizada através da palpação interna das estruturas da bacia materna, iniciando-se no arco suprapúbico, seguindo o estreito superior até atingir o promontório sagrado; identificávamos as espinhas ciáticas e finalmente, a ponta do sacro e o cóccix (Montenegro & Rezende Filho, 2014). Finalizado o procedimento, informávamos a parturiente/casal sobre os resultados da avaliação e quais as atitudes a tomar perante os mesmos (OMS, 2017a).

Um dos focos de atenção de enfermagem no qual incidimos maior atenção nesta fase do TP foi a Dor. Segundo o ICN (2015, p.54), a dor de TP define-se como a *sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto*. A dor é considerada o elemento que melhor guia o TP, intensificando-se com a sua progressão e servindo como guia protetor para a parturiente ao estimular a adoção de posicionamentos que conduzam ao seu alívio (Pedro & Carvalho de Oliveira, 2016).

A etiologia da dor de parto varia mediante o estadio considerado. No primeiro estadio deve-se, essencialmente, à dilatação cervical, à distensão do segmento inferior do útero e à contratilidade uterina que, com a progressão, intensifica-se e estende-se até às regiões infraumbilical, lombar e sagrada; no segundo estadio acresce a dor perineal em consequência da distensão provocada pelo avanço da apresentação fetal, que provoca a compressão dos tecidos e o estiramento das suas fibras musculares, sendo esta uma dor mais localizada e intensa; por último, no terceiro e quarto estadios do TP a dor encontra-se associada à dequitação e à involução uterina (Guerra, 2016). Desta forma, atendendo à especificidade do estadio em causa, identificámos o foco de enfermagem Dor de período de dilatação cervical definida pelo ICN (2015, p.54) como o *desconforto ligeiro a intenso durante a primeira fase do trabalho de parto*. Na sua avaliação, indo de encontro ao protocolo de serviço, utilizávamos a escala numérica da dor, sendo que a sua fácil aplicação e interpretação permitia a avaliação correta deste parâmetro, ajudando-nos a identificar

estratégias de alívio adequadas à intensidade manifestada e às necessidades de cada parturiente (Guerra, 2016).

A dor sentida ao longo do TP, quando intolerável, pode exercer um efeito inibitório na contratilidade uterina, comprometendo o aporte de sanguíneo ao útero, e provocar hiperventilação materna com conseguinte diminuição do aporte de oxigénio materno, sendo que, ambos os casos, podem comprometer o aporte de oxigénio fetal (Lee et al., 2016; Pedro & Carvalho de Oliveira, 2016).

A dor experienciada durante o TP não apresenta uma etiologia assente em processos patológicos ou trauma, apresentando-se como o resultado da interação entre fatores fisiológicos e fatores psicológicos, definindo-se, por isso, como um fenómeno simultaneamente sensitivo e afetivo. Consequentemente, as estratégias implementadas perante outras situações clínicas não são adequadas já que o seu objetivo não é parar este processo, mas facilitar a sua progressão (Jackson et al., 2014; Pedro & Carvalho de Oliveira, 2016). Consequentemente, optámos pela implementação de intervenções assentes ação conjunta da prestação de um suporte eficaz e de métodos de alívio da dor selecionados segundo as preferências e as necessidades das parturientes (Lee et al., 2016). Primeiramente, privilegiávamos o reconhecimento e análise do estado emocional da parturiente. Emoções como o medo e a ansiedade são geralmente experienciadas em simultâneo com a dor, podendo afetar a perceção da mesma, pelo que se revela essencial a sua identificação. Por sua vez, a presença de uma dor intolerável, aumenta os níveis de ansiedade e medo pela inabilidade de controlar a situação (Jackson et al., 2014).

Mediante as preferências das parturientes, implementamos um conjunto de estratégias não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor. No que toca às primeiras, destaca-se: a utilização da bola de pilates para a adoção de posições verticais que, por provocar o aumento do fluxo sanguíneo ao útero, conduz à regularização e aumento da eficácia da atividade uterina, traduzindo-se na diminuição da dor percecionada; a adoção de diferentes posições aquando do repouso no leito, associada à diminuição da pressão nas zonas alvo da dor e do desconforto, promovendo, simultaneamente, a maximização dos diâmetros pélvicos de modo a facilitar a rotação e descida da apresentação fetal; e, por último, orientámos a parturiente na realização de exercícios de respiração, de modo a proporcionar uma estratégia que lhe permitisse lidar com a dor e desconforto associada às contrações uterinas e combater a ocorrência de hiperventilação materna (Ferreira, 2016; Silva, Ramos, Jordão, Silva, Carvalho & Costa, 2013).

Por sua vez, o alívio da dor por métodos farmacológicos era proporcionado pela introdução de um cateter por via epidural através do qual, era administrada uma solução composta por sufentanil e ropivacaína, mediada por PCEA (*Patient-controlled epidural analgesia*), acompanhada por uma perfusão contínua epidural basal. Perante a seleção do método farmacológico de alívio da dor e indo ao encontro das competências do EESMO, a nossa conduta assentou na colaboração com a equipa de anestesia na implementação desta intervenção para promoção, prevenção e controlo da dor (DR, 2019), mais especificamente,

pela explicação do procedimento à parturiente, pela reunião e preparação prévia do material necessário e pelo posicionamento prévio da mesma.

Realizávamos, ainda, ensinamos e monitorizávamos a parturiente para o surgimento dos efeitos secundários associados a este método, os quais podemos destacar: náuseas e vômitos; hipotensão; prurido; injeção intravascular; depressão respiratória; retenção urinária pelo bloqueio motor associado (Ricci, 2013; Cunningham et al., 2012). Consequentemente, identificamos os seguintes diagnósticos de enfermagem: Risco de Hipotensão e Risco de Retenção urinária (ICN, 2015).

Perante o diagnóstico de Risco de hipotensão, após a realização do procedimento, procedíamos à monitorização da FCF e da TA materna de 15 em 15 minutos, o que contraria a evidência atual que a defende de cinco em cinco minutos durante 15 minutos, após a colocação do cateter e da administração de cada bólus individual (NICE, 2014). Além disso, mediante prescrição médica, administrávamos Lactato de Ringer antes do procedimento, mantendo a perfusão após o mesmo, para prevenir a hipotensão provocada pelo bloqueio simpático associado a esta intervenção (Freixo, 2015).

Por sua vez, perante o diagnóstico de Risco de Retenção Urinária, monitorizávamos a eliminação urinária de hora em hora, para identificação de globo vesical em que, se presente, a parturiente era incentivada a urinar espontaneamente. Se esta fosse bem-sucedida, continuava-se a monitorização horária, caso contrário, discutia-se com a parturiente a possibilidade da colocação de um cateter urinário, explicando a sua necessidade e informando sobre os possíveis riscos associados (Hiller, Farrington, Forman & Cullen, 2017; Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists [RANZCOG], 2017). A presença de um globo vesical de dimensão acentuada está associada a maior percepção de dor, à redução da eficiência das contrações uterinas e ao atraso da descida da apresentação fetal; por outro lado, a o cateterismo vesical apresenta o risco de desenvolvimento de infeções urinárias (Jackson et al., 2014).

Ao longo deste estágio, lidamos com alguns casos de alteração da dinâmica do primeiro estadio do TP, nomeadamente, o TP estacionário, o que implicou o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem Processo de Trabalho de Parto atrasado ou Processo de Trabalho de Parto comprometido, se o TP estivesse a progredir mais lentamente que o esperado ou no caso de paragem da progressão, respetivamente. Relativamente à fase latente, o diagnóstico era estabelecido quando a duração da mesma ultrapassava as 20 horas na nulípara e a as 14 horas na múltipara (acrescentando-se uma hora a cada valor na presença de analgesia epidural); na fase ativa, este era realizado quando não existia progressão da dilatação durante quatro horas antes dos seis centímetros e durante duas horas após esse marco (DGS, 2015b). Na etiologia do comprometimento da progressão do parto pode estar a incompatibilidade fetopélvica, as distocias e/ou a presença de contrações uterinas ineficazes, sendo que a identificação da causa é determinante para a implementação das intervenções adequadas (Moldenhauer, 2018).

Assim perante a progressão do TP comprometida pela ineficácia das contrações uterinas, procedíamos a à administração de ocitocina para a aceleração do TP, mediante prescrição médica, sendo necessário a presença de um índice de Bishop igual ou superior a sete (Coutinho, 2014). Neste caso, pretende-se a obtenção de três a quatro contrações uterinas eficazes, ou seja, que resultem em alterações cervicais (DGS, 2015b).

Frequentemente, era prescrita, também, a amniotomia (OMS, 2015). Antes da sua realização, obtínhamos o consentimento da parturiente e assegurávamos as condições de privacidade e de segurança, tais como a necessidade de a apresentação estar apoiada, para diminuir o risco de prolapso do cordão, e a monitorização CTG. Colocávamos uma arrastadeira e, com luvas esterilizadas, realizávamos o toque vaginal, detetando e fixando o polo fetal. Com a outra mão introduzíamos a pinça de Heff, orientando-a ao longo dos dedos do toque e até às membranas, e esperávamos por uma contração para que estas ficassem mais tensas para facilitar a sua perfuração. Logo após a rotura, fixávamos a apresentação, assegurando que não havia prolapso do cordão, e observávamos as características do líquido amniótico (Mahdy, Glowacki & Gossman, 2019). Finalmente, verificávamos o estado fetal tranquilizador, realizávamos cuidados de higiene e assegurávamos o conforto da parturiente (Begley, 2014).

As membranas amnióticas têm como função a proteção fetal pelas suas propriedades anti-inflamatórias, antibacterianas e antivirais. Consequentemente, a sua rotura, quer seja artificial (amniotomia) quer seja espontânea, apresenta risco acrescido de desenvolvimento de processo infeccioso, especialmente quando prolongada (duração superior a 18 horas) (Al-lawama, AlZaatreh, Elrajabi, Abdelhamid & Badran, 2019), pelo que, nestes casos, identificámos o diagnóstico de enfermagem Risco de Infecção (ICN, 2015) perante o qual procedíamos à avaliação regular da temperatura, da frequência cardíaca materna, das características do líquido amniótico e do bem-estar fetal, para despiste de taquicardia fetal (Fonseca, 2016; Montenegro & Rezende Filho, 2014).

3.3. Segundo estadio do trabalho de parto

O segundo estadio do TP/período expulsivo é o período entre a dilatação cervical completa e a expulsão fetal, durante o qual a parturiente apresenta o desejo de puxar como resultado das contrações uterinas expulsivas (OMS, 2018). A NICE (2017), refere que este estadio pode ser dividido em duas fases: a fase passiva, que consiste na descoberta da dilatação cervical completa antes ou na ausência de contrações expulsivas involuntárias; e a fase ativa, em que a cabeça fetal é visível, existe a dilatação completa e contrações expulsivas ou a presença de esforços maternos ativos na ausência das primeiras. Verificando-se a presença de contratilidade uterina regular, esforços expulsivos maternos eficazes e evidenciando-se o bem-estar materno e fetal, considera-se uma duração máxima até três horas nas primíparas e até duas horas nas múltiparas. No caso das parturientes que recorrem

à analgesia epidural deve-se acrescentar uma hora aos tempos supracitados (DGS, 2015b; Montenegro & Rezende Filho, 2014).

Na fase latente do período expulsivo, perante a confirmação da dilatação completa através da realização do toque vaginal, adotamos uma atitude expectante aguardando pela descida e encravamento da apresentação fetal ao nível do terceiro plano de Hodge, em que o maior diâmetro fetal (diâmetro parietal nas apresentações de vértice) ultrapassa o maior diâmetro da bacia materna (o estreito superior) fixando-se a nível das espinhas isquiáticas (Fatia & Tinoco, 2016). Durante este tempo de espera, aproveitávamos para preparar todo material necessário para o parto e para a receção do RN, assim como o material de sutura, se necessária a realização de episiorrafia ou correção de laceração. Procedíamos, também, à colocação do equipamento de proteção individual e, finalmente, posicionávamos a parturiente para o período expulsivo, sendo protocolada a posição de litotomia/ginecológica, apesar de contrariar as atuais recomendações da OMS (2018) que defendem a liberdade de escolha na posição a adotar para o período expulsivo, preferencialmente as posições verticais, nos casos considerados de baixo risco.

Desta forma, mediante a identificação do foco de enfermagem Conhecimento sobre posições a adotar no período expulsivo e no sentido de promover a liberdade de escolha e a tomada de decisão informada, ensinávamos e instruíamos sobre as diferentes posições possíveis de adotar no período expulsivo (NICE, 2014). A evidência demonstra que as posições verticais (cócoras) e laterais comparativamente às supinas (litotomia e semi-sentada) estão associadas a menor frequência de padrões anormais de FCF, de episiotomia e da gestão ativa do segundo estadio do TP (ACOG, 2019b). A posição de litotomia, especificamente, está associada a menor liberdade de movimentos, a maior risco de hipotensão e desacelerações da FCF; associa-se, também, a uma maior limitação da mobilidade da bacia, impedindo a retroversão do sacro, que gera o aumento do diâmetro do estreito inferior da bacia materna. Assim, nos casos em que a posição de litotomia foi adotada, implementámos algumas estratégias para favorecer esta mobilidade, destacando-se a colocação dos pés nas perneiras da cama posicionando-as num ângulo superior a 90 graus ou agarrando-as pelos joelhos ou pela parte posterior, promovendo a sua rotação interna (Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016).

Já na fase ativa do período expulsivo, surgiu a necessidade de assistir a parturiente nos esforços expulsivos. O reflexo expulsivo é despoletado pela compressão dos nervos sacrais e obturadores, devida à distensão dos tecidos da vagina e do períneo provocada pela descida do polo inferior fetal, que é impulsionado pela atividade das contrações uterinas (Fatia & Tinoco, 2016; Montenegro & Rezende Filho, 2014). Este processo leva ao desenvolvimento do reflexo de Ferguson que reflete o ciclo no qual a estimulação nervosa resultante da crescente compressão tecidual exercida pela cabeça fetal, estimula a produção e libertação de octitocina que, consequentemente, eleva a intensidade das contrações uterinas (Blanks & Thornton, 2003). Este ciclo manifesta-se na necessidade materna para exercer os esforços expulsivos durante a fase ativa do segundo estadio do TP.

No sentido de promover a eficácia dos esforços expulsivos, aconselhámos as parturientes a puxar quando sentissem desejo para tal, durante o tempo que quisessem e mediante um padrão de respiração e vocalização livres (Koyucu & Demirci, 2017; NICE, 2017). Informámos, também, que a exerceção dos esforços expulsivos na presença de contração uterina, pela a força cumulativa desta e do puxo, contribuíam para a sua maior eficácia (FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee, 2012a).

Ao longo deste estágio, verificámos casos em que, devido ao bloqueio motor exercido pela administração de analgesia pela via epidural, o reflexo expulsivo não se encontrava presente. Nestas situações, tivemos necessidade de recorrer ao método de Valsava que consiste na realização de esforços expulsivos, repetidos e dirigidos, através do encerramento da glote durante um período de 10 segundos, sendo, frequentemente, iniciado logo que detetada a dilatação completa. Comparando os dois métodos, não existe evidência científica que promova um método em detrimento do outro, se bem que o método de Valsava está associado a uma menor duração deste estadio (Lemos, Amorim, Dornelas de Andrade, Souza Al & Cabral Filho, 2017). Contudo, no cuidado às parturientes ao longo deste estágio, tentámos promover ao máximo o puxo espontâneo, já que permite preservar a energia materna, promove o estiramento passivo dos tecidos perineais e, geralmente, resulta na exerceção da maior pressão perineal no pico da contração (Downe & Marshall, 2014).

Considerando a sequência do mecanismo de parto e através da força exercida pelos esforços expulsivos, o polo inferior fetal progride ao longo do canal de parto através dos movimentos de insinuação, descida, flexão e rotação interna, que permitem a modulação da cabeça fetal e a sua adaptação à estrutura da bacia materna, para que o feto atinja o períneo, provocando a sua abaulação e ocorrendo a coroação.

Aquando do coroamento da cabeça fetal, avaliávamos a resposta dos tecidos perineais ao estiramento provocado pela pressão do polo fetal, determinando a necessidade de episiotomia, precedida da informação e obtenção do consentimento materno para tal. A episiotomia consiste na realização de uma incisão cirúrgica que permite aumentar o diâmetro do canal de parto, diminuindo, teoricamente, a duração do segundo estadio do TP (Ricci, 2013). Esta era realizada de forma seletiva, já que se encontra associada a maior incidência de casos de dispareunia, de hemorragia pós-parto, disfunção sexual e incontinência urinária (OMS, 2018).

Desta forma, como critérios para a tomada de decisão associada à realização de episiotomia, tivemos em conta os seguintes dados: identificação de sofrimento fetal, como a evidência de desacelerações tardias ou de recuperação lenta ou a presença de bradicardia mantida no traçado de CTG; presença de rigidez perineal ou de cicatrizes prévias na área genital com potencial significativo para o desenvolvimento de lacerações severas; identificação de incompatibilidades feto-pélvicas; e presença de macrosomia fetal (Arulkumaran, 2007; Fatia & Tinoco, 2016; OE, 2015; Patarou, 2016). De entre as 10 episiotomias realizadas neste contexto de estágio, em nove das mesmas a nossa tomada de decisão foi orientada pela identificação de rigidez perineal manifestada pelo aspeto

esbranquiçado e, por vezes, edemaciado do períneo, bem como a presença de pequenas lacerações tradutoras da sua fragilidade; o último caso associou-se a uma macrosomia que resultou numa distocia de ombros.

Identificada a necessidade de realização de episiotomia, optámos pela medio-lateral, como patente nas recomendações da NICE (2017) e da OMS (2018) e protocolado no serviço. Para a realização deste procedimento, inseríamos dois dedos na vagina, o indicador e o médio adicionando, posteriormente, a tesoura entre os dedos e os tecidos vaginais. Realizávamos o corte aquando do coroamento e no pico da contração, partindo da fúrcula e com um ângulo de 45° a 60° a partir da linha mediana e numa extensão de cerca de dois centímetros (Fatia & Tinoco, 2016; NICE, 2017).

No momento em que a cabeça fetal iniciava a exteriorização através do movimento de extensão (Fatia & Tinoco, 2016), procedíamos à massagem perineal com lubrificante e realizávamos a técnica *hands on*: com a mão dominante, protegíamos o períneo posterior, protegendo-o com o intuito de evitar a extensão da episiotomia (caso presente) ou o desenvolvimento de lacerações do esfíncter anal; e, simultaneamente, com a mão não dominante, promovíamos a flexão da cabeça fetal, exercendo pressão sobre o occipital em direção ao períneo, através movimentos suaves e controlados, de modo a evitar a sua deflexão descontrolada, podendo resultar em lacerações da uretra e clitóris. Esta técnica apreze associada à redução significativa da incidência de lacerações (Cunningham et al., 2012; Fatia & Tinoco, 2016; NICE, 2017; OMS, 2018).

Não obstante, apesar da aplicação desta técnica e como está patente no gráfico 2, surgiram vários casos de lacerações do primeiro grau, aquelas que atingem a pele, o tecido subcutâneo e/ou o epitélio vaginal, e lacerações do segundo grau, associadas à lesão da fásia e dos músculos perineais (Cunningham et al., 2012).

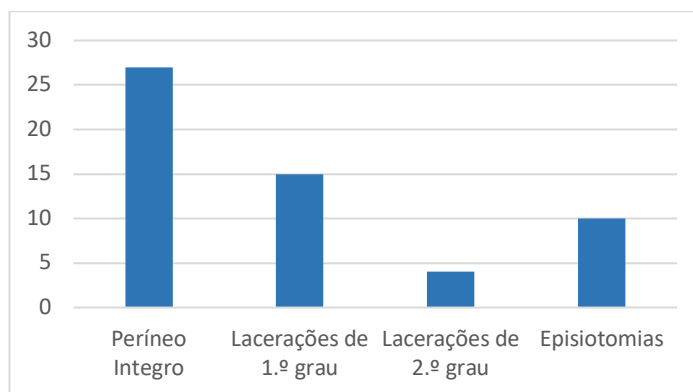


Gráfico 1 - Incidência dos diferentes tipos de trauma perineal nos partos realizados.

Após a expulsão da cabeça fetal, pedíamos à parturiente para cessar momentaneamente os esforços expulsivos e procedíamos à pesquisa de circulares do cordão umbilical, através da introdução dos dedos indicador e médio na região cervical fetal. Neste estágio, lidámos apenas com situações de circulares largas, facilmente desfeitas pela sua passagem por cima da cabeça ou por trás do tronco fetal. Posteriormente, aguardávamos a rotação externa, apoiando-a, se necessário, através da colocação das mãos nas regiões

laterias da cabeça fetal. Seguidamente, libertávamos os ombros: com os dedos em garra, as mãos eram colocadas paralelamente aos parietais e à face fetal e realizávamos a tração controlada no sentido descendente para libertarmos o ombro anterior; colocando a dominante a proteger o períneo, com a não dominante, agarrávamos a cabeça fetal com a mão em garra e procedíamos à tração no sentido do abdómen materno para libertarmos o ombro posterior. Finalmente, apoiávamos o corpo fetal, expulso pelos esforços maternos sem intervenção ou cuidados especiais (Downe & Marshall, 2014; Fatia & Tinoco, 2016).

Após a expulsão, tomávamos nota da hora do nascimento, felicitávamos os pais e, com o RN lateralizado (Freitas & Batista, 2016), procedíamos à sua estimulação removendo a maior quantidade de secreções da cavidade oral, à sua limpeza com panos limpos e secos para evitar a perda de calor, e à estimulação tátil do dorso do RN para incentivar o choro e os primeiros movimentos respiratórios (Hockenberry & Wilson, 2014). A clampagem do cordão umbilical era adiada até ao primeiro minuto de vida, sendo esta intervenção associada a melhor condição materna e do RN, no que toca à saúde de ambos e à nutrição do último (OMS, 2018). Posteriormente, avaliávamos a adaptação do RN à vida extrauterina, através do índice de Apgar (frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele) ao primeiro, quinto e décimo minutos de vida. Um score inferior a 7 estava associado a necessidade de cuidados imediatos de suporte, pelo que pedíamos a presença imediata do pediatra, assim que verificado.

De entre os vários partos realizados, foi possível contactarmos com uma situação de distocia, nomeadamente, uma distocia de ombros, cujo diagnóstico e conduta foi gerida por nós e que, por isso, constituiu um momento marcante de aprendizagem. A distocia de ombros é uma condição séria, já que compromete a respiração do RN pela existente compressão torácica. Além disso, o útero ainda está em fase contrátil podendo afetar o aporte de O₂ à placenta. No caso experienciado, identificámos o diagnóstico de distocia de ombros pela identificação do sinal de tartaruga em que a cabeça fetal, após a exteriorização, foi “sugada” de volta até ao limite da vulva (Menticoglou, 2018).

Após o diagnóstico, solicitámos imediatamente assistência extra, pedimos a um colega para avisar o anestesista, para que este estivesse sobre alerta caso houvesse necessidade, e a outro para chamar a equipa de pediatria. Seguidamente, pedimos a dois membros da equipa que realizassem a hiperflexão das coxas sobre o abdómen, também denominada de manobra de McRoberts, e, pedindo à parturiente para puxar, tentámos a tração controlada do ombro anterior. Como esta não resultou, associada à manobra de McRoberts, pedimos a outro membro da equipa que realizasse pressão suprapúbica sem intenção, após a qual, incentivando a mulher a puxar, tentámos novamente a tração controlada do ombro anterior (Royal College Of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2012), conseguindo, desta vez a sua extração.

As manobras aplicadas na situação descrita são as mais utilizadas para resolver os casos de distocia de ombros. A manobra de McRoberts está associada a uma taxa de sucesso de 90% e a baixa incidência de complicações, pois trata-se de uma manobra não invasiva o

que justifica a sua aplicação primária. Por sua vez, a sua associação com a aplicação de pressão suprapúbica contribui para aumentar a taxa de sucesso na resolução da distocia de ombros ao reduzir o diâmetro biacromial pela rotação interna do ombro anterior fetal (RCOG, 2012). A aplicação de manobras adicionais aparece associada ao aumento da incidência de trauma neonatal (Hoffman et al., 2012).

Como é possível verificar pela figura 5 apresentada no início deste capítulo e que resume as experiências deste estágio, além dos 59 partos realizados, pudemos assistir a 57 partos dos quais 24 foram partos vaginais eutócicos e 33 foram partos vaginais distócicos pela aplicação de ventosa. Os motivos para a recorrência à ventosa estiveram associados, na sua grande maioria, à identificação de traçado de CTG não tranquilizador, esforços expulsivos não eficazes e situações de TP estacionário. Nestes casos a nossa conduta passou por colaborar com equipa médica no parto, tal como preconizado pela OE (DR, 2019), nomeadamente, pela prestação de cuidados à parturiente alvo de parto instrumentado, assentes na escuta ativa para as suas necessidades, tentando reduzir o medo e a ansiedade apresentados. Mais especificamente, é possível destacar a colaboração através de intervenções como o posicionamento da parturiente, monitorização de sinais vitais, administração de terapêutica, esvaziamento do globo vesical e, ainda, a preparação do ambiente para a chegada do RN e a receção e prestação dos cuidados necessários ao mesmo (Rodrigues, 2016).

3.4. Terceiro estadio do trabalho de parto

O terceiro estadio do TP inicia-se após o nascimento do RN, terminando com a expulsão da placenta e respetivas membranas. Este período pode durar até 30 minutos, no caso de gestão ativa, e até 60 minutos na gestão fisiológica. No NP, realizávamos a gestão ativa que implica a administração de ocitocina, a clampagem do cordão umbilical e a tração do mesmo após sinal de descolamento da placenta (NICE, 2014).

Assim, após a expulsão fetal, como referido anteriormente e segundo as recomendações da OMS (2018), aguardávamos até ao primeiro minuto completo após o nascimento para proceder à clampagem e posterior laqueação do cordão umbilical. Procedíamos à laqueação tripla do cordão, tal como preconizado pela instituição, que consistia nos seguintes passos: aplicação de um clamp de plástico dois a três centímetros do abdómen materno; aplicação de uma pinça de Kocher a cerca de quatro a cinco centímetros do abdómen fetal; aplicação de outra pinça próximo da vulva; realização da secção do cordão entre o clamp e a primeira pinça (Cunningham et al., 2012).

Relativamente ao *timing*, como referido anteriormente, a OMS (2018), defende que a clampagem/laqueação tardia é aquela que é realizada, no mínimo, ao minuto completo após o nascimento, apresentando-se como vantajosa pelos benefícios para a saúde materna e infantil bem como a melhores desfechos nutricionais para o RN. Vários estudos têm vindo

a documentar as suas vantagens, associadas, nos RN de termo, a melhores reservas de ferro aos seis meses de idade e maior concentração de hemoglobina e, nos RN pré-termo, a uma circulação transitória mais eficaz, ao melhor estabelecimento do volume de células vermelhas e à diminuição da necessidade de transfusões de sangue com redução de cerca de 50% na probabilidade de desenvolver hemorragia intraventricular. Contudo, também pode provocar policitemia e hiperbilirrubinémia, com consequente aumento da incidência de icterícia neonatal e da necessidade de fototerapia (Raju & Singal, 2012).

Após a clampagem do cordão umbilical, sempre que desejado pela mãe, colocávamos o RN em contacto direto com a pele do tronco materno, posicionando-o de modo a permitir o contacto visual com ambos os progenitores, promovendo a ligação mãe/pai-filho (RANZCOG, 2017). Segundo Phillips (2013), o contacto pele a pele imediatamente após o nascimento, facilita a transição do estado fetal para o de RN ao promover uma melhor estabilidade respiratória, termorregulação e controlo da glicose; para as mães que o praticam, promove o desenvolvimento de comportamentos maternos, contribui para aumentar a confiança no cuidado ao RN e favorece períodos mais longos de amamentação exclusiva (NICE, 2014).

Após a expulsão fetal e cessação da pulsação do cordão umbilical, pela ação das contrações uterinas, o útero contrai-se levando à redução significativa da superfície de inserção da placenta e, consequentemente, ao seu descolamento. Este ocorre ao nível da zona menos resistente, a camada esponjosa, devido aos processos degenerativos e necróticos que se iniciaram nas últimas semanas da gravidez. Em consequência deste processo de separação, no local em que se iniciou o descolamento, forma-se o hematoma retroplacentário, que se expande por entre o espaço delimitado pelas paredes uterinas e pelos cotilédones, favorecendo a separação placentar em cada onda contrátil (Montenegro & Rezende Filho, 2014).

Existem dois tipos de mecanismo de descolamento placentar: o mecanismo de Schultze, correspondente a cerca de 75% dos casos, em que a separação se inicia na zona mais central da inserção da placenta e esta se inverte sobre si própria aparecendo a face fetal em primeiro lugar no introito vaginal, seguida da expulsão de sangue resultante da formação de um hematoma posterior, que só é detetável após a saída da placenta; e o mecanismo de Duncan, correspondente a 25% dos casos, em que o descolamento inicia-se na zona mais periférica da inserção placentar, separando-se as membranas da parede uterina, com descida lateral da placenta e visualização primária da face materna acompanhada de uma perda de sangue discreta e contínua (Fatia & Tinoco, 2016).

Perante esta perda sanguínea associada ao terceiro estadio do TP, identificávamos o diagnóstico Risco de Hemorragia Pós-parto (ICN, 2015), cujas intervenções estiveram inerentes à gestão ativa deste estadio. A gestão ativa do terceiro estadio do TP está associada à redução da incidência de hemorragia pós-parto, de perda sanguínea até 1000 ml, de anemia pós-parto e da necessidade de transfusão sanguínea. Contudo, apresenta, também, alguns efeitos indesejados, nomeadamente, náuseas, vômitos, hipertensão pós-

natal, dor e risco de retenção placentar (Begley, Devane, McGuire, Weeks & Biesty, 2019; FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee (2012b); Güngördük, Olgaç, Gülseren & Kocaer, 2018).

Neste sentido, a conduta que adotamos na gestão ativa do TP assentou nos seguintes passos: administração de urotônicos previamente prescritos até um minuto após a expulsão fetal, nomeadamente a perfusão de ocitocina, por forma a assegurar a eficácia das contrações uterinas; drenagem do sangue placentário, após a laqueação do cordão, deslamlpando o mesmo do lado materno e deixando o sangue fluir num saco próprio para esse efeito; confirmação do descolamento espontâneo da placenta, observando para a presença de sinais de separação, tais como a alongamento do cordão, perda de sangue reduzida, útero firme e globoso à palpação e vontade da mulher para puxar. Complementariamente, aplicávamos a pressão suprapúbica, com o bordo externo da mão (Manobra de Kustner) para verificar se o cordão retraía ou não, sendo que a ausência de retração era indicadora de descolamento da placenta. Finalmente, procedíamos à tração controlada do cordão, na expulsão da placenta, incentivando a mulher a exercer esforços expulsivos. Aquando da saída da placenta, apoiando-a com as duas mãos, procedíamos à sua rotação para a extração segura das membranas (Manobra de Dublin) (ICM & FIGO, 2004; NICE, 2017; Queensland Clinical Guidelines, 2017b).

De seguida, realizávamos a massagem uterina para a expulsão de possíveis coágulos que pudessem impedir a sua involução e inspecionávamos o canal de parto para averiguar o grau de trauma perineal. Inspeccionávamos, também, rigorosamente a placenta. Colocando-a num tabuleiro próprio para o efeito com a face fetal virada para cima, analisávamos o cordão umbilical com especial atenção à sua constituição (existência de três vasos, duas artérias e uma veia, geleia de Wharton), à presença de nós verdadeiros ou falsos, qual o tipo e local de inserção e qual o comprimento. Voltando a placenta para a face materna: observávamos as membranas confirmando a presença de dois folhetos (amnio e corion); identificávamos o ponto de rotura das membranas, para identificar o tipo de inserção da placenta; e, abrindo as membranas, observávamos os seus contornos e a integridade dos cotilédones (Montenegro & Rezende Filho, 2014).

3.5. Período de hemóstase

O período de hemóstase corresponde à primeira hora após a saída da placenta e respetivas membranas (Montenegro & Rezende Filho, 2014). Nesta fase, a intervenção do EESMO tem como principal objetivo prevenir a hemorragia pós-parto, que pode advir de atonia uterina e lacerações vaginais ou do colo uterino (Kaur, Kaur & Saha, 2014).

Após a saída da placenta, para a assegurar a estabilidade hemodinâmica e despistarmos sinais e sintomas associados ao risco de hemorragia pós-parto, desenvolvíamos atividades de vigilância, cuja realização abrangia as primeiras duas horas de vida: a

avaliação do estado geral através da observação geral materna, incluindo parâmetros como a coloração da pele e mucosas, a respiração e o relatório da própria mulher sobre como se sentia; a avaliação dos sinais vitais, a cada 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos na segunda, se necessário; avaliação da presença do globo de segurança de Pinard e avaliação da perda sanguínea, de 15 em 15 minutos, atentando para a sua origem, e quantidade e para a presença de coágulos (Fatia & Tinoco, 2016; NICE, 2014; Ricci, 2013). Eliminando a possibilidade de hemorragia pós-parto iminente, procedíamos para os cuidados perineais e inspecionávamos, novamente, o canal de parto e colo uterino para análise da extensão da episiotomia (se realizada) e da existência de lacerações e quais os tecidos afetados (Kaur et al., 2014).

Perante a necessidade de correção de laceração ou de realização de episiorrafia (correção cirúrgica perineal), informávamos a puérpera sobre o procedimento e pedíamos a sua colaboração, procedendo ao reforço de analgesia se necessário. Antes de iniciar o procedimento, protegíamos a região perineal posterior com campo esterilizado e, num outro campo, dispúnhamos o material de sutura incluindo o kit de sutura, compressas e o fio de sutura. Segundo o protocolo de serviço, o fio aplicado era o Vicryl Rapide 2/0, contudo, nalgumas ocasiões, identificámos pequenas lacerações perto da região do meato urinário ou nos pequenos lábios que, pela fragilidade do tecido, eram corrigidas com Vicryl Rapide 3/0. Ambos estes fios de sutura são materiais sintéticos absorvíveis e estão associados a uma menor necessidade de analgesia (Kettle & Tohill, 2010).

O procedimento era iniciado o mais precocemente possível, com o intuito de minimizar o risco de edema perineal que dificulta o reconhecimento das estruturas e planos que necessitam de ser suturados. Iniciávamos a sutura acima do vértice da incisão, na mucosa vaginal, a qual era encerrada através de uma sutura contínua. A camada muscular era encerrada, geralmente, por uma a duas camadas de sutura contínua, dependendo da profundidade da incisão. Finalmente, na pele, recorriamos, geralmente, aos donatti, assegurando que apenas abrangessem a camada subcutânea (Thakkar, 2014).

Posteriormente, inspecionávamos, novamente, o canal de parto para confirmar a execução adequada da episiorrafia/correção da laceração e reavaliávamos a formação do globo de segurança de Pinard, a involução uterina e as características da perda sanguínea. Procedíamos, então, para os cuidados perineais e assegurávamos o conforto da puérpera.

Na primeira hora de vida, incentivávamos a amamentação, promovendo o contacto contínuo entre a mãe e o RN (NICE, 2014). Este é considerado o momento ideal para a primeira mamada, pois o RN, geralmente, encontra-se mais alerta e apresenta o seu reflexo de sucção particularmente forte. Assim, primeiramente, atuámos de modo a promover o contacto pele a pele entre a mãe e o RN e apoiávamos a puérpera na primeira mamada, assegurando a adaptação correta do RN à mama. Posteriormente, para que os progenitores pudessem tirar o maior proveito deste momento de promoção da ligação mãe/pai-filho, garantíamos a sua privacidade (NICE, 2017; Ricci, 2013).

Terminado o processo de amamentação, procedíamos à remoção do cateter epidural e do cateter urinário (quando aplicável), assistíamos a puérpera nos cuidados de higiene/perineais e repetíamos as avaliações supracitadas, sendo que, após isto e estando assegurada a segurança da puérpera e do RN, era oferecida uma refeição leve à puérpera (Begley, 2014). Na ausência do bloqueio motor e assegurada a estabilidade hemodinâmica promovíamos a mobilidade e incentivávamos a tentativa da primeira micção (Ricci, 2013).

Nos cuidados imediatos prestados ao RN, tivemos em consideração o foco de enfermagem Desenvolvimento Infantil (ICN, 2015), indo de encontro às orientações da OE para as competências do EESMO que defendem que este é responsável por assegurar a avaliação imediata do RN, implementando medidas que suportem a sua adaptação ao meio extrauterino (DR, 2019). Neste sentido, começávamos por realizar uma inspeção cefalo-caudal do RN, atentando para desvios da normalidade; procedíamos à avaliação antropométrica, através da determinação do peso e do comprimento corporal e do perímetro cefálico; administrávamos as profilaxias do nascimento (protocoladas), nomeadamente da vitamina K (1 mg por via intramuscular), para a prevenção de hemorragias, e da pomada oftálmica de cloridrato de oxitetraciclina, em ambos os olhos para a prevenção da conjuntivite neonatal; e, finalmente, realizávamos a monitorização e avaliação da primeira mamada e monitorização da primeira micção e da primeira dejeção, atentando para as suas características (Lowdermilk & Perry, 2006; NICE, 2017; OMS, 2018).

Após este as duas horas consideradas para o período de hemostase, verificando-se a estabilidade da puérpera e do RN, estes eram transferidos para o serviço de puerpério, cuja após a transmissão dos dados necessárias à continuidade do cuidado.

Terminando este capítulo, concluímos que este módulo de estágio foi, dos três, o mais desafiante e talvez por isso, ao terminar, o mais gratificante. Pela especificidade das competências a desenvolver, houve necessidade de recorrermos constantemente à evidência científica para justificar a prática e a tomada de decisão. Foi, ainda, necessário treinar e direccionar o nosso raciocínio para considerar as particularidades clínicas de cada mulher na interpretação dos dados, das avaliações realizadas. Um exemplo prático desta situação trata-se da interpretação dos traçados de CTG, cujo padrão não podia ser interpretado isoladamente, mas mediante a situação materna e/ou fetal e mediante a própria fase do TP.

Neste estágio recorremos, de forma intensa à reflexão crítica na análise das situações vivenciadas em cada turno e da conduta implementada perante as mesmas, por forma a discernir os aspetos que necessitavam de ser aprimorados. Esta atividade permitiu-nos o reconhecimento e a consciencialização dos erros cometidos, evitando, posteriormente, a sua repetição. Permitiu-nos, ainda, trabalhar o raciocínio lógico, pela reflexão sobre o fio condutor entre todas as decisões tomadas e a sua etiologia.

No sentido de desenvolver uma prática reflexiva rumo a uma evolução positiva da aprendizagem, verificámos que era fundamental o feedback por parte da tutora. Assim, após

cada atividade significativa, esta era analisada e discutida com a tutora, de modo a identificar as áreas que careciam de maior de investimento.

4. PUERPÉRIO: O CUIDADO E A PROMOÇÃO DE UMA ADAPTAÇÃO SAUDÁVEL À PARENTALIDADE

Denomina-se período pós-parto ou puerpério ao conjunto de mudanças físicas e psíquicas que ocorrem após o nascimento do RN e que pressupõem a restituição do corpo e mente maternos ao estado anterior à gravidez, bem como a sua preparação para o processo de amamentação, terminando quando esta restituição está completa (Ferreira, 2016). De acordo com Ferreira, (2016), no puerpério podem ser consideradas três fases: o puerpério imediato, que vai desde o nascimento até às primeiras 24 horas de vida; o puerpério precoce, que vai até ao final da primeira semana de vida; e o puerpério tardio, que termina no final da sexta semana pós-parto.

O puerpério é um período marcado por grande vulnerabilidade para o casal, mas sobretudo para a mulher, pois envolve mudanças significativas traduzidas por ajustamentos fisiológicos, associados a alterações hormonais bruscas, fadiga e desconforto físico, etc., e psicossociais, implícitos à adaptação e incorporação do papel parental (Mendes, 2007).

Corroboramos com a perspectiva de Steen & Wray, (2014) em que a qualidade do cuidado pós-natal, nos primeiros dias a semanas após o parto, pode ter um impacto diferencial na experiência da transição para a parentalidade. A diretiva da OE (DR, 2019), que inclui o leque de competências do EESMO, defende que a este pertence o cuidar da mulher e respetiva família neste período e que o seu papel pode ser fulcral para a adequada adaptação do casal ao mesmo. Afirma, ainda, que esta transição implica o desenvolvimento de cuidados individualizados de qualidade, orientados para a promoção da saúde da puérpera e do RN, pela implementação de intervenções de prevenção e de diagnóstico de complicações maternas e neonatais e pela garantia do seu bem-estar e segurança, objetivando a recuperação materna, a adaptação adequada do RN à vida extrauterina e a realização de um processo de transição para a parentalidade positivo (OE, 2011; DR, 2019).

Esta competência constituiu o pilar orientador do estágio Autocuidado Pós-parto e Parentalidade que foi concretizado pela aquisição de um conjunto de conhecimentos e competências que nos permitiram providenciar assistência de enfermagem especializada na prestação de cuidados à mulher/família e RN no contexto de puerpério (ESEP, 2018), potenciando a sua saúde e promovendo o sucesso na transição e adaptação à parentalidade (DR, 2019). Por conseguinte, desenvolvemos atividades que nos permitiram identificar as necessidades da mulher/família e RN, bem como os sinais associados a uma recuperação e ajustamento adequados à nova realidade e os sinais e sintomas associados a desvios da normalidade, planeando e implementando cuidados especializados individualizados.

O serviço de Puerpério do CMIN é constituído por trinta e quatro camas, que recebe puérperas de partos vaginais e cesarianas e os respetivos RN, exceto na existência de complicações que justificassem a sua permanência na neonatologia. Lembremos que o CMIN é um hospital Amigo dos Bebés, que defende a necessidade da permanência conjunta da mãe e do RN, no mesmo espaço físico e nas 24 horas diárias, para a promoção do sucesso da amamentação (UNICEF, 2018).

A chegada da puérpera/casal e do RN ao Puerpério era precedida de um telefonema do NP, com o intuito de transmitir as informações fundamentais sobre a sua situação clínica. Mediante esta, já no serviço, iniciávamos o acolhimento com a apresentação do espaço físico, especificando o número da unidade em que a utente iria permanecer, e explicávamos as regras de funcionamento e a dinâmica do serviço, tais como o horário de visitas, das refeições e da visita médica, demonstrando disponibilidade para atender às questões e necessidades apresentadas. Procedíamos à confirmação dos dados de identificação maternos e do RN e, neste último, verificávamos a presença da pulseira de identificação e da pulseira eletrónica.

De seguida, consultávamos, também, o processo clínico materno e do RN para obter informações necessárias à avaliação inicial, uteis para estabelecer os diagnósticos de enfermagem e o respetivo plano de cuidados. Assim, foram considerados os seguintes dados maternos: historial de saúde e obstétrico, IG, índice obstétrico, grupo sanguíneo, duração da rotura de membranas, resultado do teste de Streptococcus B, tipo de parto, tipo de analgesia a que foi submetida, integridade do períneo, localização do útero, características dos lóquios e complicações ocorridas durante o TP e parto. Relativamente ao RN, destacamos as informações relativas à hora de nascimento, sexo, índice de Apgar, a presença de circulares e características do cordão, anormalidades do líquido amniótico, existência de alterações físicas ou anomalias congénitas, método de aleitamento e hora da última refeição, características da mamada (se aplicável), apresentação dos reflexos primitivos e eliminação vesical e intestinal.

Como se pode verificar pela figura seguinte, este estágio proporcionou-nos um número significativo de experiências de aprendizagem. Consequentemente, para orientar as atividades desenvolvidas e considerando os processos inerentes ao puerpério, definimos três áreas de atenção, nomeadamente, o cuidado materno, o cuidado ao RN e o processo de transição para a parentalidade.

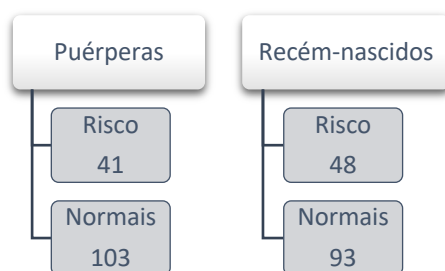


Figura 6 - Registo de experiências do estágio Autocuidado Pós-parto e Parentalidade.

O puerpério constitui um período crítico na vida do casal, pela tarefa desenvolvimental da transição para a parentalidade, agora solidificada pela presença do RN. Esta transição é um processo irreversível que implica mudanças pessoais e interpessoais que ocorrem à medida que o casal se concebe como pai e mãe, exigindo a incorporação de novos conhecimentos e de novas competências, a alteração de comportamentos e a redefinição de significados e da sua própria identidade e posição no contexto social. A transição considera-se completa quando a mãe e o pai desenvolvem sentimentos de bem-estar, confiança e mestria no desempenho do novo papel (Cardoso, 2011; Meleis et al., 2000). Para isso, o casal necessita de realizar o processo de adaptação para a parentalidade, exercendo determinados comportamentos e ações para se preparar para o papel de mãe/pai.

Consequentemente, também neste estágio, a adaptação para a parentalidade foi um dos principais focos de atenção da nossa intervenção já que, como afirmado por Felgueiras e Graça (2013), a transição para a maternidade constitui uma área nobre da intervenção do EESMO. Segundo Silva e Carneiro (2014), a adaptação ao papel parental no período pós-parto pode ser dividida em três fases, em que a primeira se caracteriza por comportamentos dependentes, a segunda por comportamentos dependentes-interdependentes e a terceira por comportamentos independentes. A primeira fase compreende as primeiras 24 a 48 horas após o parto na qual as puérperas apresentam maior necessidade de apoio para a satisfação das suas necessidades.

De acordo com as fases enunciadas e a sua evolução, agimos de forma a estimular as potencialidades da puérpera/casal, promovendo a aquisição e consolidação dos seus conhecimentos e competências. Foi neste contexto que, no decorrer do internamento, procurámos empoderar a puérpera/casal para assumissem progressivamente o autocuidado e o controlo dos cuidados ao RN. Desenvolvemos intervenções no domínio do ajudar, instruir e orientar na gestão das dificuldades e das suas capacidades para o desempenho do papel parental. Procuramos estabelecer uma relação de confiança assente na comunicação aberta, ao mostrar disponibilidade e suporte às suas dúvidas e interrogações (Felgueiras & Graça, 2013; Silva & Carneiro, 2014). Criamos, assim, um ambiente propício que permitisse identificar as suas preocupações para minimizar a insegurança e os níveis de ansiedade, associados ao desempenho do novo papel parental (Steen & Wray, 2014) já que na perspetiva de Caetano, Mendes & Rebelo, (2018), níveis de ansiedade elevados, podem conduzir à diminuição da capacidade parental para a tomada de decisão e resolução de problemas.

Neste âmbito, destacamos duas das intervenções implementadas durante a prestação de cuidados ao RN. A primeira consistiu no incentivo à verbalização das experiências e expectativas relativamente à gravidez e de parto e das expectativas relativamente ao papel parental. Estes conhecimentos permitiram-nos compreender o posicionamento do casal relativamente à nova realidade, bem como planear os de cuidados de forma individualizada de acordo com a cultura e necessidades do casal. Por sua vez, a outra intervenção, consistiu no envolvimento e participação conjunta dos progenitores no cuidado ao RN, aproveitando os períodos em que o casal estava junto, para ensinar, orientar

ou instruir para a tomada de decisão e, ao mesmo tempo, elogiar o seu na prestação de cuidados ao RN. Gostaríamos, ainda, de referir, que a nossa ação também teve como objetivo promover a vinculação da tríade, ao potenciar a familiarização dos progenitores com as características e necessidades do RN, fornecendo-lhes, progressivamente, as ferramentas necessárias para se tornarem independentes no cuidado e, ultimamente, a integrá-lo e a reconhecê-lo como membro da família (Silva & Carneiro, 2014).

Nas primeiras horas após a chegada da puérpera ao serviço de puerpério, a centralidade dos cuidados prestados incidiu sobre o bem-estar físico e emocional maternos e o bem-estar físico e satisfação das necessidades do RN. Assim, prestámos cuidados de enfermagem assentes no reconhecimento das suas alterações fisiológicas e psicológicas e na atuação orientada para a prevenção e identificação adequada e atempada de possíveis complicações. Seguimos a perspetiva de Prigol & Baruffi (2017) e de Amaro (2012), ao reconhecer a promoção da saúde como essencial para o bem-estar materno e neonatal, contribuindo para a diminuição do tempo de internamento, da taxa de readmissão e da morbilidade materna.

No período pós-natal o organismo materno sofre um reajustamento de volta ao estado não gravídico, cujo sucesso depende do equilíbrio na relação estabelecida entre uma série de fatores de natureza fisiológica, psicológica/emocional e sociocultural (Steen & Wray, 2014). Trata-se de um período de adaptação complexo caracterizado por mudanças fisiológicas e psicológicas significativas, que podem comprometer o bem-estar materno e, em última instância, conduzir à morbilidade e mortalidade materna. Desta forma, durante este estágio e relativamente ao enfoque no bem-estar materno, procurámos desenvolver atividades centradas na avaliação do estado físico materno, para identificar precocemente possíveis complicações, assim como atividades centradas na promoção e facilitação da recuperação ao estado não gravídico e na promoção da ligação mãe/filho.

Uma vez por turno, como protocolado pelo serviço, realizávamos a avaliação do estado físico geral da puérpera, no sentido cefalo-caudal, destacando-se a atenção para os seguintes parâmetros: avaliação dos sinais vitais maternos; a coloração da pele e das mucosas; o estado da involução uterina; as características dos lóquios (em quantidade, coloração e cheiro); a características e estado das mamas; o estado do períneo relativamente à presença de episiorrafia ou correção de lacerações, presença de edema e qualidade do processo cicatricial; ferida abdominal, nos casos de cesariana; eliminação vesical e intestinal; e manifestações de fadiga e de queixas álgicas (NICE, 2014; OMS, 2013).

Resultante desta avaliação inicial, identificámos o diagnóstico de enfermagem Risco de complicações pós-parto (ICN, 2015) que implicou a implementação de intervenções preventivas e o enfoque da nossa atenção para a identificação e realização de ensinamentos sobre os sinais de alerta. Segundo a NICE (2015a), estes últimos devem ser realizados assim o estado geral da puérpera o permita de modo a capacitá-la com os conhecimentos necessários para conseguir identificar sinais e sintomas de possíveis condições de risco. Também segundo a NICE (2015a) as complicações maternas no puerpério estão associadas ao risco de

desenvolvimento de eventos tromboembólicos, hemorragia pós-parto, infecções e pré-eclampsia/eclampsia e de. Considerando as manifestações associadas a cada uma destas complicações, a avaliação inicial realizada e a vulnerabilidade associada às complexas mudanças e adaptações inerentes a este período, para além dos diagnósticos de enfermagem associados ao risco de desenvolvimento de cada uma das complicações acima referidas, acrescentámos os seguintes: Risco de hipotensão; Risco de Retenção Urinária e Risco de Incontinência Urinária; e Risco de Infecção. Identificámos, ainda, os focos de atenção Processo Vascular, Eliminação intestinal, Ferida perineal/Cirúrgica e Dor (ICN, 2015). Finalmente, abordaremos as intervenções desenvolvidas no sentido da promoção da saúde mental da puérpera.

Os eventos tromboembólicos constituem uma das principais causas de morbilidade e mortalidade maternas nos países desenvolvidos (Leveno et al., 2014). As alterações decorrentes do ciclo gravídico-puerperal predis põem a mulher a uma probabilidade significativa de vir a desenvolver alguma alteração do processo vascular, devido à presença de níveis aumentados de fatores de coagulação e à diminuição da atividade fibrinolítica como resposta fisiológica perante a possibilidade de hemorragia associada ao traumatismo do parto (Pereira et al., 2011). A acrescentar, fatores como a idade materna avançada, parto pré-termo, antecedentes pessoais de cardiopatia, a multiparidade, a recorrência a contraceptivos orais no período pré-concepcional, antecedentes pessoais ou familiares de tromboembolismo, a recorrência a cesariana (devido ao elevado trauma tecidual e vascular associado), a obesidade e a permanência prolongada no leito constituem fatores de risco para o desenvolvimento de eventos tromboembólicos (Edmonds, 2007; Pereira et al., 2011).

Deste modo, identificámos o diagnóstico de enfermagem Risco de complicações pós-parto associado ao desenvolvimento de tromboembolismo, perante o qual implementámos intervenções de vigilância e de prevenção. As primeiras consistiram na observação dos membros inferiores e monitorização de sinais e sintomas de alarme como a presença de dor, rubor, calor ou edema na parte posterior da perna ou a manifestação de dor no peito, dispneia e/ou taquicardia (OE, 2015; Steen & Wray, 2014; NICE, 2015b). Por sua vez, as atividades preventivas consistiram na mobilização precoce, ao incentivar a puérpera a posicionar-se livremente no leito e realizar a mobilização dos membros inferiores (Costa, 2017), e em incentivar o levante e deambulação precoces após repouso inicial requerido e após o desaparecimento dos efeitos da anestesia administrada no TP e parto (NICE, 2015b). Segundo o protocolo da instituição, o primeiro levante era realizado até duas horas após um parto vaginal e até seis horas após cesariana. Incentivar a deambulação precoce, para além auxiliar na prevenção de trombose venosa, foi uma intervenção implementada para auxiliar a estimulação do trânsito intestinal e pelos seus benefícios na promoção da involução uterina e eliminação dos lóquios (Freitas, Passos, Martins-Costa, Ramos & Magalhães, 2017). Mediante prescrição médica, procedíamos, também à administração de heparina, de baixo peso molecular, e à aplicação de meias de compressão, nas mulheres que apresentavam fatores de risco.

Segundo Lowdermilk e Perry (2006), existe um aumento da probabilidade de hipotensão ortostática quando a mulher assume uma posição vertical nas primeiras horas após o parto, pelo que, associado ao levantar e deambulação precoces, identificamos o diagnóstico de enfermagem, Risco de Hipotensão. Assim, previamente, avaliávamos os sinais vitais e o estado geral da mulher e, se verificada estabilidade hemodinâmica, procedíamos ao levantar progressivo: auxiliávamos a puérpera a colocar-se em posição de fowler, depois a sentar-se na beira da cama e, finalmente, a assumir posição de pé e a deambular, assegurando a sua estabilidade. Esta progressão era fundamental para avaliar a tolerância da mulher ao ortostatismo (Centeno, 2017).

Focando-nos agora na hemorragia pós-parto (HPP), OMS (2012) refere que a esta traduz uma perda sanguínea estimada, igual ou superior a 500 mililitros, no caso de parto vaginal, ou igual ou superior a 1000 mililitros, no caso de cesariana, nas primeiras 24 horas após o parto, apresentando-se como a principal causa de mortalidade de um quarto da população materna a nível mundial. Em 2017, a ACOG redefiniu este conceito, afirmando que uma perda sanguínea cumulativa deve ser considerada igual ou superior a um litro acompanhada de sinais ou sintomas de hipovolémia, 24 horas após o parto e independentemente da via (ACOG, 2017b). As principais causas de HPP incluem a atonia uterina, as lacerações do trato genital, retenção de fragmentos da placenta, inversão uterina, implantação placentar anormal e distúrbios da coagulação. A atonia uterina representa etiologia de 70% a 80% dos casos de HPP (Wormer, Jamil & Bryant, 2019).

A situação suprarreferida, só por si, justifica a necessidade da vigilância atenta e frequente da involução uterina e das características dos lóquios. Nas primeiras 12 horas após o parto, estando a bexiga vazia, o fundo uterino deve palpar-se na proximidade da cicatriz abdominal (Montenegro & Rezende Filho, 2014), e, posteriormente, involui rapidamente a uma velocidade de cerca de um centímetro por dia até deixar de ser palpável ao décimo dia. Se, nas primeiras 24 horas, o útero permanecia acima do umbigo e/ou desviado da linha média, considerávamos um sinal de alarme para estar atentas a uma possível ocorrência de atonia. Relativamente aos lóquios, na sua avaliação sabíamos que estes deviam apresentar uma coloração vermelho vivo nas primeiras 24 horas e conter ou não coágulos. Porém, após este período, observa-se uma diminuição gradual da sua quantidade e a sua coloração altera-se para rosa, três a quatro dias após o parto (lóquios sero-hemáticos) e, finalmente, para acastanhada (lóquios serosos). Vigíávamos, então, a sua quantidade, coloração, cheiro e a presença de coágulos e de restos de tecidos pascentares. Por sua vez, a sua quantidade estimada não podia ultrapassar os 500 ml, e outros sinais, como o odor fétido, era indicador do desenvolvimento de um processo infeccioso (Santos & Baptista, 2016).

Perante o diagnóstico de enfermagem Risco de hemorragia pós-parto, procurámos monitorizar, de forma rigorosa e regular, especialmente nas primeiras 24 horas após o parto: o estado hemodinâmico materno, através da determinação dos sinais vitais, tendo em atenção a presença de hipotensão e taquicardia; palpação do fundo uterino, como intuito de avaliar o estado da involução uterina e identificar a formação do globo de segurança de

Pinard; vigiar a ferida perineal/cirúrgica para detetar edema e ou sinais de infeção e a coloração da pele e das mucosas (Jacob, 2015). Era também considerada a sintomatologia referida pela puérpera sugestiva de alarme, destacando-se a sensação de cansaço extremo, palpitações e tonturas (NICE, 2015b). As nossas intervenções foram, também, no sentido de apoiar, ensinar e instruir a puérpera, sobre o processo de involução uterina e sobre os sinais de alerta, para informar, sempre que verificasse algo sobre os desvios da normalidade.

As puérperas apresentam um risco significativo de desenvolvimento de retenção urinária, associada, também, à ocorrência de atonia uterina, e que, nas primeiras horas após o parto, pode causar HPP (Johnson, 2012). O edema resultante do traumatismo do parto, o tónus vesical diminuído em consequência das alterações fisiológicas associadas ao processo gravídico e a recorrência à anestesia que afeta os sensores neurológicos responsáveis pelo controlo do fluxo e libertação urinários, são fatores predisponentes à diminuição da vontade de urinar (Santos & Baptista, 2016; Steen & Wray, 2014). O conhecimento sobre esta hipotética complicação conduziu-nos ao diagnóstico de Risco de Retenção Urinária. A primeira micção espontânea devia acontecer durante as primeiras seis horas após o parto e/ou após a remoção do cateter urinário, (OMS, 2013) e seis horas no caso da cesariana (Centeno, 2017). Assim, após o levante e a deambulação, encorajávamos a puérpera a urinar espontaneamente e simultaneamente desenvolvíamos intervenções como: preservar a privacidade e providenciar o tempo necessários, em segurança, para a micção, aconselhando estratégias como a audição e/ou a imersão das mãos em água corrente e irrigação do períneo com água morna (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI], 2014).

Para despistar desvios da normalidade, ainda associado ao diagnóstico de enfermagem de Retenção Urinária, procedíamos à monitorização e registo do momento e das características da primeira micção, assim como à vigilância de sinais de alarme como dor abdominal e presença de globo vesical (Silva, Nóbrega & Souto, 2015).

Em caso de traumatismo do pavimento pélvico resultante do parto, as puérperas podem experienciar problemas de incontinência a curto e a longo prazo (Steen & Wray, 2014). Surgiu, então, o diagnóstico de enfermagem Risco de Incontinência Urinária, perante o qual ensinávamos a puérpera em que consistia a incontinência urinária e qual o motivo pelo qual poderia ocorrer e instruíamos sobre a correta realização de exercícios de Kegel, para o fortalecimento do assoalho pélvico (NICE, 2015b)

A monitorização da eliminação intestinal era outra componente da vigilância materna no puerpério (OMS, 2013), sendo que nenhuma puérpera tinha alta sem que a confirmação do restabelecimento do trânsito intestinal. Num período inicial, é normal existir uma predisposição para a obstipação, já que as vísceras abdominais demoram algum tempo a retomar a sua posição anatómica, o que leva à diminuição da motilidade intestinal. Além disso, o retorno dos hábitos intestinais à normalidade pode ser dificultado pelo jejum mantido durante os períodos do TP, parto e puerpério imediato, desidratação após o parto, desconforto e medo associado à presença da ferida perineal e a presença de hemorroidas (Steen & Wray, 2014). Assim, considerando o foco de atenção Eliminação Intestinal, além

da monitorização diária, incentivávamos a deambulação precoce e preservávamos a sua privacidade aquando da necessidade de evacuar (Montenegro E Rezende Filho, 2014; Steen & Wray, 2014) Incentivamos o aumento da ingestão de líquidos e de alimentos ricos em fibra e também, como intervenções resultantes de prescrição, administrávamos analgésicos, anti-inflamatórios e, por vezes, laxantes, nomeadamente a lactulose, com o intuito de combater o desconforto e a dor. (Santos & Baptista, 2016).

Como referido anteriormente, as lacerações do trato genital resultantes do trauma do parto são consideradas uma das principais causas de HPP, mas poderão constituir, também, um foco de desenvolvimento de infeção. Aliás, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem Risco de Infeção no período pós-natal justifica-se pelo facto de que o desenvolvimento de infeção, neste caso da ferida cirúrgica ou da ferida perineal, consiste numa das principais complicações do período pós-natal. De acordo com Petter, Farret Scherer & Antonello (2013), representa a segunda maior causa de infeções hospitalares.

Assim, as atividades de monitorização e de vigilância consistiram na avaliação dos sinais vitais, uma vez por turno, tendo especial atenção para uma hipertermia acima dos 38°C e a presença de taquicardia, e a vigilância da ferida perineal e períneo, nos casos de parto vaginal, e do penso da ferida cirúrgica e área circundante, nos casos de cesariana. Tivemos, ainda, em atenção a qualidade do processo de cicatrização, o despiste de edema, dor e sinais de infeção (dor, rubor, calor, secreção purulenta, deiscência da zona de sutura) e vigilância das características dos lóquios (Moura et al., 2019; MSSSI, 2014; NICE 2015b; Steen & Wray, 2014).

Formulámos e implementámos, também, intervenções de carater preventivo, que consistiram em ensinar a puérpera sobre: os sinais de alarme associados ao desenvolvimento de infeção, tais como a presença de febre, arrepios, dor abdominal associada a sinais de infeção e/ou descarga vaginal ofensiva, reforçando que a presença destes após a alta hospitalar, constituíam motivo para recorrer ao serviço de urgência (NICE, 2015b); Orientámos e instruímos a puérpera sobre os cuidados de higiene perineais, aconselhando-a a realizar a higiene cuidadosa da região perineal com água tépida e sabão e no sentido ântero-posterior após cada ida ao WC e a mudar, frequentemente, o penso higiénico para manter a zona da incisão o mais limpa e seca possível (Santos & Baptista, 2016). No caso de cesariana, instruímos a puérpera a evitar a acumulação de humidade na região da ferida cirúrgica. Ensinámos sobre a importância da lavagem das mãos após o contacto com o períneo e após a realização de cuidados ao RN (OE, 2015) e, finalmente, realizámos ensinamentos sobre o vestuário adequado, salientando a importância de recorrer a roupa larga e confortável, e roupa interior, preferencialmente, de algodão (NICE, 2014). No caso da cesariana, o penso só era removido no dia do regresso a casa, com o intuito de promover a cicatrização e reduzir o risco de infeção (NICE, 2011).

A presença de dor e o desconforto após o parto, constituíram as principais queixas das puérperas. Procedíamos à sua monitorização uma vez por turno, segundo protocolo do serviço, avaliando este parâmetro vital quanto à sua localização e intensidade utilizando,

para este último fator, a escala numérica da dor. Durante este estágio, as queixas álgicas referidas pelas puérperas estiveram associadas a dores perineais (associadas à episiorrafia), dores abdominais (associadas a leves contrações uterinas e à ferida abdominal, no caso da cesariana), à eliminação, pela presença de hemorroides, e à amamentação, nomeadamente, dor nos mamilos e mamas. A nossas intervenções incidiram, então, na identificação da etiologia da dor e na promoção do seu alívio e do conforto, através de medidas farmacológicas, pela administração da terapêutica prescrita, e não farmacológicas, como é o caso da aplicação de gelo no caso da ferida perineal (OE, 2015).

Outra área importante e alvo da nossa intervenção ao longo deste estágio, foi na avaliação do bem-estar psicológico da puérpera e da qualidade da interação familiar. Neste sentido, procedemos à avaliação do estado emocional da puérpera, atentando para a identificação de mudanças no humor e comportamentos de risco, à avaliação do seu suporte familiar e social e à identificação de estratégias adequadas para a resolução dos problemas associados à sua recuperação, inerentes ao cuidado do RN e ao lidar com as diferentes atividades diárias (OMS, 2013). Encorajávamos a puérpera a reportar quaisquer preocupações apresentadas sobre a sua saúde física e mental, bem como as suas necessidades de suporte e apoio social e na área da saúde (NICE, 2019d). Além disso, verificámos que era altamente benéfico capacitar a mulher e respetiva família para saber distinguir entre as manifestações fisiológicas e os desvios da normalidade (Steen & Wray, 2014), reforçando a normalidade de presença de labilidade emocional primeiros três a cinco dias após o parto, e que esta devia-se à debilidade física e alterações hormonais características do período pós-parto.

A preparação para o regresso a casa teve início no momento da admissão no serviço. Contudo, no momento da alta, reforçávamos aspetos, já ventilados ao longo do internamento e aconselhávamos e esclarecíamos dúvidas, reforçando a informação sobre os sinais de alertas para complicações sérias com necessidade de recorrer ao serviço de urgência. A temática frequentemente abordada nesta fase e alvo de grandes dúvidas, foi a retoma da atividade sexual. Apesar de não encontrarmos disponível evidência científica que corrobore recomendações específicas relativamente ao melhor momento para retomar a atividade sexual no pós-parto, informámos o casal que a decisão sobre a altura ideal é específica para cada casal, e deveria ocorrer quando ambos se sentissem preparados. No entanto, referíamos que, para maior segurança, tal poderia acontecer após a consulta de revisão, realizada entre a quarta e a sexta semanas pós-parto.

Ainda em relação a esta temática, orientámos em relação aos métodos contraceptivos, destacando-se os métodos naturais e os métodos farmacológicos. O método da amenorreia é um método de contraceção natural em que, por optar pela amamentação exclusiva, a puérpera permanece em amenorreia devido à ausência de ovulação. Contudo, este método apresenta elevada imprevisibilidade e pode ser aplicado apenas até aos seis meses após o parto ou até ao retorno da menstruação (ACOG, 2019c). Relativamente aos métodos farmacológicos, explicávamos como tomar a pilula progestativa, a iniciar a partir

do 21º dia após o parto, mediante prescrição médica, apresentando-se como um método seguro na amamentação (DGS, 2008; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2017).

Faz parte integrante das competências do EESMO a prestação de cuidados ao RN de médio e de baixo risco (OE, 2015). Tal, implica o reconhecimento do RN como membro integrante de uma nova família com necessidades específicas de aprendizagem e capacitação associadas à sua chegada. Este processo era iniciado no momento da admissão ao fazer a avaliação do RN, através do exame físico assente numa observação cefalocaudal, tendo em atenção a sua coloração, reatividade, temperatura corporal e manifestação de sinais de dificuldade respiratória. Procedíamos, ainda, à verificação da colocação correta do clamp no coto umbilical e à inspeção da presença de micções e dejeções.

Posteriormente, esta avaliação era realizada uma vez por turno até ao momento da alta. Durante as primeiras horas após a admissão, pela necessidade de repouso da puérpera após o parto, procedíamos à mudança da fralda e auxiliávamos na amamentação, aproveitando este momento para realizar uma primeira avaliação da interação entre a puérpera e o RN e avaliar, neste último, a eficácia dos reflexos de sucção e de deglutição e a realização de uma boa pega, de modo a identificarmos possíveis áreas de intervenção (OE, 2015). Com os dados obtidos nesta avaliação, identificámos os seguintes focos de atenção de enfermagem: Papel parental, Eliminação, Desenvolvimento Infantil, Ligação mãe/pai-filho, Amamentação e Segurança (ICN, 2015).

O desempenho do papel parentar implica interagir de acordo com as competências e responsabilidade dos papéis de mãe e pai, atuando em direção da promoção do crescimento e do desenvolvimento do filho-dependente (ICN, 2015). Por sua vez as competências parentais podem ser definidas como um *conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantido o potencial máximo do crescimento e desenvolvimento da criança* (Cardoso, 2011, p.52). A mestria destas competências é fundamental para garantir a satisfação do exercício do papel parental e, ultimamente, da saúde e o desenvolvimento ótimos da criança, tendo servido como guia para o planeamento das atividades desenvolvidas ao longo do tempo de internamento. Estas competências assentam nas seguintes atividades: preparação da casa para a receção do RN e integração do mesmo na família; a alimentação do RN/aleitamento materno e lidar com as particularidades e complicações inerentes à mesma; cuidados de higiene, cuidados com a pele e cuidado com o coto umbilical; vestuário; lidar com o choro; segurança e prevenção de acidentes; promoção e vigilância da saúde do RN; crescimento e desenvolvimento infantil; estimulação do RN; criação de rotinas de sono/repouso; e lidar com problemas comuns na criança. Desta forma, mediante as competências referidas, desenvolvemos atividades de avaliação no sentido de identificarmos os focos de atenção e respetivos diagnósticos de enfermagem que nos permitissem atender às necessidades específicas de cada díade casal-RN, promovendo estratégias e soluções

adequadas aos desafios ao processo de transição para a parentalidade e, ultimamente, facilitando a integração do papel parental.

Atendendo ao foco Papel Parental procedemos, à avaliação dos conhecimentos e capacidades do casal relativamente às competências parentais. De entre as mesmas, talvez uma das primeiras a abordar foram os cuidados de higiene e com a pele do RN, nomeadamente, através da mudança da fralda, do banho e dos cuidados ao coto umbilical. Relativamente à mudança da fralda; realizámos ensinamentos sobre a técnica de mudança da fralda, referindo a importância de realizar uma dobra na parte da frente da fralda para expor o cordão umbilical e da necessidade de realizar a limpeza na direção da região anterior (genitais) para a posterior (ânus), atendendo às especificidades associadas ao género; esclarecemos dúvidas relativamente aos produtos a utilizar na higiene perineal, aconselhando a opção por compressas húmidas em água em detrimento das toalhetas sempre que se encontrassem na sua residência, guardando as últimas para momentos de viagem; e realçámos a importância de verificar a fralda frequentemente, especialmente após o aleitamento, e de evitar o uso rotineiro de cremes de barreira, de modo a manter a pele do RN o mais seca possível evitando o desenvolvimento de eritema da fralda (Ricci, 2013).

Este era o momento ideal para abordarmos o padrão de eliminação do RN. Relativamente à eliminação vesical, questionávamos a puérpera, todos os turnos, sobre as micções do RN e realizávamos ensinamentos sobre as características da urina, referindo que deve apresentar-se diluída, com uma coloração semelhante a palha e sem odor, podendo observar-se manchas avermelhadas associadas à eliminação de cristais de urato, uma recorrência normal e frequente. Averiguávamos, também, o número de defeções e realizávamos ensinamentos sobre as suas características, realçando que: nas primeiras 48 a 72 horas é normal o RN eliminar mecónio e que as fezes iriam adquirir uma coloração mais amarelada quando a amamentação estivesse estabelecida; que o RN poderia realizar cerca de oito a dez defeções diárias, dependendo do tipo e qualidade da amamentação; e, caso aplicável, as características das fezes associadas ao aleitamento artificial (England, 2014).

Associado à realização do banho e ao processo de vestir e despir, estabelecemos o diagnóstico Risco de Hipotermia (ICN, 2015), já que o RN apresenta determinadas características que afetam a sua termorregulação, nomeadamente: a localização superficial dos vasos sanguíneos; a incapacidade de gerar tremores que permitem a produção involuntária de calor; reservas limitadas de substratos metabólicos como a glicose, glicogénio e gordura; capacidade muscular e produção de movimento limitadas; presença de uma grande superfície corporal relativamente ao próprio peso; falta de gordura subcutânea essencial para o processo de insulação (Ricci, 2013). Para diminuir o risco de hipotermia, o primeiro banho era adiado até à concretização das primeiras 24 horas após o parto (OMS, 2017b), preferencialmente, na presença de ambos os progenitores. Previamente, instruíamos os pais sobre a importância dos seguintes aspetos: preparação prévia do ambiente, reunindo todo o material antecipadamente e dispondo as peças de roupa segundo a ordem em que vão ser vestidas e a toalha junto da banheira; manter uma

temperatura ambiental de cerca de 27°, garantindo a ausência correntes de ar, e manter a temperatura da água por volta dos 37° com altura entre os 10 e os 20 cm, testando a sua temperatura pela colocação da parte interna do pulso ou o cotovelo na água ou recorrendo a um termómetro; a duração do banho não deveria exceder os cinco minutos e que, aquando da imersão do RN na água, o seu corpo devia de estar submergido na água (exceto cabeça e pescoço) para assegurar uma distribuição equilibrada do calor (Kuller, 2014).

Durante o banho, as questões referidas pelos casais relacionaram-se à manipulação do RN, à sequência do procedimento e à utilização ou não de produtos de higiene. Para manipular o RN, ensinávamos os pais a segurarem-no firmemente, apoiando a sua região cervical no antebraço não dominante e fixando a posição ao nível da axila (England, 2014). Para virar o RN, o passo considerado mais aflitivo, recomendávamos duas hipóteses: a primeira consistia em virar o RN com as duas mãos para que a região anterior do tronco ficasse apoiada na mão que, anteriormente, apoiava a posterior; a segunda, constituía em transferir o peso corporal, do RN, do membro superior não dominante para o dominante sem haver necessidade de o virar, tendo-se este revelado o método preferido dos casais. Relativamente à progressão do procedimento, aconselhávamos a orientação cefalo-caudal começando com a cara (utilizando água limpa), passando para a cabeça e por último o corpo, da zona mais limpa para a mais suja, deixando para último os genitais (Kuller, 2014).

A utilização de produtos de higiene é uma temática ainda associada a elevada controvérsia, pela existência de uma panóplia de diferentes informações e recomendações que parecem confundir mais do que esclarecer os casais. No CMIN está protocolada a realização do banho com água, recomendação que transmitíamos aos pais para darem continuidade ao longo do primeiro mês de vida (NICE, 2019d). Esta prende-se com a necessidade de manter as características da pele do RN que, ao ser exposta ao ambiente externo no momento do parto, é rapidamente colonizada por microrganismos que lhe conferem a acidez necessária para a proteção contra infeções. Favorece, também, a absorção lenta do vernix, cuja composição rica em proteínas e ácidos gordos o transformam numa barreira antibacteriana e antifúngica (England, 2014). Contudo, segundo a literatura atual, a água, por si só, pode não ser suficientemente eficaz, pois determinadas substâncias não são hidrossolúveis, mas sim lipossolúveis. Consequentemente, a utilização de uma pequena quantidade de um agente de limpeza leve pode ser mais eficaz, pela sua capacidade de emulsificar partículas e microrganismos que, posteriormente, são mais facilmente removidos com água (Kuller, 2014).

Face a esta informação e após discussão destes dados com a tutora, informávamos, também, os casais de que a utilização medida de um agente de limpeza adequado não era prejudicial. Para orientar os pais na escolha acertada do mesmo, realizamos ensinamentos sobre os seguintes critérios a serem utilizados na sua seleção: limitar a escolha a produtos que foram testados e assegurados para RN; pH neutro; e não conter preservativos, perfumes ou detergentes (Kuller, 2014).

No CMIN, para o cuidado ao coto umbilical, preconizava-se a desinfecção com álcool a 70%. Contudo, muitos casais referiam que, com filhos anteriores ou na preparação para a parentalidade, foi abordada a limpeza do cordão umbilical com água esterilizada, questionando sobre qual a melhor abordagem a adotar. Neste sentido, abordávamos os dois agentes, referindo que ambos apresentam efeitos semelhantes no que toca à prevenção de onfalites, mas que, segundo a evidência atual, a queda do coto pode ser mais demorada com a utilização de álcool (Palanisamy, Nayak, D'Souza & Pais, 2011).

O momento do banho constituiu a altura ideal para abordar o vestuário do RN. A seleção adequada do vestuário revela-se fundamental para manter uma termorregulação adequada, associando-se ao risco de desenvolvimento de hipotermia, quando insuficiente, ou ao risco de desenvolvimento de hipertermia, quando em excesso. Desta forma, informávamos os pais que a quantidade de peças de roupa para o RN deveria ser uma ou duas camadas a mais relativamente à dos adultos e da necessidade de utilização de gorro e realçávamos a importância de evitar o sobreaquecimento das peças de roupa que poderiam conduzir a queimaduras (OMS, 2017b).

No foco de enfermagem Desenvolvimento Infantil, uma componente importante da nossa intervenção ao longo deste estágio foi a monitorização do comportamento do RN e manifestações de adaptação adequada/inadequada ao meio extrauterino. A passagem do meio intrauterino cheio de líquido para um meio extrauterino gasoso, requer uma capacidade de adaptação significativa por parte do RN, sendo que o seu sucesso depende da existência de uma função cardiopulmonar adequada. Deste modo, foi fundamental vigiar a respiração do RN com o intuito de despistar sinais de alarme tais como dispneia, gemido expiratório, tiragem intercostal e subcostal e batimento das asas nasais (Segur, Moreno & Oliveira, 2019). Realizávamos, também, ensinamentos no sentido de capacitar os pais para reconhecer os sinais de uma respiração normal (padrão periódico e errático, com respirações superficiais e irregulares intercetadas por períodos de apneia que duram 10 a 15 segundos) e realçávamos a importância de inspecionar e manter as vias aéreas superiores do RN desobstruídas, pois estes respiram essencialmente pelo nariz. Finalmente, fornecíamos estratégias para promover a desobstrução nasal como a aplicação de soro fisiológico nas narinas e a estimulação do espirro, pelo roçar leve das narinas com algodão (England, 2014).

O comportamento do RN era considerado normal se este não se apresentasse excessivamente irritável, tenso, sonolento ou relaxado (NICE, 2019d), sendo que, de entre os sinais de normalidade mais frequentemente procurados, destaca-se a presença de um tônus muscular adequado e de um choro vigoroso para a manifestação das suas necessidades. Todos os RN são diferentes, apresentando temperamentos diferentes com métodos de manifestação únicos que, com o tempo, vão sendo reconhecidos pelos pais. Consequentemente, diariamente, questionávamos a puérpera sobre o comportamento do RN, prestando-se especial atenção às alterações que ela referisse (England, 2014). Realizávamos, também, ensinamentos sobre: a aparência do RN, indicando os achados normais a alertando para os desvios da normalidade; as principais competências do RN, estado de

desenvolvimento dos sentidos, sobre a sua capacidade inata de autoconsolo e sinais da mesma (sucção não nutritiva e atenção direcionada para estímulos auditivos e visuais) e sobre as diferentes nuances do choro do RN, nomeadamente, os diferentes tipos de choro e, especialmente, as suas causas (físicas, como a fome ou o sono, e emocionais, como a necessidade de consolo) e estratégias para lidar com o mesmo (Santos & Baptista, 2016).

A competência lidar com o choro refere-se aos conhecimentos e habilidades que permitem interpretar e lidar com o choro do bebé nas primeiras semanas após o nascimento, algo que se pode apresentar altamente desafiante nesta fase precoce da aquisição de competências para o papel parental. Assim, a primeira intervenção de enfermagem implementada consistiu na avaliação do comportamento parental perante o choro do RN, por forma a compreender como os pais lidam com o mesmo e, assim, identificar as necessidades de intervenção em termos de educação para a saúde sobre estratégias facilitadoras para lidar com o choro e promover o conforto do bebé (Cardoso, 2011). Seguidamente, enfatizávamos que o choro, até ao primeiro mês de vida, apresenta, essencialmente, três motivos, nomeadamente, a fome, o desconforto e a dor (Chóliz, Fernández-Abascal & Martínez-Sánchez, 2012), instruindo os pais que, primeiramente, deveriam de descartar estas três possibilidades.

Posteriormente, ensinávamos sobre medidas de conforto do RN, tais como: pegar ao colo, aconchegando o RN contra o peito; diminuir os estímulos ambientais, como a luz e o ruído; colocar o RN à mama ou oferecer chupeta; recursos a musica relaxante e a sons rítmicos; e, finalmente, a técnica dos 5S's, a qual se demonstrou altamente eficaz perante os RN mais irritáveis, tendo sido entusiasticamente adotada pela sua fácil aplicação e por permitir fortalecer o vínculo com o RN (Brink, 2013; Santos & Baptista, 2016;).

De entre as estratégias de conforto acima referidas, a utilização de chupeta para acalmar o RN é ainda alvo de elevada controvérsia entre as diferentes equipas de cuidados, estando a mesma associada pela possibilidade de poder provocar a confusão de mamilos e, consequentemente, comprometer o processo de amamentação. Atualmente, os pais são frequentemente aconselhados a adiar a introdução da chupeta até que a amamentação esteja bem estabelecida, sendo uma das recomendações defendidas pelo Hospital Amigo dos Bebés. Por outro lado, a sua utilização foi especialmente útil aquando da necessidade de realização de procedimentos dolorosos e está associada a uma menor probabilidade de ocorrência da síndrome de morte súbita (Pineda, Luong, Ryckman & Smith, 2018). Evidência recente refere que, perante a perceção de benefício por parte das figuras maternas e tendo em conta a escassez de evidência de elevada qualidade que demonstre concretamente os malefícios associados à aplicação da chupeta, é necessário investir na investigação sobre a os efeitos da aplicação precoce da chupeta (Rocha, Verga, Sipsma, Larson, Phillipi & Kair, 2020). Neste sentido, quando abordadas sobre a utilização de chupeta, deixámos a escolha ao critério dos pais, informando sobre as recomendações atuais nesta temática e sobre as vantagens e desvantagens encontradas sobre a utilização precoce da chupeta, para que pudessem tomar uma decisão informada (OMS, 2004; OMS, 2019b).

A Ligação mãe/pai-filho foi outro foco de atenção do planeamento dos cuidados de enfermagem desenvolvidos ao longo deste estágio, sendo que a mesma se define pelo estabelecimento de uma relação afetiva entre os progenitores e o RN (ICN, 2015). Existem determinados fatores que influenciam esta ligação cujo reconhecimento foi fundamental para identificar as famílias com maior necessidade de intervenção. De entre os mesmos destacam-se: estatuto social, sendo que a pertença a uma classe social inferior está associada a maior insegurança na ligação estabelecida; satisfação conjugal; o facto de a gravidez ter sido planeada/desejada ou não e a experiência de gravidez; a via do parto, sendo que os casos de cesariana, por serem caracterizados por maiores níveis de fadiga pós-parto, estão associados a maiores dificuldades no cuidado do RN o que afetar a ligação mãe/pai-filho; o estabelecimento do contacto e amamentação precoces, que promovem a ligação ao aumentar os níveis de beta-endorfinas maternos e do RN; stress e depressão maternas, por afetarem negativamente a motivação para o cuidado do RN; as características dos RN, como o temperamento e a prematuridade; resposta parental perante o choro do RN; e a necessidade de separação do RN após o nascimento (Darvishvand, Rahebi & Khalesi, 2018; Karakas & Dagli, 2019). Posteriormente, para determinar o juízo sobre o foco Ligação mãe/pai-filho e estabelecer o diagnóstico de enfermagem, procedemos à avaliação desta relação, determinando a presença ou ausência dos indicadores de uma ligação efetiva, que se traduzem nos seguintes comportamentos parentais: verbalização de sentimentos positivos, requerem o contacto próximo com o RN, feito face a face e olhos nos olhos; conversam com o RN, emitindo sons; consolam o RN e atendem às suas necessidades (Moorhead, Rodrigues, Ramalho & Ayres de Campos, 2004).

Faz parte das competências do EESMO, a *promoção da relação de apego, estimulando os pais a prestar cuidados ao RN* (OE, 2015, p.51), pelo que, ao longo deste estágio procurámos desenvolver atividades promotoras de uma ligação mãe-pai filho saudável, através da estimulação, nos pais, do sentimento de competência nos cuidados ao RN que culminasse, consequentemente, na expressão de satisfação do exercício do seu papel parental (Cardoso, 2011). Assim, estabelecemos as seguintes intervenções: promoção da interação com o RN, envolvendo os pais na prestação dos cuidados ao dar-lhes a primazia na mesma, supervisionando-os e atentando aos seus comportamentos e necessidades a nível de fornecimento de conhecimentos, instrução, clarificação de informação e esclarecimento de dúvidas; fornecer suporte e feedback positivo relativamente aos seus esforços no atendimento às necessidades do RN; incentivar os pais a implementar técnicas de conforto, como o pegar e aconchegar o RN ao colo, o contacto pele a pele ou a técnica dos 5's; e incentivar os pais a falar com o RN, chamando-o pelo seu nome e estabelecendo contacto facial, olhos nos olhos; realçar, perante, os progenitores, os esforços comunicativos do RN (por exemplo, o seguimento com o olhar quando ouve uma voz familiar) (Ricci, 2013; OMS, 2017b; Karakas & Dagli, 2019). Estas técnicas são, também, fundamentais para a estimulação sensorial e promoção do desenvolvimento cognitivo.

A amamentação continua a ser uma das áreas de maior atenção da intervenção do EESMO no puerpério, sendo recomendada, de forma exclusiva, desde o nascimento até aos seis meses de vida. As experiências anteriores e a participação em cursos de preparação para a parentalidade ajudam a colmatar muitas das dúvidas apresentadas pelas puérperas neste processo, contudo, quando confrontadas com a realidade das exigências associadas ao cuidado de um RN com um temperamento único, as certezas anteriormente adquiridas podem reverter para dúvidas e manifestar-se em dificuldades. Neste sentido, perante o foco Amamentação (ICN, 2015) procurámos desenvolver atividades de suporte, gerindo dificuldades e promovendo uma experiência positiva e benéfica para a díade (UNICEF, 2018).

A nossa prioridade era a avaliação da qualidade das mamadas e dos conhecimentos e capacidades associadas ao processo de amamentação (OE, 2015) tendo sido identificadas necessidades a nível de conhecimento associadas à adaptação do RN à mama, frequência das mamadas, seleção da mama a oferecer, sinais de fome e de saciedade, mecanismos de produção e de ejeção do leite, dificuldades associadas a características do RN e estratégias para lidar com os problemas associados à amamentação. Perante estas necessidades, identificamos o foco de enfermagem Conhecimento sobre a Amamentação (ICN, 2015), mediante o qual procedemos à realização de ensinamentos sobre os aspetos acima referidos. O suporte durante a mamada, ajudando a puérpera a desenvolver as habilidades necessárias para promover a sua independência neste processo, a promoção do contacto com o RN, o encorajamento e o fornecimento feedback positivo apresentaram-se estratégias eficazes na promoção da autoeficácia materno no processo da amamentação (Balogun et al., 2016; Inch, 2014).

A componente lidar com os problemas da amamentação, traduziu-se, essencialmente, pela manifestação de queixas álgicas e desconforto associados ao desenvolvimento de maceração e de fissuras nos mamilos, tendo-se associado os seguintes diagnósticos de enfermagem: Fissura, Maceração e Dor mamária (ICN, 2015). Consequentemente, de modo a identificarmos a causa da dor, procedíamos à observação das mamas e dos mamilos. Perante os focos de enfermagem Fissura e Maceração, avaliávamos e corrigíamos, se necessário, a adaptação do RN à mama (NICE, 2019c). Além disso, reforçávamos ensinamentos sobre: a necessidade da higiene das mãos antes e após a mamada; a realização de uma higiene mamária adequada, evitando a utilização de sabões e a fricção; a importância da aplicação de colostro, deixando as mamas secarem ao ar ambiente; e sobre a técnica correta para interromper a mamada, quando o RN não libertava o mamilo espontaneamente, através da introdução do dedo mínimo materno na comissura labial entre o mamilo e a língua (Santos & Baptista, 2016).

As competências parentais associadas à promoção e vigilância da saúde do RN e à prevenção de acidentes, foram componentes abordadas principalmente aquando da aproximação da alta clínica. Relativamente à primeira, procurámos capacitar os pais para o seguimento do esquema de vigilância de saúde infantil, assim como capacitá-los para distinguir os parâmetros da normalidade e identificar sinais de alerta e saber como atuar

perante os mesmos (Cardoso & Nené, 2016). Neste sentido, reforçamos a informação anteriormente fornecida sobre o desenvolvimento infantil adequado, o padrão de eliminação, a amamentação eficaz, e realizamos ensinamentos sobre a coloração normal da pele e desvios da normalidade, o padrão de aumento do peso corporal, o plano nacional de vacinação e sobre o diagnóstico precoce, o rastreio auditivo e o rastreio de cardiopatias congénitas.

No momento da alta, realizávamos a avaliação do peso corporal do RN, sendo este parâmetro um dos fatores determinantes para a alta hospitalar. É considerado normal que o RN perca peso nos primeiros dias após o parto, contudo, esta perda não deve ser superior a 10% do peso de nascimento sendo que, nesses casos, não era fornecida a alta hospitalar e incentivávamos a amamentação/aleitamento (England, 2014).

A implementação do plano nacional de vacinação consistiu na administração da primeira dose da vacina contra a hepatite B, nas primeiras 24 horas de vida (OMS, 2017b). Inicialmente, a realização deste procedimento despertou-nos alguma ansiedade, devido à resposta dos RN aos estímulos dolorosos, manifestada pela retração dos membros, de movimentos bruscos e de choro gritado, tornando a experiência desconcertante. Assim, para promover o conforto do RN, e, conseqüentemente, facilitar a realização do procedimento, procedíamos à administração de uma dose de sacarose oral aliada à sucção não nutritiva (Stevens, Yamada, Ohlsson, Haliburton & Shorkey, 2016), realizada através de estimulação do palato superior com o dedo mínimo enluvado. Administrávamos doses individuais de 0,5 ml de sacarose oral, medidas numa seringa de insulina e iniciadas cerca de dois minutos antes do procedimento, já que a sacarose oral atinge o seu pico de eficácia dois minutos após a sua administração (Yasmeen & Yasmeen, 2019). No que toca à educação para a saúde, procedíamos à realização de ensinamentos sobre os possíveis efeitos secundários associados à administração da vacina, atentando para manifestações de reação anafilática, dor, vermelhidão e nódulo duro no local da injeção, irritabilidade, sonolência, vômitos e febre (Infarmed, 2014).

Finalmente, na abordagem sobre a promoção da saúde e vigilância da saúde do RN, referimos aos pais a importância da realização do teste do diagnóstico precoce de doenças hereditárias do metabolismo e hipotireoidismo congénito, enfatizando que este deveria ser realizado entre o terceiro e o sexto dia pós-parto para o qual se deveriam dirigir à unidade de saúde familiar; contudo, caso houvesse necessidade de prolongar o internamento hospitalar este era realizado no serviço puerpério (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2010). Orientamos, ainda, para a primeira consulta de vigilância após o parto que deveria ser realizada até ao décimo quinto dia de vida do RN, na qual incentivávamos os pais a procederem ao esclarecimento de dúvidas associadas aos cuidados ao RN (Santos & Baptista, 2016; Ventura, 2016).

A promoção da segurança e prevenção de acidentes foi outro aspeto altamente abordado na preparação para a alta, implicando a abordagem sobre a prevenção da síndrome de morte súbita (SMSL) e de acidentes rodoviários. Relativamente à prevenção da SMSL

reforçámos aos pais a importância de: colocar o RN a dormir em decúbito dorsal com os cobertores à altura das axilas deixando os braços livres; não colocar brinquedos no berço; manter um ambiente livre de fumo e com temperatura entre os 18 e os 21°C; evitar o sobreaquecimento; manter a cabeça do RN destapada e não colocar o RN a dormir na sua cama referindo que, até aos dois anos de idade, este deve dormir numa cama de grades com colchão firme e bem adaptado ao tamanho da mesma já que a utilização de colchões moles e de edredão, em vez de lençóis e cobertor, pode contribuir para a sufocação. Adicionalmente, informávamos o casal que o RN poderia adotar outras posições que não o decúbito dorsal caso estivesse acordado (Sociedade Portuguesa de Pediatria & Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2009).

Relativamente, à prevenção de acidentes rodoviários, no momento da alta observávamos o tipo de cadeira e da adaptação do RN à mesma, procurando identificar se a cadeira permitia uma posição semi-sentada e se os cintos e o redutor interno para a cabeça se encontravam ajustados o suficiente para fixar a posição do RN, protegendo-o dos solavancos da viagem de automóvel e assegurando, simultaneamente, o seu conforto. Realçávamos, sempre, a importância da posição da cadeira no automóvel, virada de costas para o sentido do trânsito, sendo esta a mais segura devido ao peso da cabeça e à fragilidade cervical característica dos RN (DGS, 2010).

Durante este estágio detetámos algumas alterações patológicas que afetavam o RN, sendo que a icterícia neonatal foi a mais frequente, havendo necessidade de identificação do foco de enfermagem Complicação, com estabelecimento do diagnóstico de enfermagem Risco de Complicação associado ao desenvolvimento de icterícia (ICN, 2015). Esta é uma condição que se traduz em elevados níveis de bilirrubina no sangue, que se acumulam na pele, mucosas e esclerótica, resultando na coloração amarela destas estruturas. É uma das condições mais comuns nos RN, afetando 60% dos de termo e 80% dos pré-termo (Queensland Clinical Guidelines, 2019). Apesar de, na maior parte dos casos, se apresentar como fisiológica, dependendo dos seus níveis, se persistente e não tratada, pode ter consequências graves para o RN. Destas destacam-se a encefalopatia bilirrubínica aguda, que resulta da capacidade da bilirrubina não conjugada de passar a barreira hematoencefálica, tornando-se tóxica e causando disfunção neurológica. Manifesta-se na apresentação de um RN letárgico, irritável, com uma postura e tónus muscular anormal, convulsões e episódios temporários de apneia (NICE, 2010).

Para melhor ilustrar a intervenção do EESMO no cuidado ao RN com icterícia neonatal, vamos descrever uma situação concreta, nomeadamente, a de um RN que desenvolveu icterícia neonatal entre as 24 e as 48 horas após o parto, associada a uma perda significativa de peso. Apesar de o primeiro contacto com este RN ter sido estabelecido no segundo dia de internamento, a eficácia da amamentação já tinha sido alvo de preocupação por parte dos restantes profissionais do serviço, pois verificaram que a puérpera em questão interrompia as mamadas antes de o RN ficar satisfeito. Ao ser abordada a puérpera para descobrir a origem deste comportamento, esta referiu que estava a seguir as indicações do

pediatra do seu primeiro filho que a informou que a mamada só deveria durar 15 minutos. Mesmo após explicadas as consequências possíveis desta conduta e de realçar os ensinamentos sobre os sinais de fome e de saciedade, intervindo conjuntamente com a equipa de pediatria, a puérpera manteve-se relutante em ajustar a sua conduta. A icterícia neonatal, especialmente a que surge entre as 24 e as 72 horas após o nascimento, pode-se associar ao aleitamento materno, sendo este um subtipo de hiperbilirrubinémia neonatal (Ullah, Rahman & Hedayati, 2016). Isto deve-se a vários aspetos, mas, para o caso em questão, destaca-se a ingestão inadequada de leite materno que pode levar a desidratação e ao aumento da circulação entero-hepática (Queensland Clinical Guidelines, 2019).

O estado clínico deste RN foi, inicialmente, identificado através da avaliação física (Wardle & England, 2014). Ao observar o RN à luz natural, verificámos a coloração amarelada da cabeça, face e, menos pronunciada, na esclerótica. Seguidamente, considerando que o desenvolvimento da pigmentação amarelada segue uma ordem céfalo-caudal, observámos o corpo do RN, confirmando o envolvimento dos membros superiores, tronco e da região superior do abdómen. Finalmente, através da pressão digital, primeiro na testa e depois no troco, procedemos ao “branqueamento” da pele, determinámos a pigmentação amarelada do tecido subcutâneo (NICE, 2010). A confirmação posterior foi obtida através da determinação da bilirrubina sérica, cujo valor é interpretado pela equipa médica, mediante um algoritmo baseado na idade gestacional, peso e presença de fatores de risco.

Nesta situação, a puérpera RN permaneceram hospitalizados. O RN foi submetido a fototerapia intermitente, realizada no sistema de berço bilibed associado a um fato turco onde o RN era colocado e em que o seu tronco e membros ficavam expostos à luz ultravioleta azul, responsável por catalisar a bilirrubina, tornando-a hidrossolúvel e facilmente excretada pelos rins. Antes de iniciar o procedimento, informámos o casal da necessidade da sua realização e pedimos e registámos o seu consentimento. Posteriormente, o RN, , foi colocado na bilibed desligada, despido até à fralda. Só depois do RN estar corretamente colocado no berço, de forma a que não houvesse exposição ocular à luz ultravioleta, é que ligámos a bilibed, pelo risco associado de lesão ocular. Este processo foi realizado na presença do casal de modo a tranquilizá-lo e, também, apoiar, informar, ensinar e instruir sobre o procedimento e possíveis resultados positivos (Royal Children’s Hospital, 2018). Realçámos a necessidade de o RN permanecer o máximo de tempo possível na bilibed, alternando a sua posição frequentemente para maximizar a exposição cutânea à luz ultravioleta.

Ainda associada à fototerapia identificámos os seguintes diagnósticos de enfermagem: Risco de Hipotermia/Hipertermia e Risco de Desidratação devido ao facto de o RN permanecer apenas com a fralda e pelos efeitos da fototerapia na sua termorregulação (podendo traduzir-se por diarreias); Risco de Ligação mãe/pai-filho comprometida, pela necessidade de separação entre ambos para realização da fototerapia; e Risco de Integridade da Pele comprometida, pelo risco de danos na retina e de queimaduras da pele. Perante estes diagnósticos de enfermagem, implementámos as seguintes intervenções:

avaliação da temperatura corporal em intervalos de quatro horas para prevenir episódios de hipertermia, devido à exposição à luz, ou de hipotermia, pela escassez necessária de vestuário; despiste da desidratação, pedindo à puérpera para contabilizar o número de micções e quantidade da micção; monitorização das dejeções para despiste de diarreia; e, finalmente, à reavaliação da bilirrubina sérica ao fim de seis horas de fototerapia. Como a fototerapia era intermitente, encorajávamos a puérpera a dar de mamar regularmente, nomeadamente, mamadas de 30 minutos de três em três horas, para diminuir a probabilidade de desidratação. Além disso, para promover a ligação mãe/pai-filho durante este processo, permitimos a realização de pequenas interrupções durante as visitas do pai e para permitir o contacto pele a pele (Queensland Clinical Guidelines, 2019; Wardle & England, 2014; Xiong, Qu, Cambier & Um, 2011).

Através da avaliação acima referida, foi possível verificar uma redução significativa nos valores de bilirrubina, que se refletiu na regressão da pigmentação amarelada da pele, pelo que a fototerapia foi terminada. Contudo, devido à perda significativa de peso e pelo risco de ressalto dos valores de bilirrubina, o RN necessitou de ficar hospitalizado um dia além do período de internamento normal.

Em jeito de reflexão sobre as atividades desenvolvidas nesta componente de estágio, reconhecemos, agora, o quanto é importante a existência de um EESMO nos serviços de obstetria, no período pós-natal para ajudar e apoiar o casal. Diríamos que assume uma posição privilegiada na prestação de cuidados, para assegurar a promoção do autocuidado e para ajudar a promover uma adaptação saudável ao papel parental e a integração completa do novo membro no seio da família.

Nesta perspetiva, pelas experiências que vivenciámos, pelos conhecimentos necessários e pela responsabilidade acrescida ao cuidar a tríade com o envolvimento e proximidade às famílias, podemos afirmar que como futuros EESMO, as atividades realizadas nos permitiram atingir as competências e, ainda, capacitar para, de uma forma eficaz, ajudar os progenitores e a promover a sua autoconfiança para se tornarem autoeficazes na prestação de cuidados ao RN. Esta conduta permitiu promover a ligação mãe/pai-filho e a vivência da experiências positivas da transição para a parentalidade, contribuindo também, para o desenvolvimento infantil saudável. Consequentemente, e mais uma vez, tal implicou o despertar da atenção para o pormenor, para a visualização de cada díade como individual e única, apresentando necessidades próprias e altamente específicas à personalidade dos pais e do próprio RN.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório de natureza profissional, simboliza o fim de uma etapa do contínuo de dois anos de investimento e trabalho árduo que, por esse motivo, torna a sua concretização mais significativa e gratificante. Atingimos os objetivos inicialmente definidos, através do desenvolvimento de atividades que permitiram prestar cuidados de qualidade no domínio técnico científico e culturalmente competentes, rumo à aquisição das competências do EESMO definidas pela OE, para nos capacitar , no futuro, para prestação de cuidados especializados na área da enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Também a adoção do Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa, de McCormack e MaCance, e da Teoria das Transições, de Afaf Meleis, que estão descritos como eixos estruturantes no planeamento e conceção dos cuidados, permitiram direcionar adequadamente, na prática, o nosso pensamento e ação e, conseqüentemente, capacitar a mulher/casal para vivenciarem uma transição para a parentalidade saudável e positiva.

No módulo de estágio de Gravidez com complicações, procurámos adquirir as competências para a prestação de cuidados à mulher/casal e família, cujo processo de constituição de família se encontrava em risco pelo projeto de gravidez comprometido. Foi necessário recorrer a conhecimentos, muito centrados nas ciências biomédicas, mas também nas ciências sociais e humanas, pela especificidade da vivência de uma gravidez que se desenrolava sob o auspício do risco e da incerteza, e, conseqüentemente, sob uma carga emocional geradora de grande stress e preocupação, face ao risco de comprometimento do projeto de gravidez, cujo risco de término era gerador de stress, de sofrimento e de frustração.

Nesta linha de pensamento, focamo-nos na compreensão dos processos clínicos inerentes a cada patologia e, de igual modo, na compreensão das suas componentes psicossociais, atuando no sentido da promoção da saúde mental através do desenvolvimento de atividades que fossem ao encontro da promoção do bem-estar, da autoconfiança e que assumissem a sua potencialidade na promoção da esperança.

Trabalho de parto e parto, desenvolvemos atividades condutoras à aquisição de competências para a prestação de cuidados à mulher/casal durante o TP e parto, sob uma prática centrada na promoção de um processo de TP e parto que culminasse numa experiência gratificante. Recorremos aos conhecimentos teóricos, como suporte à aquisição de capacidades práticas, que nos permitissem identificar desvios da normalidade e alcançar a normalidade no parto, atentando, sempre, às necessidades e preferências das parturientes, de modo a promover uma experiência de nascimento positiva.

O facto de termos realizado o nosso estágio numa organização cuja cultura profissional é imbuída no intervencionismo, implicou que muitas vezes sentíssemos, com maior impacto, a ajuda da equipa dos ESMOS, para superar as nossas interrogações, face a determinadas formas de agir e pensar da restante equipa profissional. Por outro lado, era visível que esta cultura dominante dificultava a promoção da normalidade do cariz fisiológico do parto, pela presença de uma cultura de cuidados intervencionista, resultando, frequentemente, no comprometimento da satisfação da mulher/casal na vivência deste processo.

Todavia, conseguimos ultrapassar barreiras, respeitámos os protocolos vigentes, mas também tivemos liberdade para dar “asas” à nossa proatividade, tendo sentido que “viajávamos” num espaço onde se exprimia a renovação, coadjuvada com a tentativa de superar problemas com maus desfechos materno-fetais. E, assim, podemos afirmar que, de uma forma eficaz e prazerosa, as nossas competências foram atingidas.

Finalmente, na área do Autocuidado no pós-parto e parentalidade, o processo de transição para a parentalidade constituiu um dos nossos principais focos de atenção. Pudemos constatar que a chegada do RN acarreta mais mudanças no ciclo de vida da família do que qualquer outra etapa desenvolvimental. Investimos na aquisição de competências para a vigilância e identificação de complicações pós-parto e para auxiliar a puérpera/casal na adaptação à chegada do RN e aos desafios que coloca a integração do novo membro da família, auxiliando na aquisição das competências parentais para que se tornassem independentes na satisfação das necessidades do seu filho.

Para facilitar e consolidar o processo de aprendizagem, o recurso à reflexão crítica sobre o percurso formativo e a problematização na análise das experiências vivenciadas, foram coadjuvadas com a reflexão conjunta das nossas tutoras e da docente da ESEP, que incentivaram, sempre, ao pensamento crítico sobre a conduta implementada para identificar lacunas e aspetos a melhorar e para aperfeiçoar a capacidade de tomada de decisão.

Ao longo do estágio, deparámo-nos com a prestação de cuidados essencialmente orientada por um modelo de cuidados especializados intervencionista, que se traduzia na dominância de uma cultura profissional sobre a outra, associada à limitação da autonomia e da tomada de decisão por parte dos EESMO's, para as quais tinham competências bem delimitadas.

Por outro lado, era visível que esta cultura dominante dificultava a promoção da normalidade do cariz fisiológico do parto, pela presença do domínio de uma cultura de cuidados intervencionista, resultando, frequentemente, no comprometimento da satisfação da mulher/casal na vivência deste processo. Identificámos, então, a necessidade de averiguar a existência de estratégias cuja implementação pudesse contribuir para redirecionar esta realidade no sentido da promoção do parto normal e da experiência de parto positiva, tal como preconizado pela OMS (2018).

Este raciocínio veio reforçar a necessidade de investir para identificar as vantagens e constrangimentos sobre os modelos de cuidados liderados por enfermeiros, que culminou na realização da revisão integrativa da literatura sobre as implicações associadas à implementação de modelos de cuidados liderados pelo EESMO como alternativa aos modelos de cuidados convencionais, atualmente vigentes, para o cuidado durante a gravidez e o parto.

Concluimos que a sua aplicação se apresenta como uma opção adequada, segura e economicamente viável, especialmente na gravidez classificada como de baixo risco. Contudo, a falta de suporte para a sua implementação, a dominância da cultura de risco nos contextos de prestação de cuidados e a dificuldade da fomentação do papel autónomo do EESMO, podem constituir constrangimentos significativos à sua implementação. Consideramos que a abordagem desta temática, pelo destaque que proporcionou sobre os benefícios maternos e neonatais associados a esta filosofia de cuidados, contribuiu para destacar o EESMO como profissional ideal para assistir e cuidar a mulher na gravidez e parto de baixo risco, que nunca se esquece que neste cenário *está uma pessoa real trazendo ao mundo outra pessoa também real* (OE, 2015, p.39).

A concretização deste percurso formativo foi possível pela coragem e força para ultrapassar alguns obstáculos e dificuldades. Entre elas, destaca-se o compromisso de assegurar um horário laboral fora do país e a elevada pesquisa que foi necessário realizar, em fontes atuais e diversificadas. Reconhecemos, agora, que o investimento na procura da evidência científica recente foi altamente vantajoso, para elevar o grau de autoconfiança e motivação e para garantir a segurança necessária, não só na argumentação e fundamentação das práticas, em contexto clínico, como também para suportar a conceção e operacionalização das ações nos cuidados e, obviamente, para suportar a reflexão e elaboração deste relatório

Diríamos que o fim deste percurso formativo representa a conclusão de um percurso longo, sob um projeto desafiante, caracterizado por experiências únicas, tendo culminado, não só no crescimento profissional, mas também pessoal. Apraz-nos dizer que a seleção e a frequência deste curso de mestrado, marcou o início do nosso comprometimento para com a área da enfermagem de saúde materna e obstétrica e a concretização de um projeto pessoal cuja consolidação representa mais autoconfiança e a certeza de que vai ser uma ferramenta essencial para nos tornarmos profissionais de excelência e para ajudar os casais no seu projeto da vida!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al-lawama, M., AlZaatreh, A., Elrajabi, R., Abdelhamid, S. & Badran, E. (2019). Prolonged rupture of membranes, neonatal outcomes and management guideline. *Journal of Clinical Medicine Research*, 11(5), 360-366. doi: 10.14740/jocmr3809 [disponível]

Alfirevic, Z., Gyte, G.M.L., Cuthbert, A. & Devane, D. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2): CD006066, 1-4. doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub3 [disponível]

Allen, J., Kildea, S., Hartz, D. L., Tracy, M. & Tracy, S. (2017). The motivation and capacity to go 'above and beyond': qualitative analysis of free-text survey responses in the M@NGO randomised controlled trial of caseload midwifery. *Midwifery*, 50, pp. 148-156. doi: org/10.1016/j.midw.2017.03.012 [disponível]

Almeida, M. C., Dore, J., Paiva, S. & Ruas, L. (2017). Consenso "Diabetes Gestacional": Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), pp. 24-38. Recuperado de <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/documentos-e-comunicacoes/consenso-diabetes-gestacional-atualizacao-2017-pdf.aspx>

Amaro, R.D.E. (2012). *Qualidade em obstetrícia - complicações pós-parto e readmissões* (Tese de Mestrado não publicada, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa). Recuperado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9352/3/RUN%20-%20Dissertação%20de%20Mestrado%20-%20Ricardo%20Amaro.pdf>

American College of Nurse-Midwives (2017). *Comparison of Certified Nurse-Midwives, Certified Midwives, Certified Professional Midwives Clarifying the Distinctions Among Professional Midwifery Credentials in the U.S.* Recuperado de <http://www.midwife.org/acnm/files/ccLibraryFiles/FILENAME/000000006807/FINAL-ComparisonChart-Oct2017.pdf>

American College of Obstetricians & Gynecologists (2014). Practice Bulletin No. 145: Antepartum Fetal Surveillance. *Obstetrics & Gynecology*, 124(1), pp. 182-192. doi: 10.1097/01.AOG.0000451759.90082.7b [disponível]

American College of Obstetricians & Gynecologists (2016). Committee opinion No. 713: Antenatal Corticosteroid therapy for fetal maturation. *Obstetrics & Gynecology*, 130(2), e102-e109. doi: 10.1097/AOG.0000000000001711 [disponível]

American College of Obstetricians & Gynecologists (2017a). Practice Bulletin No. 171: Management of preterm labor. *Obstetrics & Gynecology*, 128(4), 155-164. Recuperado de: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2017/08/antenatal-corticosteroid-therapy-for-fetal-maturation.pdf>

American College of Obstetricians & Gynecologists (2017b). Practice bulletin number 183: postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*, 130(4), e168-e186. Recuperado de https://clinicalinnovations.com/wp-content/uploads/2017/10/ACOG_Practice_Bulletin_No_183_Postpartum-Hemorrhage-2017.pdf

American College of Obstetricians & Gynecologists (2019a). ACOG practice bulletin No. 107: Induction of labour. *Obstetrics and Gynecology*, 114(2), 386-397. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5 [disponível]

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 133(2), 164-173. Recuperado de <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>

American College of Obstetricians & Gynecologists (2019c). *Postpartum Birth Control*. Recuperado de <https://www.acog.org/patient-resources/faqs/contraception/postpartum-birth-control>

Areia, A. L., Almeida, M. F., Braga, A. J. C., Pereira, N. B., Macedo, C. V. & Nogueira-Silva, C. (2018). Corticoterapia para maturação pulmonar fetal. *Ata Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 12(4), pp. 311-313. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v12n4/v12n4a11.pdf>

Arruda, S.I.F.M. (2020). *Prevenção do parto pré-termo: o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica* (Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, Évora). Recuperado de: http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/26523/1/Mestrado-Enfermagem_de_Saúde_Materna_e_Obstetrica-Sara_Isabel_Flores_Melo_Arruda-Prevenção_do_parto_pré_termo....pdf

Arulkumaran, S. (2007). Malpresentation, malposition, cephalopelvic disproportion and obstetric procedures. In Edmonds, K., Lees, C. & Bourne, T., *Dewhurst's textbook of obstetrics & gynaecology* (pp.326-335). New Jersey: John Wiley & Sons Ltd.

Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y. & Chandrharan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of*

Gynecology and Obstetrics, 131, pp. 13 - 24 Retirado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>

Balakrishna R. & Teixeira, M. (2015). Early intervention for increased antenatal risk associated with foetal development risk. *Community Practitioner*, 88(4), pp. 42-46.

Balogun, O.O., O'Sullivan, E.J., McFadden, A., Ota, E., Gavine, A., Garner, C.D., ... MacGillivray, S. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Systematic Reviews* 11(11), i-80. doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub3 [disponível]

Bartuseviciene, E., Kacerauskiene, J., Bartusevicius, A., Paulionyte, M., Nadisauskiene, R. N., Kliucinskas, M., Stankeviciute, V., Maleckiene, L. & Railaite, R. D. (2018). Comparison of midwife-led and obstetrician-led care in Lithuania: a retrospective cohort study. *Midwifery*, 65, pp. 67-71 doi: 10.1016/j.midw.2018.06.017 [disponível]

Begley, C. (2014). Physiology and care during the third stage of labour. In J., Marshall & M., Raynor, *Myles Textbook for Midwives* (pp. 395-416). Elsevier.

Begley, C.M., Gyte, G.M.I., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A. & Biesty, L.M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Systematic Reviews*, (2): CD007412, 1-137. doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub5 [disponível]

Behalina, K., Minschart, C., Ceulemans, D., Bogaerts, A., Van Der Schueren, B., Mathieu, C. & Devlieger, R. (2018). Screening and Management of Gestational Diabetes Mellitus after Bariatric Surgery. *Nutrients*, 10, 1-13. doi:10.3390/nu10101479 [disponível]

Bigelow, C. & Stone, J. (2011). Best rest in pregnancy. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine* 78(2), 291-302. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/msj.20243>

Biggio, J.R. (2013). Bed rest in pregnancy: time to put the issue to rest. *Obstetrics & Gynecology*, 121 (6), 1158-1160. doi: 10.1097/AOG.0b013e318294480d [disponível]

Blanks, A.M. & Thorton, S. (2003). The role of oxytocin in parturition. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110(20), 46-51. doi: 10.1016/s1470-0328(03)00024-7 [disponível]

Botelho, L.L.R., Cunha, C.C.A. & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-136. Recuperado de <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/download/1220/906/>

Boyd, E. (2019). *A convergent parallel mixed method study on the experience of coping during high-risk pregnancy and prescribed bed rest*. (Tese de Douturamento não

publicada, Texas Woman's University, Texas). Recuperado de: <https://www.twu-ir.tdl.org/handle/11274/11524>

Brink, S. (2013). *The fourth trimester*. Clifórnia: University of California Press.

Burns, P.B. & Chung, K.C. (2010). Developing clinical questions and finding the best evidence to answer those questions. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 126(2), 613-618. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181de24a7. [disponível]

Caetano, A. B. J. R., Mendes, I. M. M. M. D & Rebelo, Z. A. S. A. (2018). Preocupações maternas no pós-parto: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 149-159. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17074>.

Cardoso, A.M.R. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: estudo sobre a avaliação das competências parentais* (Tese de doutoramento não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Recuperado de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-se%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20competencias%20parentais.pdf

Cardoso, A. & Nené, M. (2016). Promover o desenvolvimento das competências parentais In M., Nené, R., Marques & M. A., Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 481-485). Lidel - Edições Técnicas Lda.

Carlson, N. S., Corwin, J. E., Hernandez, T. L., Holtz, E., Lowe, N. K. & Hurt, K. J. (2017). Association between provider type and cesarean birth in healthy nulliparous laboring women: A retrospective cohort study. *Birth Issues in Prenatal Care*, 1-10. Recuperado de <http://www.wileyonlinelibrary.com/journal/bir>

Chandharan, E., Evans, S. A., Krueger, D., Pereira, S. Skivens, S. & Zaima A. (2018). *Physiological CTG Interpretation*. Recuperado de [Physiological-CTG.com: https://www.physiological-ctg.com/guideline/guideline.html](https://www.physiological-ctg.com/guideline/guideline.html)

Cheung, W., Ip, W.Y., & Chan, D. (2007) Maternal anxiety and feelings of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery* 23(2), 123-130. doi: 10.1016/j.midw.2006.05.001 [disponível]

Chóliz, M., Fernández-Abascal, E. & Martínez-Sánchez, F. (2012). Infant crying: pattern of weeping, recognition of emotion and affective reactions in observers. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 978-988. doi: 10.5209/rev_sjop.2012.v15.n3.39389 [disponível]

Clode, N. (2011). Hipóxia Fetal Aguda. In Clode, N., Jorge, C.C. & Graça, L.M. (2011). *Normas de atuação na urgência de obstetrícia e ginecologia do Hospital Santa Maria* (103-106). Recuperado de: http://www.fspog.com/fotos/editor2/hsm_final_2012.pdf

Cordoba, A.M.G., Oliveira, C.A., Braga, A., França, B.C. & Moreira de Sá, R.A. (2011). Métodos de vigilância fetal intraparto. *Femina*, 39(12), 555-561. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-641398>

Costa, C.I.S. (2017). *Medidas preventivas do tromboembolismo venoso no doente hospitalizado: uma revisão integrativa da literatura* (Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Saúde, Viseu). Recuperado de: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4585/1/CarlalsabelSantosCosta%20DM.pdf>

Coutinho, E.C., Antunes, J.G.V.C., Duarte, J.C., Parreira, V.C., Chaves, C.M.B. & Nelas, P.A.B. (2016). Benefits for the father from their involvement in the labour and birth sequence. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 217(5), 435-442. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02.010 [disponível]

Coutinho, J. (2014) *Maturação Cervical e Indução de Trabalho de Parto*. In Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C. & Ayres de Campos, D. *Protocolos de medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel

Creedon, D., Akkerman, D., Atwood, L., Bates, L., Harper, C., Levin, A., ... Weingeier, R. (2013). *Management of Labor*. Recuperado de: <http://www.spog.org.pe/web/phocadownloadpap/GUAMANEJODELPARTO.pdf>

Cunningham, F., Leveno, K. Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D. & Spong, C. (2012). *Williams Obstetrics: 23rd Edition*. Estados Unidos da América : The McGraw-Hill Companies Inc.

Darvishvand, M.; Rahebi, S.M. & Khalesi, Z.B. (2018). Factors related to maternal-infant attachment. *Shiraz E-Med Journal*, 19(12), 1-7. doi: 10.5812/semj.80369 [disponível]

Diário da República. (2017). Lei n.º 26/2017. *Diário da República*, 1ª série(104), 2594-2611. Recuperado de: <https://www.data.dre.pt/eli/lei/26/2017/05/30/p/dre/pt/html>

Diário da República (2019). Regulamento n.º391/2019. *Diário da República*, 2.ª série (85), pp. 13560-13565. Recuperado de: <https://www.dre.pt/application/conteudo/122216892>

Direção Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde (2010). *Orientação nº 001/2010 de 16/09/2010*. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/?cr=16624>

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

Direção Geral de Saúde (2015b). *Orientação nº 001/2015 de 19/01/2015*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Recuperado de: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_001_2015%2001.2015.pdf

Domínguez-Luna, A., Fernández-Míguez, M.D.M. & Domínguez-Luna, S.C. (2012). The agony of waiting: the bed rest to motherhood. *Matronas Profesion* 13(2), 43-49. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/287476295_The_agony_of_waiting_The_bed_rest_to_motherhood

Downe, S. & Marshall, J. (2014). Physiology and care during the transition and second phases of labour. In J. Marshall & M., Raynor, *Myles Textbook for Midwives* (pp. 367-393). Elsevier.

Edmonds, D.K. (2007). Puerperium and lactation. In Edmonds, K., Lees, C. & Bourne, T., *Dewhurst's textbook of obstetrics & gynaecology* (pp.69-80). New Jersey: John Wiley & Sons Ltd.

Edmondson, M. C. & Walker, S. B. (2014). Working in caseload midwifery care: The experience of midwives working in a birth centre in North Queensland. *Women and Birth*, 27, 31-36. Recuperado de: <http://www.dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2013.09.003>

England, C. (2014). Recognizing the healthy baby at term through examination of the newborn screening. In J., Marshall & M. Raynor, *Myles Textbook for Midwives* (pp. 591-609). Elsevier.

Escola Superior de Enfermagem do Porto (2010). *Rgulamento do segundo ciclo de estudos*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Escola Superior de Enfermagem do Porto (2018). *Regulamentno de "Estágio de Natureza Profissional"*. Porto : Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Eswi, A.S. & Khalil, A. (2012). Prenatal attachment and fetal health locus of control among low risk and high risk pregnant women. *World Applied Sciences Journal* 18(4). pp. 462-471. doi: 10.5829/idosi.wasj.2012.18.04.6491[disponível]

Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M., Nené, R., Marques & M. A., Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). Lidel - Edições Técnicas Lda.

Felgueiras, M.C.M.A. & Graça, L.C.C. (2013). Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 77-84. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12136>.

Ferreira, A. F. (2016). Fisiologia do puerpério. In M., Nené, R., Marques & M. A., Batista, *Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438-442). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.

FIGO (2015). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on Gestational Diabetes Mellitus: A Pragmatic Guide for Diagnosis, Management, and Care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(3), 173-211. Recuperado de: https://www.worlddiabetesfoundation.org/sites/default/files/FIGO_Initiative_on_GDM.pdf

FIGO (2016). *The FIGO Textbook of Pregnancy Hypertension*. Recuperado de https://www.glowm.com/pdf/NEW-Pregnancy_Hypertension-Final.pdf

FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee (2012a). Management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 119(2), 111-116. Recuperado de: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2012.08.002>

FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee (2012b). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 117(2), 108-118. Recuperado de: https://www.sigo.it/wp-content/uploads/2015/10/FIGO-Guidelines_Prevention-and-Treatment-of-PPH-etc1.pdf

Floris, L., Irion, O., Bonnet, J., Mercier, M.P.P. & Labrusse C. (2017). Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland: Comparison of levels of satisfaction. *Women and birth*, 31(2), 124-133. doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.021 [disponível]

Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto. In M., Nené, R., Marques & M. A., Batista, *Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 353-355). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.

Freitas, F., Passos, E.P., Martins-Costa, S.H., Ramos, J.G.L. & Magalhães, J. A. (2017). *Rotinas em Obstetrícia*. Brasil: Artmed Editora

Freitas, M. J. S. & Batista, M. C. D. (2016). Adaptação à vida extrauterina: cuidados imediatos ao recém-nascido. In M., Nené, R., Marques & M. A., Batista, M.A.B. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 486-491). Lidel - Edições Técnicas .

Freixo, M.L. (2015). *Implicações da utilização da analgesia epidural na evolução do trabalho de parto* (Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra). Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30774/1/TESE.pdf>

Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.

Grivell, R. M., Alfirevic Z., Gyte G. M. L. & Devane D. (2015). Antenatal cardiotocography for fetal assessment (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9): CD007863, i-57. doi: 10.1002/14651858.CD007863.pub4 [disponível]

Guardino, C.M. & Schetter, C.D. (2013). Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health Psychology Review*, 8(1), 70-94. doi: 10.1080/17437199.2012.752659. [disponível]

Guerra, A. (2016). Os primeiros dias do recém-nascido. In M., Nené, R., Marques & M. A., Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 408-410). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Güngördük, K., Olgaç, Y., Gülseren, V. & Kocaer, M. (2018). Active management of the third stage of labor: a brief overview of key issues. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 15(3), 188-192. doi: 10.4274/tjod.39049 [disponível]

Hanley, G.E., Munro, S., Greyson, D., Gross, M.M., Hundley, V., Spiby, H. & Janssen, P.A. (2016). Diagnosing onset labor: a systematic review of definitions in the research literature. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(71), 1 - 11. doi: 10.1186/s12884-016-0857-4 [disponível]

Haring, M., Smith, J.E., Bodnar, D., Misri, S., Little, R.M., & Ryan, D. (2013). *Coping with anxiety during pregnancy and following birth: A cognitive behaviour therapy-based self-management guide for women and healthcare providers*. Recuperado de: <http://www.bcmhsus.ca/Documents/coping-with-anxiety-during-pregnancy-and-following-the-birth.pdf>

Healy, S., Humpreys, E., Kennedy, C. (2017). A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. *Women and Birth*, 30(5), 367-375. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.02.005> [disponível]

Hiller, A., Farrington, M., Forman, J., McNulty, H., Cullen, L. (2017). Evidence-Based Nurse-Driven Algorithm for Intrapartum Bladder Care. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(5), 483-489 doi: 10.1016/j.jopan.2017.03.003 [disponível]

Hockenberry, M. J. & Wilson D. (2014). *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. Canadá: Elsevier.

Hoffman, M.K., Bailit, J.L., Branch, D.W., Burkman, R.T., Veldhusien, P.V., Lu, L., ... Zhang, J. (2012). A comparison of obstetric maneuvers for the acute management of shoulder dystocia. *HHS Public Access*, 117(6), 1272-1278. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821a12c9 [disponível]

Holness, N. (2018). High-Risk Pregnancy. *Nursing Clinics of North America*, 53(2), 241-251. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.01.010>

Inch, S. (2014). Infant Feeding. In J., Marshall & M., Raynor, M. *Myles Textbook for Midwives* (pp. 703-736). Elsevier.

Infarmed (2014). *Folheto informativo: Informação para o utilizador - Engerix B 10 microgramas/ 0,5 ml, suspensão injetável*. Recuperado de <https://silo.tips/download/folheto-informativo-informacao-para-o-utilizador-44>

Infarmed. (2017). *Folheto informativo para o utilizador: Propess 10 mg sistema de libertação vaginal*. Recuperado de: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=7174&tipo_doc=fi

Infarmed. (2018). *Folheto informativo para o utilizador: Syntocin, 5 U.I./ml, solução injetável - Oxitocina*. Recuperado de: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=8214&tipo_doc=fi

Infarmed. (2019). *Folheto informativo para o utilizador: Adalat 10, cápsulas moles*. Recuperado de: <https://myhealthbox.eu/pt/medicamento/adalat/1400432>

Instituto Joana Briggs (2013). *JB I Levels of Evidence*. Recuperado de: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

Instituto Joana Briggs (2014). *Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation*. Recuperado de: <https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI%20Levels%20of%20Evidence%20Supporting%20Documents-v2.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (2019). *Estatísticas Demográficas 2018*. Lisboa: INE, I. P.

Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (2010). *Diagnóstico precoce: normas para a colheita de sangue*. Recuperado de: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/DiagnosticoPrecoce/Paginas/Colheitas.aspx>

International Confederation of Midwives (2017). *Midwifery Led Care, the First Choice for All Women. Netherlands: International Confederation of Midwives*. Recuperado de <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-midwifery-led-care-the-first-choice-for-all-women.pdf>

International Confederation of Midwives (2018a). *Essential competencies for midwifery practice: 2018 update*. Recuperado de https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2018/10/icm-competencies---english-document_final_oct-2018.pdf

International Confederation of Midwives (2018b). *ICM DEFINITIONS*. Recuperado de <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>

International Confederation of Midwives & International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (2004). Joint statement: management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(1), 76-77. doi: 10.1016/j.jmwh.2003.11.005 [disponível]

International Council of Nurses (2012). *Closing the gap: from evidence to action*. Recuperado de: <https://www.nursingworld.org/~4aff6a/globalassets/practiceandpolicy/innovation--evidence/ind-kit-2012-for-nnas.pdf>

International Council of Nurses (2015). *CIPE: versão 2015 - Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Recuperado de: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkIGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrcE4JONEfouVPS6Rwg8>

Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M. & Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of Education and Health Promotion*, 4(6), pp. 1-26 doi: 10.4103/2277-9531.151885 [disponível]

Jackson, K., Marshall, J. & Brydon, S. (2014). Physiology and care during the first stage of labour. In J., Marshall & M., Raynor, *Myles Textbook for Midwives* (pp. 327-366). Elsevier.

Jacob, A. (2015). *A comprehensive textbook of midwifery & gynecological nursing*. India: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Lda.

Johnson, J.Y. (2012). *Enfermagem materna e do recém-nascido desmistificada: um guia de aprendizado*. Brasil: AMGH Editora Ltda.

Karakas, N.M. & Dagli, F.S. (2019). The importance of attachment in infant and influencing factors. *Türk Pediatri Arsivi*, 54(2), 76-81. doi: 10.14744/TurkPediatriArs.2018.80269 [disponível]

Karlström, A., Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus group discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15(251), 1-8. doi: 10.1186/s12884-015-0683-0 [disponível]

Kaur, N., Kaur, S. & Saha, P. K. (2014). Skill development of Nurses in Managing the fourth stage of Labour. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 10(1), 16-29. Recuperado de: <http://www.medind.nic.in/nad/t14/i1/nadt14i1p16.pdf>

Kearny, L., Kynn, M., Craswell, A. & Reed, R. (2017). The relationship between midwife-led group-based versus conventional antenatal care and mode of birth: a matched cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(39), 1-7. doi 10.1186/s12884-016-1216-1 [disponible]

Kettle, C. & Tohill, S. (2010). *Perineal care*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21481287>

Kilma, C., Norr, K., Vonderheid, S. & Handler, A. (2009). Introduction of CenteringPregnancy in a public health clinic. (Wiley, Ed.) *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(1), 27-34. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.05.008 [disponible]

Kim, Y.J. & Park, Y.J. (2018). Effect of structured bed exercise on uterine contractions, fetal heart rate patterns, and maternal psychophysical symptoms of hospitalized high-risk pregnant women: a randomized control trial. *Asian Nursing Research*, 12(1), 1-8. doi: 10.1016/j.anr.2017.12.003 [disponible]

Koto, P. S., Fahey, J., Meier, D., LeDrew, M. & Loring, S. (2019). Relative effectiveness and cost-effectiveness of the midwifery-led care in Nova Scotia, Canada: A retrospective, cohort study. *Midwifery*, 77, 144-154. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.008>

Koyucu, R. G. & Demirci, N. (2017). Effects of pushing techniques during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 56, 606-612. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2017.02.005>

Kuller, J. M. (2014). Update on Newborn Bathing. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 14, 166-170. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2014.10.006>

Lederman, R. P., Boyd, E., Pitts K., Roberts-Gray, C., Hutchinson, M. & Blackwell, S. (2013). Maternal development experiences of women hospitalized to prevent preterm birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4, 133-138. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2013.10.004>

Lee, L., Dy, J. & Azzam, H. (2016). Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 136, 843-865. doi: 10.1016/j.jogc.2016.04.093 [disponible]

Lee, S. & Lee, E (2016). The Relationship between Pregnancy Stress and Anxiety in High-risk Pregnant Women: The Mediating Effect of a Sense of Mastery. *International Journal*

of *Bio-Science and Bio-Technology*, 8(1), 153-162. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.14257/ijbsbt.2016.8.1.14>

Lemos, A., Amorim, M. M. R., Dornelas de Andrade, A., Souza, A. I., Cabral Filho, J. E., Correia, J. B. (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3): CD009124, 1-65. doi: 10.1002/14651858.CD009124.pub3 [disponível]

Leveno, K.J., Alexander, J.M., Bloom, S.L., Casey, B.M., Dashe, J.S., Roberts, S.W. & Sheffield, J.S. (2014). *Manual de obstetrícia de Williams: Complicações na gestação*. Porto Alegre: Artmed Editora

Lobão, F. M. (2017). *A esperança numa gravidez com complicações*. (Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18942/1/Relatório%20Estágio_%20Francisca%20Lobão.pdf

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodiata.

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodiata.

Mahdy, H., Glowacki, C. & Gossman, W. G. (2019). *Amniotomy*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470167/>

Maloni, J.A. (2011). Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 6(4), 385-393. doi: 10.1586/eog.11.28 [disponível]

Manant, A. & Dodgson, J. E. (2011). CenteringPregnancy: an integrative literature review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(2), 94-102 doi: 10.1111/j.1542-2011.2010.00021.x. [disponível]

Marchão, H. E. & Soares, I. (2016). Assistência no 3.º Trimestre da Gravidez. In Nené, M., R., Marques & M. A., Batista, M.A. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 130-139). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.

Marques, M.J.P. (2014). *Manual de boas práticas no parto normal: Baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996)*. Recuperado de: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13022/2/MANUAL%20BOAS%20PRÁTICAS%20PARA%20CD.pdf>

Marshall, J. e Raynor, M. D. (2014). *Myles Textbook for Midwives*. Elsevier

Martins, C.A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem* (Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa). Recuperado de: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.pdf

Mateo, S. C. & Homs, J. J. T. (2013). *Obstetricia para Matronas. Guía Práctica*. Madrid: Panamericana.

Mattinson, C. A., Dion, M. L., Lavis, J. N., Huntton, E. K., Wilson, M. G. (2018). Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth Issues in Prenatl Care*, 1-6. doi: 10.1111/birt.12352 [disponível]

McCall, C.A., Grimes, D.A. & Lyerly, A. D. (2013). "Therapeutic" bed rest in pregnancy: unethical and unsupported by data. *Obstetrics & Gynecology*, 121(6), 1305-1308, doi: 10.1097/AOG.0b013e318293f12f [disponível]

McCance, T., McCormack, B. & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centeredness in practice. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1 - 9. Recuperado de: <http://www.ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No2-May-2011/Person-Centredness-in-Practice.html>

McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N. ... Wilson, V. (2015). Person-centeredness - the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1 - 15. Recuperado de: <http://www.fons.org/library/journal.aspx>

McCoyd, J. L. M., Munch, S. & Curran, L. (2018). On being mother and patient: dialectical struggles during medically high-risk pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 39(6), 674-686. doi: 10.1002/imhj.21744 [disponível]

Medley, N., Vogel, J. P., Care, A. & Alferevic, Z, (2018). Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11): CD012505, 1-89. doi: 10.1002/14651858.CD012505.pub2. [disponível]

Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: Middle range situation specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company

Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, D.K.H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: na emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-38. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006. [disponível]

Mendes, I.M.M.M.D. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto* (Tese de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto). Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7250/2/DissertaodoutoramentolsabelMendesAjustamento%20Materno%20e%20Paterno.pdf>

Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.C.P. & Galvão, C.M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto &*

Contexto - Enfermagem, 17(4), 758-764. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

Menticoglou, S. (2018). Shoulder dystocia: incidence, mechanisms, and management strategies. *International Journal of Women's Health*, 10, pp. 723-732. Recuperado de: <https://www.dovepress.com/>

Minieiro, L., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). A posição da mulher no trabalho de parto In M., Nené, R., Marques & M. A., Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 335-347). Lidel - Edições Técnicas

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerpério*. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf

Moldenhauer, J.S. (2018). *MANUAL MSD Versão para Profissionais de Saúde: O fornecedor de informações médicas desde 1899*. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/anormalidades-e-complica%C3%A7%C3%B5es-do-trabalho-de-parto-e-do-parto/trabalho-de-parto-prolongado>

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

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

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. & Swanson, E. (2004). *Nursing Outcomes Classification*. St. Louis: Mosby Elsevier.

Mortensen, B., Lieng, M., Diep, L. M., Lukasse, M., Atieh, K. & Fosse, E. (2019). Improving Maternal and Neonatal Health by a Midwife-led Continuity Model of Care - An Observational Study in One Governmental Hospital in Palestine. *EClinicalMedicine*, 10, 84-91. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2019.04.003>

Moura, C.C.S., Oliveira, R.C., Davim, R.M.B., Paula, G.S., Medeiros, M.G., Medeiros, M.V.S., ... Ribeiro, L.T.A. (2019). Nursing diagnosis for women with puerperal infection. *Journal of Nursing: UFPE On Line*, 13(6). doi: 10.5205/1981-8963.2020.243869 [disponível]

Mputle, M.S. (2018). Support provided by midwives to women during labour in a public hospital, Limpopo Province, South Africa: a participant observation study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(210), 1-12 . doi: 10.1186/s12884-018-1860-8 [disponível]

Nazareth, J. V., Souza, K. V., Beininger, M. A., Barra, J. S., Brüggemann, O. M. & Pimenta, A. M. (2017). Special attention to women experiencing high-risk pregnancy:

Delivery, care assistance and neonatal outcomes in two Brazilian maternity wards. *Midwifery*, 53, 42-48. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.009>

NICE (2008). *Induction of labour*. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg70/evidence/cg70-induction-of-labour-full-guideline2>

NICE. (2010). *Neonatal jaundice*. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98/evidence/full-guideline-245411821>

NICE. (2011). *Caesarean section*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>

NICE. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>

NICE (2015a). *Postnatal care*. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs37/resources/postnatal-care-pdf-2098611282373>

NICE (2015b). *Postnatal care up to 8 weeks after birth*. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/postnatal-care-up-to-8-weeks-after-birth-pdf-975391596997>

NICE (2016a). *Preterm labour and birth*. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs135/resources/preterm-labour-and-birth-pdf-75545420722117>

NICE (2016b). *Jaundice in newborn babies under 28 days*. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98/resources/jaundice-in-newborn-babies-under-28-days-pdf-975756073669>

NICE (2017). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>

NICE. (2019a). *Fetal monitoring during labour*. Recuperado de <https://pathways.nice.org.uk/pathways/intrapartum-care/fetal-monitoring-during-labour>

NICE (2019b). *Caesarean section*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/resources/caesarean-section-pdf-35109507009733>

NICE. (2019c). *Postnatal care: breastfeeding and formula feeding*. Recuperado de: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/postnatal-care/postnatal-care-breastfeeding-and-formula-feeding>

NICE. (2019d). *Postnatal care: infant health and wellbeing*. Recuperado de <https://pathways.nice.org.uk/pathways/postnatal-care/postnatal-care-infant-health-and-wellbeing>

Nilsson, L., Thorsell, T., Wahn E.H. & Ekström, A. (2013) Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice* 2013(Article ID 349124), 1-6. Recuperado de: <http://downloads.hindawi.com/journals/nrp/2013/349124.pdf> [disponível]

Nishikawa, M. & Hisataka, S. (2013). Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of Leopold's maneuvers on maternal-fetal attachment. *Reproductive Health*, 10(1), 1-7 . doi: 10.1186/1742-4755-10-12 [disponível]

Nogueira, J.R.D.F & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 57-66. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn8/serlIn8a06.pdf>

Norman, J.E. & Stock, S.J. (2018). Induction and augmentation of labour. In Edmonds, K., Lees, C. & Bourne, T., *Dewhurst's textbook of obstetrics & gynaecology* (326-335). New Jersey: John Wiley & Sons Ltd.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros .

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Recuperado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

Organização Mundial de Saúde (2004). Food and health in Europe: a new basis for action. *WHO Regional Publications, European Series* (96), xvi-388. Recuperado de: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74417/E82161.pdf

Organização Mundial de Saúde (2011). *WHO recommendations for Induction of labour*. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241501156/en/

Organização Mundial de Saúde (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf;jsessionid=53A2A02149FA5524DFF017F918D01F18?sequence=1

Organização Mundial de Saúde. (2013). *Postnatal Care for Mothers and Newborns*. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1

Organização Mundial de Saúde (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf?sequence=1

Organização Mundial de Saúde (2017a). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial de Saúde. (2017b). *WHO recommendations on Newborn Health*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Organização Mundial de Saúde (2019a). *Why having a companion during labour and childbirth may be better for you*. Recuperado de: <https://www.who.int/reproductivehealth/companion-during-labour-childbirth/en/>

Organização Mundial de Saúde (2019b). *Improving the health of mothers and newborns in Slovakia*. Recuperado de: <https://www.euro.who.int/en/countries/slovakia/news/news/2019/8/improving-the-health-of-mothers-and-newborns-in-slovakia>

Ozkan, S.A., Kadioglu, M. & Rathfisch, G. (2017). Restricting oral fluid and food intake during labour: a qualitative analysis of women's views. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 235-242. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/316545433_Restricting_Oral_Fluid_and_Food_Intake_during_Labour_A_Qualitative_Analysis_of_Women's_Views

Palanisamy, R., Nayak, B., D'Souza, S. R. B. & Pais, M. (2011). Alcohol versus sterile water cleaning for Newborn umbilical cord. *Journal on Nursing*, 1(3), 17-23. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/293464838_ALCOHOL_VERSUS_STERILE_WATER_CLEANING_FOR_NEWBORN_UMBILICAL_CORD_CARE

Parlamento Europeu e do Conselho. (2005). *Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho*. Recuperado de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32005L0036>

Patarou, W. (2016). *Management of episiotomy*. Recuperado de: <https://www.meht.nhs.uk › EasysiteWeb › getresource>

Pedro, L. & Carvalho de Oliveira, S. (2016). Função da dor no trabalho de parto. In M., Nené, R., Marques & M. A., Batista, M.A. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 416-424). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Peñalba, Y. G., Húrios, F. F., Plaza, E. G. & Betegón, A. A. (2018). New care challenges: detection of anxiety in pregnant women at risk. *Enfermería Clínica*, 29(4), 248-253 doi: 10.1016/j.enfcil.2018.09.002 [disponível]

Pereira, M.A.M., Gomes, M.G.P., Madureira, N.A.B., Bersan, P.N., Silva, R.T., Vilela, R.V., ... Krettli, W.S.C. (2011). Trombose venosa profunda proximal no puerpério: relato de caso. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(4 Sppl. 6), 84-86. Recuperado de: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/752>

Petter, C.E., Farret, T.C. F., Scherer, J.S. & Antonello, V.S. (2013). Fatores relacionados a infecções do sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos. *Scientia Medica*, 23(1), 28-33. Recuperado de: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/12715/9042>

Phillips, R. (2013). The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(2), 67-72. Recuperado de: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001>

Pineda, R., Luong, A., Ryckman, J. & Smith, J. (2018). Pacifier use in newborns: related to socioeconomic status but not to early feeding performance. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 107(5), 806-810. doi: 10.1111/apa.14253. [disponível]

Prada, F. & Rafael, M. (2016). Desvios ao trabalho de parto normal. In M., Nené, M., Marques, R. & M. A., Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 368-375). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Prata, N., Tavrow, P. & Upadhyay (2017). Women's empowerment related to pregnancy and childbirth: introduction to special issue. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(352), 1-4. doi: 10.1186/s12884-017-1490-6 [disponível]

Prigol, A.P. & Baruffi, L.M. (2017). O papel do Enfermeiro no cuidado à puérpera. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 7(1), 1-8. doi: 10.5902/21797692222286. [disponível]

Prosser, S.J., Barnett, A.G. & Miller, Y.D. (2018). Factors promoting or inhibiting normal birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(241), 1 - 10. doi: 0.1186/s12884-018-1871-5 [disponível]

Queensland Clinical Guidelines (2017a). *Induction of labour*. Recuperado de: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0020/641423/g-iol.pdf

Queensland Clinical Guidelines (2017b). *Normal birth*. Recuperado de: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0014/142007/g-normalbirth.pdf

Queensland Clinical Guidelines. (2019). *Neonatal jaundice*. Recuperado de https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0018/142038/g-jaundice.pdf

Raju, T.N. & Singal, N. (2012). Optimal timing for clamping the umbilical cord after birth. *Clinics in Perinatology*, 39(4), 889-900. doi: 10.1016/j.clp.2012.09.006

Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. (2017). *Provision of routine intrapartum care in the absence of pregnancy complications*. Recuperado de: [https://ranzocog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Provision-of-routine-intrapartum-care-in-the-absence-of-pregnancy-complications-\(C-Obs-31\)review-July-2017.pdf?ext=.pdf](https://ranzocog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Provision-of-routine-intrapartum-care-in-the-absence-of-pregnancy-complications-(C-Obs-31)review-July-2017.pdf?ext=.pdf)

Reyes, I.D.L. (2015). *Bed rest and its continued use in women with high-risk pregnancy: a review of literature* (Tese não publicada, Dominican University of California, California). Recuperado de: <https://scholar.dominican.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1043&context=senior-theses> [disponível]

Ricci, S.S. (2013). *Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing*. Estados Unidos da América: Lippincott Williams & Wilkins

Rocha, C.R., Verga, K.E., Sipsma, H.L., Larson, I.A., Phillipi, C.A. & Kair, L.R. (2020) Pacifier use and breastfeeding: a qualitative study of postpartum mothers. *Breastfeeding Medicine*, 15(1), 24-28. doi: 10.1089/bfm.2019.0174. [disponível]

Rodrigues, S.I.B. (2016). Tipos de parto. In M., Nené, R., Marques & M. A., Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 377-381). Lidel - Edições Técnicas Lda.

Royal Children's Hospital Melbourne. (2018). *Phototherapy for neonatal jaundice*. Recuperado de: https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Phototherapy_for_neonatal_jaundice/

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2012). *Shoulder Dystocia*. Recuperado de: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_42.pdf

Rubarth, L.B., Schoening, A. M., Cosimano, A. & Sandhurst, H. (2012). Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal*, 41(3), 398-407. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01349.x. Epub 2012 Apr 26. [disponível]

Ruiz-Mirazo, E., Lopez-Yart, M. & McDonald, S. D. (2012). Group prenatal care versus individual prenatal care: a systematic review and meta-analyses. *Journal Obstetrics Gynaecology*, 34(3), 223-229 doi: 10.1016/S1701-2163(16)35182-9 [disponível]

Sackett, D.L., Strauss, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EMB*. Amsterdão: Elsevier

SA Health (2019). *Tocolysis for Uterine Hypercontractility*. Recuperado de: SA Health: <https://www.sahealth.sa.gov.au/resources/policies>

SA Maternal & Neonatal Clinical Network (2015). *Clinical practice guideline for the use of antenatal cardiotocography*. Recuperado de: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/896f25804ee1d3a7abe3afd150ce4f37/Antenatal+Cardiotocography_Sept2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-896f25804ee1d3a7abe3afd150ce4f37-mMyLAPj

Salehi, A., Fahami, F. & Beigi, M. (2016). The effect of presence of trained husbands beside their wives during childbirth on women's anxiety. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 21(6), 611-615. doi: 10.4103/1735-9066.197672 [disponível]

Sandall, J. (2017). *The contribution of continuity of midwifery care to high quality maternity care*. Recuperado de <https://www.rcm.org.uk/media/2265/continuity-of-care.pdf>

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4): CD004667, 1-118. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5. [disponível]

Santana, A. & Figueiredo, M. (2016). Manutenção do bem-estar materno-fetal intraparto. In M., Nené, R., Marques & M. A., Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 388-407). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Santo, S., Ayres-de-Campos, D., Costa-Santos, C., Schnettler, W., Ugwumadu, A. & Mendes da Graça, L. (2016). Agreement and accuracy using the FIGO, ACOG and NICE cardiotocography interpretation guidelines. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(2), 166-175. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27869985>

Santos, C. M. C., Pimenta, C A. M. & Nobre, M. R. C. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-am Enfermagem*, 15(3), 1-4. Recuperado de [http:// www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

Santos, M. J. F. & Batista, M. C. D. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. In M., Nené, R., Marques & M. A., *Batista, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.455-472). Lidel - Edições Técnicas Lda.

Scamell, M. (2016). The fear factor of risk - clinical governance and midwifery talk and practice in the UK. *Midwifery*, 38, 14-20. doi: 10. 1016/j.midw.2016.02.010 [disponível]

Schleubner, E. (2013). The prevention, diagnosis and treatment of premature labour. *Deutsches Ärzteblatt International* 110(13), 227-236. doi: 10.3238/arztebl.2013.0227 [disponível]

Schumacher, K.L. & Meleis A.I. (2010) Transitions: A central concept in nursing. In

Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: Middle range situation specific theories in nursing research and practice* (pp.38-51). Nova Iorque: Springer Publishing Company

Segur, P. C., Moreno, J. A. P. & Oliveira, C. T. (2019). Assistência ao recém-nascido com síndrome de desconforto respiratório. *Revista UNINGÁ Edição Especial Enfermagem*, 56(2), 141-169. Recuperado de: <http://www.revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2071>

Sentilhes L., Sénat, M. V., Ancel, P. Y., Azria, E. , Benoist, G., Blanc, J. ... Langer, B. (2017). Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, 210, 217-224. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.12.035. [disponível]

Shakibazadeh, E., Namadian, M., Bohren, M.A., Vogel, J.P., Rashidian, A., Pileggi, V.N., ... Gülmezoglu, A.M. (2018) Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(8), 932-942. doi: 10.1111/1471-0528.15015 [disponível]

Shea-Lewis, A., Eckardt, P. & Stapleton, D. (2018). CE: Original research: An investigation into the safety of oral intake during labor. *American Journal of Nursing*, 118(3), 24-31. doi: 10.1097/01.NAJ.0000530913.80349.53 [disponível]

Sidebotham, M. (2012). Promoting normal birth the easy way. *The Practising Midwife*, 15(10), 23 - 25. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/143888229.pdf>

Silva, A.F., Nóbrega, M.M.L. & Souto, C.M.R.M. (2015). Instrumento para a documentação de processo de enfermagem no período pós-parto. *Ciência do Cuidado e Saúde*, 14(3), 1385-1393. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v14i3.20227 [disponível]

Silva, C.S. & Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 17-26. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn3/serlVn3a03.pdf>

Silva, D.A.O., Ramos, M.G., Jordão, V.R.V., Silva, R.A.R., Carvalho, J.B.L. & Costa, M.M.N. (2013). Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante trabalho de parto normal: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem UPPE On Line*, 7(5), 1539-1548. doi: 10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201309 [disponível]

Silva, M. R. C, Vieira, B. C. G, Alves, V. H. Rodrigues, D. P., Vargas G. S., Sá, A. M. P. (2013). A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. *Revista de Enfermagem UERJ*, 21(2), 792-797. Recuperado de: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a16.pdf>

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

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012). *Prescrição pré-natal de corticosteroides para reduzir a morbilidade e mortalidade neonatais*. Recuperado de: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/Corticoides_prenatais_.pdf

Sociedade Portuguesa de Pediatria & Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2009). *Como reduzir o risco de SMSL*. Recuperado de http://criancaefamilia.spp.pt/media/116370/Folheto_SMSL.pdf

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

Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Antunes, V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21(2ª série), 17-26. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem

Sousa, L. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. & Severino, S. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. (A. P. Reabilitação, Ed.) *Revista Portuguesa de Enfermagem e Reabilitação*, 1(1) doi: 10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391 [disponível]

Spountzi-Krepia, D., Lavdaniti, M., Dimitriadou, A., Psychogiou, M., Sgantzios, M., He, H.G., ... Vehviläinen-Julkunen, K. (2010). Father's feelings and experience related to

their wife/partner's delivery in northern Greece. *The Open Nursing Journal*, 4, 48-54. doi: 10.2174/1874434601004010048 [disponible]

Steen, M. & Wray, J. (2014). Physiology and care during the puerperium . In J., Marshall, & M., Raynor, *Myles Textbook for Midwives* (pp. 499-514). Elsevier.

Stevens, B., Yamada, J., Ohlsson, A., Haliburton, S. & Shorkey., A. (2016). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (16): CD001069, 1-293. doi: 10.1002/14651858.CD001069.pub5. [disponible]

Thakkar, R. (2014). Care of the perinium, repair and female genital mutilation . In J., Marshall, & M., Raynor, *Myles Textbook for Midwives* (pp.311-325). Elsevier

The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2017). *Contraception after pregnancy*. Recuperado de <https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/>

Ugwumadu, A. (2013). Understanding cardiotocography patterns associated with intrapartum hypoxia and neurologic injury. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology* 27(4), 509-536 . doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.04.002 [disponible]

Ugwumadu, A., Steer, P., Carbone, B., Vayssiere, C., Maso, G. & Arulkumaran, S. (2016). Time to optimize and enforce training in interpretation of intrapartum cardiotocography. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(6), 866-869. doi: 10.1111/1471-0528.13846 [disponible]

Ullah, S., Rahman, K. & Hedayti, M. (2016). Hyperbilirubinemia in Neonates: Types, Causes, Clinical Examinations, Preventive Measures and Treatments: A Narrative Review Article. *Iranian Journal of Public Health*, 45(5), 558-568. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4935699/>

UNICEF. (2018). *Breastfeeding: A Mother's Gift, for Every Child*. Recuperado de: https://www.unicef.org/publications/index_102824.html

Van der Berg, M.M.J., Dancet, E.A.F, Erlikh, T., Van der Veen, F., Goddijn, M. & Hajenius, P. J. (2018). Patient-centered early pregnancy care: a systematic review of quantitative and qualitative studies on the perspectives of women and their partners. *Human Reproduction Update*, 24(1), 106-118. doi:10.1093/humupd/dmx030 [disponible]

Van der Bergh, B. & Simons, A. (2009). A review of scales to measure the mother-foetus relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 27(2), 114-126. doi:10.1080/02646830802007480 [disponible]

Ventura, R. (2016). Os primeiros dias do recém-nascido. In M., Nené, R., Marques & M. A., Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 504-511). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Vries, R. D., Nieuwenhuijze, M. & Buitendijk, S. E. (2013). What does it take to have a strong and independent profession of midwifery? Lessons from the Netherlands. (Elsevier, Ed.) *Midwifery*, 29, 1122-1128. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.007>

Wardle, S. P. & England, C. (2014). Significant problems in the newborn baby. . In J., Marshall, & M., Raynor, *Myles Textbook for Midwives* (pp.667-701). Elsevier

Wilhelm, L. A., Alves, C. M., Demori, C. C., Silva, S. C., Meincke, S. M. K. & Ressel, S. B. (2015). Sentimentos de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(3), 284-293. Recuperado de: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5206/html_882

Wormer, K.C., Jamil, R.T. & Bryant, S.B. (2019). Acute postpartum hemorrhage. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499988/>

Xiong, T., Qu, Y., Cambier, S. & Um, D. (2011). The side effects of phototherapy for neonatal jaundice: what do we know? What should we do?. *European Journal of Pediatrics*, 170(10), 1247-1255. doi: 10.1007/s00431-011-1451-1 [disponível]

Yasmeen, T. & Yasmeen, A. (2019). *Oral sucrose for procedural pain*. Recuperado de: <http://www.clinicalguidelines.scot.nhs.uk/ggc-paediatric-guidelines/ggc-guidelines/neonatology/oral-sucrose-for-procedural-pain>

ANEXOS

Figura 7 - Algoritmo de ação para a hipoglicemia no adulto, realizando no âmbito da componente de estágio Gravidez com Complicações.

