

O TOQUE VAGINAL COMO UM PROCEDIMENTO
IMPULSIVO E O SEU SIGNIFICADO PARA AS PARTURIENTES

Melissa Batista Almeida

Porto, 2020

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O TOQUE VAGINAL COMO UM PROCEDIMENTO IMPULSIVO
E O SEU SIGNIFICADO PARA AS PARTURIENTES

VAGINAL TOUCH AS AN IMPULSIVE PROCEDURE AND IT'S
MEANING FOR PARTURIENT WOMEN

Relatório de estágio de natureza profissional orientado pela
Professora Maria Vitória Parreira

Melissa Batista Almeida

Porto, 2020

AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIAS

A realização deste relatório significa o fim de um longo percurso e não poderia chegar à meta sem o apoio e força constantes dos muitos que nos ajudaram e abriram horizontes para ultrapassar os obstáculos. Por este motivo, torna-se essencial enaltecer o seu contributo.

À Professora Vitória Parreira por ser uma fonte de motivação e incentivo ao longo destes anos. Muito obrigada pela dedicação e apoio constante.

À Professora Alexandrina Cardoso pelo contributo, tão importante e especial que teve ao longo do meu percurso. Muito obrigada.

Às minhas tutoras, Enfª Vera Carvalho, Enfª Palmira Miranda e Enfª Aurora Bastos pelos conhecimentos partilhados, pelo carinho, pelo incentivo e apoio e por acreditarem sempre nas minhas capacidades.

À Equipa multidisciplinar do serviço de obstetrícia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho pela excelente integração e acolhimento durante todo o ano.

A todos os casais e recém-nascidos que cuidei durante o meu percurso que irei sempre recordar com carinho.

Aos meus pais e avó Teresa, pelo apoio incondicional, dedicação e investimento em todos os momentos difíceis do meu percurso tanto pessoal como académico.

À minha amiga e colega Iola Vieira, que sempre me apoiou, pela partilha constante dos seus conhecimentos, pela disponibilidade para me escutar e, sobretudo, pela força e coragem que me incutiu nos momentos de maior desânimo.

Às minhas amigas Ana Afonso e Ana Sofia, por me incentivarem constantemente e acreditarem sempre que seria possível.

À Márcia, amiga e colega de trabalho, por estar sempre presente e pelas suas palavras de apoio e incentivo.

Aos meus vizinhos, Salete, Alexandre e ao pequeno Martim pela ajuda e incentivo para prosseguir e terminar este relatório.

Ao Bruno, por ter sido o meu suporte durante este percurso e me amparar em todos os momentos de stress. Obrigada pela compreensão, apoio, dedicação, pelas palavras assertivas e cujo impacto se refletiu nos momentos certos.

Dedico, ainda, este relatório à pessoa que me protege, cuida e que sempre teve orgulho em mim, mesmo longe, a minha estrela! Ao meu avô Cassiano.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

APDMGP – Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto

ATPPT – Ameaça de Trabalho de Parto Pré-Termo

CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

CTG – Cardiotocografia

DG – Diabetes Gestacional

DGCD – Diabetes Gestacional Controlada com Dieta

DGIT – Diabetes Gestacional Insulinotratada

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro(a) especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria

EEESMO – Enfermeiro(a) especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FC – Frequência Cardíaca

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HPP – Hemorragia Pós-Parto

HTA – Hipertensão Arterial

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PPT – Parto Pré-Termo

PTGO – Prova de Tolerância à Glicose Oral

RCF – Restrição de Crescimento Fetal

RCM – *Royal College of Midwives*

RN – Recém-Nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

STFF – Síndrome de Transfusão Feto-fetal

TA – Tensão Arterial

TP – Trabalho de Parto

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Este relatório foi realizado no âmbito do estágio de natureza profissional, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas em estágio, inerentes ao processo de aquisição de competências nas áreas de intervenção da Gravidez com Complicações, do Trabalho de Parto e Parto e do Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade.

Neste contexto encontram-se descritas e fundamentadas, pela evidência científica mais atual, as intervenções que resultaram da tomada de decisão, subjacente a uma reflexão crítica constante, tendo por base a identificação dos focos de atenção, os diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções em cuidados prestados à mulher, casal, recém-nascido e família. Estão descritas as atividades que desenvolvemos suportadas na prática baseada na evidência, como garantia da qualidade dos cuidados e da promoção de uma transição para a parentalidade saudável e significativa, rumo a uma maior satisfação do casal face ao seu novo estatuto de vir a tornar-se mãe/pai.

Apresenta-se também um estudo sob a opção metodológica de uma revisão integrativa da literatura, sobre uma temática que nos suscitou interesse no sentido de problematizar as práticas, com o objetivo de compreender as razões que suportam a tomada de decisão dos profissionais para a prática do toque vaginal, na avaliação da progressão do trabalho de parto e o seu significado para as parturientes.

Os principais resultados indicam que mundialmente ainda é uma prática que requer alguma reflexão e melhoria sobre os critérios específicos usados para a sua prática, pois é realizada, na maioria das vezes, por rotina e por vários profissionais sob decisões, pouco claras, sem justificação para agir e sem terem como prioridade o bem-estar da mulher e do feto.

Após a análise e reflexão sobre este percurso formativo, concluímos que foram atingidos todos os objetivos propostos, não só pelo curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, como também atingimos todas as competências preconizadas e descritas pela Ordem dos Enfermeiros.

Palavras-chave: Revisão Integrativa da Literatura, Toque Vaginal; Trabalho de Parto; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

ABSTRACT

This report was carried out within the scope of the professional internship, to obtain a master's degree in Maternal Health and Obstetrics Nursing and aims to describe the activities developed in the internship, inherent to the process of acquiring skills in the intervention areas of Pregnancy with Complications, Labor and Childbirth and Self-Care in Postpartum and Parenting. It is supported by the Regulation of the Second Cycle of Studies of the Master's Course in Maternal and Obstetric Health Nursing, of the Porto Nursing School and under the compliance with the Competence Regulation of the Nurse Midwives of the Order of Nurses.

In this context, the interventions that resulted from decision-making, underlying a constant critical reflection, based on the identification of the focus of attention, the nursing diagnoses and the respective interventions, are described and based on the most current scientific evidence. in care provided to women, couples, newborns and family, in order to develop an evidence-based practice, as a guarantee of the quality of care and the promotion of a transition to healthy and meaningful parenting, towards greater couple satisfaction in view of her new status of becoming a mother / father.

A study is also presented under the methodological option of an integrative review of the literature, on a theme that aroused interest in the sense of problematizing the practices, in order to understand the reasons that support the decision-making of professionals for the practice of the vaginal touch, in assessing the progression of labor.

The main results indicate that worldwide it is still a practice that requires some reflection and improvement on the specific criteria used for its practice, as it is performed, most of the time, by routine and by several professionals, unclear, without justification for acting and without prioritizing the well-being of women and fetuses. After analyzing and reflecting on this formative path, we concluded that all the proposed objectives were achieved, not only by the Master's Degree Course in Maternal and Obstetric Health Nursing, but we also achieved all the competencies recommended and described by the Order of Nurses.

Keywords: Integrative Literature Review, Vaginal Touch; Labor; Nurse Midwives.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1.CUIDAR A MULHER/ CASAL SOB O RISCO E A INCERTEZA FACE A UMA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	19
2.CUIDAR O CASAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: UM DESAFIO PARA AJUDAR NA TRANSIÇÃO PARA A CHEGADA DE UMA NOVA VIDA.....	35
2.1. A prática baseada na evidência e o toque vaginal	50
2.1.1. Identificação do tema.....	52
2.1.2. Formulação da questão	55
2.1.3. Seleção dos artigos e sua caracterização	56
2.1.4. Análise dos artigos	58
2.1.5. Interpretação dos resultados	68
2.1.6. Conclusões.....	69
3.AUTOCUIDADO NO PÓS-PARTO: UM DESAFIO PARA AJUDAR NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	71
4 ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA.....	89
CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –Grávidas cuidadas relacionadas com o tipo de Complicações na Gravidez.....	22
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Nº de grávidas cuidadas	33
Figura 2 – Nº de parturientes cuidadas.....	35
Figura 3 – Nº de puérperas e recém-nascidos cuidados	72

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Elementos para a formulação da questão de investigação segundo o modelo PICO	56
Tabela 2 - Análise do Artigo: Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review)	59
Tabela 3 - Análise do Artigo: Potential excess of vaginal examinations during the management of labor: frequency and associated factors in 13 Peruvian hospitals	61
Tabela 4 - Análise do Artigo: Women’s experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands.....	62
Tabela 5 – Análise do Artigo: The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women’s feelings, opinions, knowledge and experiences	64
Tabela 6 – Análise do Artigo: The vaginal examination during labour: is it of benefit or harm?	65

Tabela 7 – Análise do Artigo: Effect of Vaginal Examination Frequency Practice during Normal Childbirth on Psychophysical Condition of Women	66
Tabela 8 – Análise do Artigo: Improving Vaginal Examinations Performed by Midwives....	67

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito de um estágio de natureza profissional, realizado no 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). De acordo com o Regulamento do 2º Ciclo de Estudos (Artigo 2º, Alínea c) (2010), o processo de estágio implica a realização de um relatório de estágio, cujos objetivos consistem em relatar as atividades desenvolvidas e as mais-valias adquiridas na instituição de acolhimento e deve “pôr em evidência a relevância das competências adquiridas durante o processo de estágio e a contribuição do desenvolvimento do estágio para a entidade de acolhimento”.

Assim, a realização de um relatório de estágio reflete o processo de cuidados: a atividade diagnóstica, os diagnósticos e intervenções, centrados na mulher/casal, recém-nascido (RN) e família que são inerentes às competências específicas do enfermeiro de saúde materna e obstétrica, definidas previamente pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010) como: cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, pós-natal e durante o trabalho de parto e parto, e, ainda, cuidar do RN até ao 28º dia de vida.

É neste contexto que apresentamos uma introspeção e descrição das atividades desenvolvidas, a conceção de cuidados com os quais foram articuladas intervenções de enfermagem especializadas e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências adquiridas, nas diferentes áreas de atuação que fazem parte integrante deste estágio: Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto e Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade.

Pretende, ainda, dar cumprimento ao regulamento de competências e padrões de qualidade, dos cuidados especializados, preconizados pela OE e, também, de acordo com a Lei n.º 26/2017 de 30 de maio, que transpõe para o direito interno português, a Diretiva 2013/55/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de novembro de 2013, que altera a Diretiva 2005/36/CE, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais.

O estágio foi realizado no ano letivo de 2017/2018, no período compreendido entre setembro de 2017 e julho de 2018 (total de 900h), no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), Unidade II, serviço de obstetrícia e de acordo com o plano de estudos vigente. Ao longo deste estágio, pautamo-nos pela centralidade nos pressupostos de uma prática baseada na evidência e também nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que vieram alterar a forma como as mulheres são assistidas durante o trabalho de parto (TP) e parto, tendo por base a humanização deste acontecimento de vida.

O modelo centrado na pessoa de McCormack et al. (2015) foi também para nós uma esteira de suporte à nossa prática, na tomada de decisão, por se assemelhar à filosofia do cuidar em saúde materna e obstétrica onde a pessoa/mulher pretendeu ser o centro dos nossos cuidados e pudesse existir, em comum, a decisão partilhada através do empoderamento da mulher, e ainda, um grau elevado na satisfação com os cuidados.

Encontram-se assim descritas e fundamentadas, pela evidência científica mais atual, as intervenções que resultaram da tomada de decisão, subjacente a uma reflexão crítica constante, tendo por base a identificação dos focos de atenção, os diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções em cuidados prestados à mulher, casal, RN e família, em prol de uma experiência de parto positiva e da promoção de uma transição para a parentalidade saudável e significativa, rumo a uma maior satisfação do novo papel do casal de ser e tornar-se mãe e pai, com um novo estatuto social.

No sentido de dar resposta, também, a um dos objetivos supracitado, relativo às competências de investigação exigidas, tal como se encontra preconizado no Regulamento do 2º Ciclo de Estudos (Artigo 2º, Alínea c) (2010), da ESEP, foi realizada uma revisão integrativa da literatura que permitiu refletir sobre a prática, em geral, e de uma forma muito particular sobre a prática do toque vaginal, como um procedimento que nem sempre respeita a mulher e o seu corpo, como uma pessoa singular.

O interesse por este tema surgiu em contexto de estágio da Gravidez com Complicações e assumiu maior interesse, durante a realização do estágio de TP e Parto. Foi possível perceber que é uma prática realizada por rotina, por vários profissionais de saúde (alguns que a grávida/parturiente não conhece) e que nem sempre é praticada de acordo com as normas da *World Health Organization (WHO)* de 2018. Também porque, ao longo do estágio, foram inúmeras as mulheres que revelaram sentimentos negativos acerca da prática do toque vaginal, o que reforçou o interesse por esta temática. O objetivo foi compreender as razões que suportam a tomada de decisão dos profissionais para a prática do toque vaginal, na avaliação da progressão do TP e qual o significado deste exame para as parturientes.

Este estágio foi orientado por um tutor EEESMO, que exercia funções nas respetivas áreas dos serviços de cuidados a grávidas, bloco de partos e puerpério. A supervisão pedagógica foi feita por uma docente da ESEP que, para além de acompanhar o desenvolvimento e aquisição de competências em estágio, orientou a construção deste relatório.

De forma a dar resposta aos objetivos, este relatório encontra-se organizado e estruturado em 5 capítulos principais, onde no primeiro capítulo fazemos uma abordagem à gravidez com complicações, onde são descritas as intervenções e os cuidados à grávida e à família que vivenciaram uma gravidez de alto risco; o segundo capítulo é relativo ao TP e parto, onde são descritos os cuidados à parturiente/casal e RN durante o TP e parto e, ainda, é apresentado o estudo sob a opção metodológica de uma revisão integrativa da literatura sobre uma problemática de interesse (prática do toque vaginal); o terceiro capítulo que diz respeito ao autocuidado no pós-parto e parentalidade e onde são abordados os cuidados à puérpera, ao RN e à família e um quarto capítulo onde é elaborada uma análise crítico-reflexiva e feita uma apreciação geral de todo o percurso realizado e por fim a conclusão.

Este relatório tem como suporte a evidência científica, contrastando, por vezes, com alguns aspetos que se encontravam descritos em protocolos cedidos pelo serviço de obstetrícia do CHVNG/E e que suportavam as práticas do EEESMO, e, por isso, sentimos a necessidade de recorrer a uma vasta pesquisa bibliográfica, utilizando bases de dados existentes na plataforma *EBSCO host* da ESEP e, ainda, recorreremos à *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, à *MEDLINE*, à *PUBMED*, entre outras, o que se encontra espelhado nos capítulos seguintes.

1. CUIDAR A MULHER/ CASAL SOB O RISCO E A INCERTEZA FACE A UMA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

Este módulo de estágio, Gravidez com Complicações, decorreu entre o período compreendido entre 11 de setembro e 19 de dezembro de 2017 (200h de estágio) e foi realizado no CHVNG/E (Unidade II), no internamento de grávidas de risco, no qual se encontravam mulheres grávidas a vivenciar um processo de saúde/doença. Neste contexto, e tendo como referência todos os princípios do cuidado no domínio técnico-científico e os princípios do cuidado cultural, tivemos em conta que o estágio de Gravidez com Complicações teve como objetivos “desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família na gravidez de risco” e “demonstrar competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família na gravidez de risco” (ESEP, 2017).

Este, foi o início de um percurso em que nos confrontámos perante uma realidade em que se afigurava o processo de maternidade comprometido, a esperança poderia ter sido abalada e, por isso, exigiu alguma reflexão e, consequentemente, muitas interrogações: como lidar com estas situações que exigiam para além dos conhecimentos em cuidados especializados e habilidades específicas, exigiam sobretudo, o autocontrolo das emoções para dar resposta em cuidados de qualidade à mulher, casal e família. Porém, apesar de sermos assoladas, de início, por uma imensidão de sentimentos e interrogações, de imediato, apelamos à racionalidade e refletimos que minimizar o sofrimento e promover a esperança já fazia parte integrante das nossas competências.

Por conseguinte, reconhecemos de imediato que tínhamos que mobilizar conhecimentos teóricos para delinear intervenções que ajudassem a promover a esperança pois, esse era um dos desafios com que já nos confrontávamos, no quotidiano das nossas práticas, enquanto enfermeiros, embora num contexto de fragilidade humana diferente.

Nesta situação, o casal é obrigado a passar por um processo transicional 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 se revela

condicionado, já que este se encontra sob uma experiência ameaçadora e altamente incerta, e em que o regime terapêutico implementado não traz a certeza de sucesso no desfecho final.

Também a OE (2010), na sua definição de competências do EEESMO, refere que cabe a este profissional assumir a responsabilidade pelo diagnóstico diferencial no âmbito dos focos do planeamento familiar; autocuidado durante a gravidez, pós-parto e climatério; autocontrolo no TP; ligação mãe/pai e filho; adaptação à parentalidade; amamentação; luto perinatal e assume também a responsabilidade de diferenciação atempada para o profissional competente, no que se refere a complicações na gravidez, no TP e no pós-parto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2019) estima que ocorreram cerca de 290 mil óbitos maternos em 2017 associados a complicações durante a gravidez e o parto.

Dada a vulnerabilidade associada a este processo, os casais manifestavam alguma fragilidade e labilidade emocional e face a esta situação que observámos, logo na fase da admissão, as nossas intervenções foram desenvolvidas no sentido de informar, apoiar, fornecer e esclarecer a informação sobre o estado clínico, de forma a promover a participação na decisão sobre o cuidado a prestar, para evitar o acumular de sentimentos negativos (Holness, 2018). Neste sentido, a nossa intervenção centrou-se na prevenção, mais do que no tratamento dos seus efeitos negativos.

Nos dias de hoje, torna-se evidente que cada vez mais a gravidez é um projeto em que a mulher e/ou casal investem e assumem com esta, um compromisso total. A gravidez representa uma experiência singular na vida daquela pessoa/casal, dado que acarreta modificações fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais (Meireles et al., 2015). Nesta linha de pensamento, podemos afirmar que todas estas transformações conduzem a um processo considerado irreversível e passível de mudar a identidade e o papel dos progenitores. A sua concretização torna real aquilo que era desejado e muitas das vezes já imaginado (Néné et al., 2016).

O conceito de gravidez e parentalidade são distintos. O primeiro refere-se ao período que medeia a concepção e o parto, tendo uma duração aproximada de 40 semanas. Por sua vez, a parentalidade engloba um processo que ocorre a longo prazo, podendo durar toda a vida. Santos et al., (2015) afirmam que as transições advêm das mudanças de vida, da saúde, dos relacionamentos e do ambiente. Esses períodos de mudança podem ser designados por momentos de instabilidade, seguidos de momentos de estabilidade.

Também a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2015) define gravidez como um processo fisiológico que não deve ser relacionado a um estado de doença que necessite de tratamento. Deve ser

considerada uma experiência única e saudável que leva à adaptação a uma nova realidade (ser mãe, ser pai) e envolve várias mudanças tanto a nível físico como emocional e social. Uma gravidez é considerada de baixo risco quando não se identificam fatores acrescidos de morbilidade tanto materna como fetal ou neonatal (DGS, 2015 e OE, 2010). Quando é detetada a existência de um ou de vários fatores de risco ou de alguma situação anómala na gravidez que implique alteração no esquema de vigilância e de conduta e cuja probabilidade de ocorrer um desfecho adverso para a mãe/feto ou ambos, significa que a gravidez deixa de ser de baixo risco e passa a considerar-se de alto risco (DGS, 2015).

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 acompanhávamos o casal ao quarto onde a grávida iria permanecer. Seguidamente, procedíamos à avaliação inicial que compreendia uma avaliação do estado geral da grávida com a determinação dos parâmetros vitais e a auscultação da frequência cardíaca fetal (FCF), 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.

Desta forma, assistimos a mulher a vivenciar processos não só de saúde, mas também de doença durante a gravidez; cuidámos a mulher e a sua família durante o período pré-natal de forma a potenciar a saúde, a detetar e a tratar, se possível, complicações de modo a promover o bem-estar materno fetal (OE, 2010). Para além de intervirmos de forma autónoma em situações de gravidez de baixo risco, assumimos, tal como no nosso exercício profissional, intervenções independentes e autónomas ou também interdependentes que exigiram intervenções resultantes de prescrição, em todos os casos de gravidez de alto risco onde estiveram presentes processos patológicos e processos de vida disfuncionais do ciclo reprodutivo (OE, 2010).

Apesar de enfatizarmos os cuidados à grávida, com as complicações mais frequentes, que encontrámos ao longo do nosso estágio, verificámos que a informação dada à grávida, numa situação de gravidez de risco, 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, conseqüentemente, um papel essencial na adaptação à condição de risco (Lederman et al., 2013).

Era notório em todas as mulheres, a referência feita de que se sentiam mais confortáveis e relaxadas quando tinham a informação sobre a realidade do seu estado clínico, quando compreendiam o motivo da especificidade do seu regime terapêutico e ficavam consciencializadas da importância da sua atitude para o sucesso do desfecho da sua gravidez. Nesta linha de pensamento, 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, de acordo com a situação e especificidade de cada grávida.

Ao longo deste estágio, acompanhámos 95 grávidas sendo que 31 eram de baixo risco (situações referidas como: induções de TP, início de TP, falsos inícios de TP) e 64 de alto risco. Foram várias as patologias que potenciaram o internamento de grávidas. De modo a caracterizar as mais e menos frequentes, foram reunidas todas as patologias diagnosticadas e foi utilizada a estatística descritiva simples para elaborar um pequeno gráfico que demonstra a frequência de cada uma. Neste gráfico apenas foram consideradas as 64 (as de alto risco) das 95 grávidas totais. Assim, os resultados demonstraram que: oligoâmnios (1%), pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão arterial (HTA) (1%); síndrome de transfusão feto-fetal (STFF) em gravidez gemelar (1%); diabetes gestacional insulinocontrolada (DGIT) (3%); colestase gravídica (4%); hidrâmnios (4%); placenta prévia (6%); hipertensão arterial (HTA) crónica (7%); restrição de crescimento fetal (RCF) (7%); ATPPT (10%); hemorragias (10%); rotura prematura de membranas (RPM) (10%); pré-eclâmpsia (12%) e diabetes gestacional controlada com dieta (DGCD) (21%).

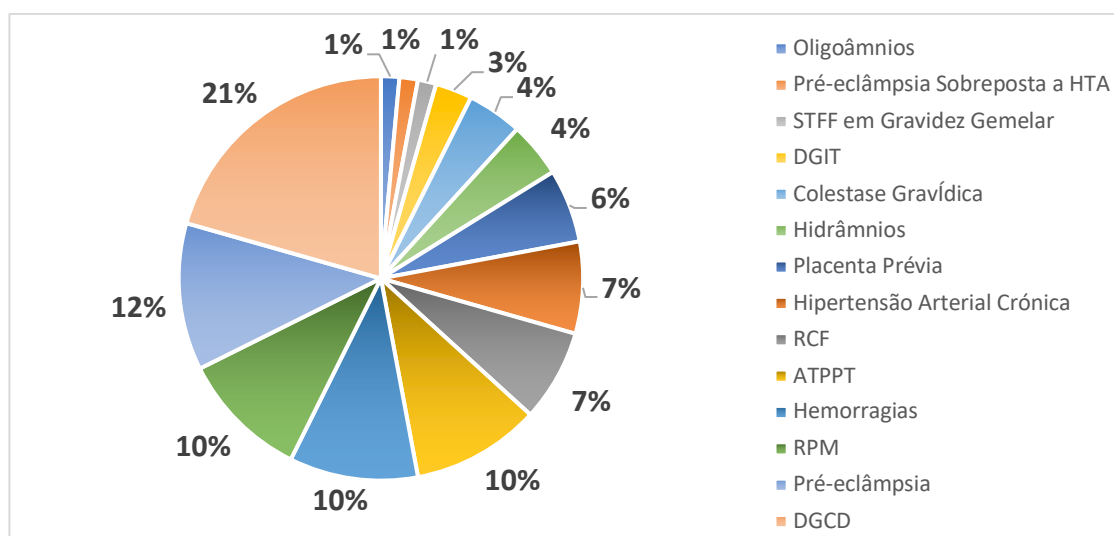


Gráfico 1 – Grávidas cuidadas relacionadas com o tipo de Complicações na Gravidez

Através da observação do gráfico 1, pode identificar-se que a DGCD e a pré-eclâmpsia constituíram o número de patologias mais frequentes, razão pela qual a nossa escolha vai incidir nestas situações que requereram mais tempo e maioritariamente as nossas intervenções.

A prevalência da diabetes gestacional (DG) tem aumentado ao longo dos anos o que implicou cada vez mais um acréscimo de recursos em saúde (Almeida et al, 2017). Numa gravidez, a ocorrência de diabetes tanto prévia como gestacional ainda é hoje, uma situação de risco acrescido. Através da observação do gráfico 1, podemos verificar que a DG teve a maior incidência de casos, ao longo do estágio (total de 24% de casos sendo que 21% corresponde à DGCD e 3% à DGIT).

Esta define-se como um subtipo de hiperglicemia diagnosticada ou detetada pela primeira vez durante uma gravidez (Almeida et al, 2017 cita OMS, 2013). Pode ser diagnosticada logo na primeira consulta pré-natal através do valor de glicemia plasmática em jejum (de 8 a 12h): se esta for superior ou igual a 92mg/dl mas inferior a 126mg/dl, a grávida fica diagnosticada com DG. Caso o valor da glicemia seja inferior a 92mg/dl, a grávida terá que ser reavaliada e realizar entre as 24 e as 28 semanas a prova de tolerância à glicose oral (PTGO), em que é avaliado o valor de glicemia em três momentos distintos (jejum, 1h e 2h após a ingestão de 75g de glicose), basta um dos resultados estar alterado para a grávida ser referenciada como diabética gestacional (Almeida et al, 2017 e DGS, 2013).

Tal como refere a OE (2010), uma das competências do EEESMO diz respeito à identificação e monitorização de desvios ao padrão de adaptação à gravidez. Entre as inúmeras competências, compete-lhe diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante todo o período pré-natal. Refere, ainda, que a mulher e a sua família devem ser informadas acerca dos sinais e sintomas de risco; o EEESMO deve recorrer a exames auxiliares de diagnóstico para deteção de gravidez de risco, referenciar situações que estão para além da sua área de atuação e ter como prioridade o bem-estar materno e fetal (OE, 2010).

Neste contexto, no sentido de compreendermos as necessidades das grávidas, foi também determinante o conhecimento centrado nas ciências biomédicas sobre a complexidade da DG. Assim, a vigilância e terapêutica da DG pode incluir várias fases: inicialmente a grávida controla a sua diabetes através da dieta; caso não seja eficaz e os valores se mantenham alterados entre uma a duas semanas após instituição de controlo na dieta, inicia-se terapêutica com antidiabéticos orais e caso não seja suficiente inicia tratamento com

insulina. A avaliação do crescimento fetal durante o terceiro trimestre pode determinar o início e/ou a intensificação da terapêutica (DGS, 2011).

Tendo em conta o gráfico acima apresentado, em relação às grávidas com diabetes gestacional, vemos que as mesmas eram maioritariamente controladas com dieta. A evidência descreve que nestes casos, o plano alimentar deve ser personalizado e ajustado consoante o estado nutricional da grávida. A dieta equilibrada é um fator de estabilidade, com uma distribuição correta de macronutrientes que devem estar presentes pelo menos em seis refeições diárias. O valor calórico dessas refeições pode depender do índice de massa corporal da grávida e do ganho ponderal durante a gravidez; o exercício físico regular deve ser estimulado, preferencialmente a marcha (Almeida et al., 2017).

Assim, sempre que admitíamos uma mulher grávida diabética procurávamos reunir toda a informação importante para o internamento, como por exemplo, antecedentes clínicos, hábitos alimentares, alergias/intolerâncias. Também, sempre que possível, informávamos a equipa multidisciplinar para que a grávida pudesse manter ou adequar o plano alimentar ao que cumpria no ambulatório.

Como referimos anteriormente, apesar da nossa intervenção ser mais centrada na prevenção do que no tratamento, muitas das intervenções que delineámos e executámos, foi no domínio das intervenções resultantes de prescrição, que era suportado em protocolos existentes no serviço. O protocolo do CHVNG/E consistia em realizar e fazer o registo dos valores de glicemia em jejum, antes e 1h após todas as refeições e antes de deitar de modo a manter uma vigilância rigorosa. Estes procedimentos descritos vão ao encontro do que Almeida et al. (2017), preconizam no Consenso “Diabetes Gestacional – Atualização 2017”. Cumpríamos também o protocolo no que concerne à avaliação de sinais vitais (tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC) e dor uma vez por turno; temperatura no turno da tarde e da noite; a auscultação dos ruídos cardíacos fetais ou cardiotocografia (CTG) uma vez por turno, consoante a idade gestacional.

Se a condição clínica permitisse, incentivávamos a grávida a deambular no serviço por exemplo com os familiares. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (2015) ressalta que, na ausência de complicações, a prática de atividade física como andar/deambular, é segura e desejável e por isso encorajávamos à sua prática. Sabíamos que ao nível físico, a inatividade conduzia à diminuição da massa muscular e da densidade óssea com comprometimento do equilíbrio e da mobilidade, à descompensação cardíaca, aumentava o risco de trombose venosa, alterava o metabolismo dos hidratos de carbono, provocava a diminuição da capacidade pulmonar, aumentava a suscetibilidade a infeções,

alterava os ciclos do sono e contribuía para o aumento de queixas somáticas e fadiga (Boyd, 2019).

A prática da atividade física foi um dos nossos focos de atenção, ao longo do internamento; era importante pois auxiliava na diminuição da glicose no sangue e devia ser realizada pelo menos durante 30 minutos, algumas vezes por semana (Boyd, 2019). No internamento, era por vezes impossível a prática desta atividade, pois as condições clínicas das grávidas, nem sempre o permitiam e as condições físicas, exíguas do internamento, contribuía, em grande parte, para a continuidade da inércia, pois algumas já não tinham por hábito movimentar-se no domicílio e outras manifestavam que tinham receio pois, poderiam causar danos ao feto. Neste sentido, tentámos incutir a mudança de hábitos na grávida, explicámos que está comprovado cientificamente que a prática da atividade física não causa danos ao feto se for praticado regularmente e segundo tolerância de cada mulher; referíamos que uma simples caminhada de 30 minutos poderia ser benéfica, tal como refere Boyd (2019). Nos casos em que era possível, incentivávamos a grávida a deambular nos corredores do serviço sempre com o acompanhamento dos familiares ou até de alguma grávida internada com quem tinham criado uma relação de amizade e, por vezes, e se possível, até nós próprias as acompanhávamos.

Explicávamos também às mulheres quais os valores normais de glicemia, como poderiam atuar perante um valor de hipoglicemia ou hiperglicemia e referíamos que deveriam anotar sempre os valores para posteriormente mostrar esses valores às equipas de saúde, de modo a ser mais fácil e correto, adequar o tratamento. Assim, ao longo do internamento, iniciávamos este treino de controlo da glicemia capilar pois as grávidas tinham mais oportunidade e tempo para esclarecer as suas dúvidas e como já tinham criado uma relação empática estavam mais à vontade, para questionar e solicitar ajuda se necessitassem.

Vigiar o regime alimentar, foi uma das intervenções que podemos contextualizar na não adesão ao regime terapêutico, pois a maior parte das grávidas manifestavam dificuldade em se adaptar à alimentação no internamento; muitas delas não gostavam da maneira como os alimentos eram confeccionados a nível hospitalar, os próprios paladares eram diferentes, as quantidades não eram adaptadas às necessidades de cada mulher e em alguns casos era difícil a adaptação das grávidas aos horários estabelecidos. Algumas já tinham delineada uma rotina alimentar no domicílio (por exemplo, horários específicos definidos, plano alimentar com base no número de calorias ao longo do dia) e no hospital, por vezes, era difícil implementar uma dieta que fosse ao gosto de todas as mulheres.

Houve situações em que existiam grávidas que recusavam a dieta proposta pelo hospital. Apesar de não serem autorizadas, pediam aos familiares para trazerem refeições do domicílio e muitas vezes, acabavam por ingerir alimentos que não eram os mais adequados, em horários diferentes, o que dificultava o controlo glicémico no internamento. Procurámos adotar estratégias que contrariassem esta postura das mulheres grávidas de modo a colmatar estas atitudes e ações pois, obviamente, podiam trazer consequências nefastas, como complicações para a grávida e para o feto.

Face ao problema identificado foi fundamental perceber qual era o conceito e/ou as representações que as grávidas tinham sobre em que consistia uma alimentação saudável e tentar perceber quais os alimentos que não gostavam e que modos de confeção não apreciavam e tínhamos em conta essa informação ao realizar o pedido das dietas, no sistema informático. Sempre que a informação não resultava e a grávida continuava a recusar a adesão à dieta, proporcionada pelo hospital, discutíamos sobre os alimentos provenientes do domicílio, explicávamos os níveis calóricos de cada um e alertávamos para os malefícios da ingestão dos mesmos. Reforçávamos também que era necessário estarem atentas às quantidades e aconselhávamos a ingestão de hidratos de carbono à ceia para evitar a ocorrência de hipoglicemias durante a noite. Sempre que estas estratégias não resultassem, solicitávamos ajuda reportando a resolução do problema, a outros profissionais, médicos e dietistas, pelo facto da solução estar para além já das nossas competências.

Lidar com grávidas diabéticas foi uma experiência enriquecedora pois, a maior parte das grávidas tinha a perceção de que na gravidez podiam ingerir todos os alimentos que desejassem pois tal como diz o ditado “numa gravidez pode-se comer por dois” e muitas ainda traziam essa ideia arraigada e o facto de serem diagnosticadas com DG e de as orientarmos, informarmos e instruímos sobre a necessidade de dissipar as ideias pré concebidas e procederem à alteração dos seus hábitos, tanto durante a gravidez, como para o resto da vida, era gratificante pois, aceitavam mudar os seus comportamentos. Neste sentido, foi tão importante identificar o foco do Conhecimento (ICN, 2019), no sentido em que as nossas intervenções incidiam na aquisição de conhecimentos pelas grávidas sobre hábitos de saúde e alteração de comportamentos perante uma DG.

Para além dos diagnósticos e intervenções descritas é fundamental não esquecer que estas grávidas podem ter os seus autocuidados comprometidos e isso pode levar a falta de autonomia, autoestima e privacidade. Esta realidade está associada à perspetiva de um papel essencial na adaptação à condição de risco, tal como já foi supra referenciado por Lederman et al. (2013).

Também as patologias hipertensivas são uma das principais complicações que ocorrem no decurso de uma gravidez; estas afetam cerca de 10% das grávidas em todo o mundo e constituem uma significativa causa mundial de morbilidade grave, mortalidade materna e perinatal (Miguel, 2017). De acordo com o autor, a pré-eclâmpsia é uma patologia multissistémica que afeta 2 a 8% das grávidas de todo o mundo (em Portugal afeta 2%). No leque de patologias identificadas em estágio, descritas anteriormente no gráfico 1, as complicações hipertensivas tiveram uma percentagem significativa (total de 20% em que 1% corresponde a pré-eclâmpsia sobreposta a HTA, 7% a HTA crónica e 12% a pré-eclâmpsia), o que significa que a pré-eclâmpsia foi das patologias mais frequentes ao longo do estágio.

A pré-eclâmpsia diz respeito a uma situação caracterizada pelo aparecimento de hipertensão associada a proteinúria após as 20 semanas de gestação em mulheres previamente sem alterações tensionais (ACOG, 2013). No CHVNG/E é utilizado um protocolo de atuação perante doenças hipertensivas da gravidez que descreve que uma grávida com hipertensão, mesmo sem proteinúria, mas com presença de um ou outros aspetos como trombocitopenia, insuficiência renal, disfunção hepática, edema pulmonar e sintomas cerebrais/visuais é diagnosticada com pré-eclâmpsia. Esta perspetiva, vai de encontro a Miguel (2017) que se baseia em guidelines de 2013 da ACOG e da Sociedade Internacional para Estudo da Hipertensão Gestacional, que referem que apesar da proteinúria ser utilizada como um dos principais critérios de diagnóstico, o diagnóstico de pré-eclâmpsia pode não requerer níveis elevados de proteinúria pois as complicações de órgãos-alvo podem ocorrer sem proteinúria. Acresce ainda que, as entidades recomendam que os casos em que pressão arterial seja elevada e persistente, associada a outros fatores como disfunção hepática, insuficiência renal, entre outros, sem proteinúria devem ser diagnosticados como pré-eclâmpsia, tal como refere o protocolo de atuação do CHVNG/E. Em casos mais graves podem surgir complicações como a eclâmpsia e a síndrome de HELLP.

Assim, verificámos que a pré-eclâmpsia era uma das patologias que com frequência era a causa de um processo de gravidez comprometida. A nossa atuação em relação à avaliação materno fetal pautou-se por desenvolver atividades autónomas e intervenções resultantes de prescrição como: monitorizar sinais vitais com ênfase na TA e monitorizar peso; vigiar diurese, proteinúria, sinais de alarme como cefaleias, náuseas e vômitos, epigastrialgias, alterações visuais, dispneia ou alterações do estado mental; vigiar RCF; administrar anti hipertensores conforme prescrição. Todas estas intervenções, inerentes à monitorização e vigilância materno fetal, eram constantemente adaptadas de acordo com a evolução da situação e a idade gestacional. Tal como noutras situações, desenvolvemos atividades,

identificámos focos, identificámos diagnósticos e delineamos intervenções, de acordo com as competências e objetivos do estágio.

Cuidar grávidas diagnosticadas com pré-eclâmpsia constituiu um grande desafio, pois o internamento das grávidas nestas situações tende a ser longo pois, na maior parte requerem uma vigilância rigorosa, na maioria das vezes, com uma idade gestacional ainda precoce.

Associado ao internamento longo, estar entre pessoas desconhecidas tanto profissionais como grávidas com quem têm que partilhar o espaço, a constante prática de técnicas invasivas, o repouso no leito, por vezes necessário, a ausência dos familiares/conviventes significativos geravam várias sensações nas grávidas, geradoras de sentimentos menos positivos, tais como: ansiedade, tristeza, medo, angústia, desânimo e falta de esperança; angustiadas por não saber como a gravidez se iria desenrolar e qual o desfecho e que naquele momento nada poderiam controlar, desânimo associado à falta de esperança que por vezes sentiam por saber que poderiam ocorrer consequências para si e para o bebé. A Ansiedade e a Tristeza (ICN, 2019) , dois dos focos que mais identificámos ao longo do estágio, refletiam-se pois, por um lado, as grávidas queriam prolongar a gravidez o máximo possível, mas, por outro queriam conhecer o seu bebé e garantir que se encontrava saudável e, assim, era evidente a ansiedade pela incerteza do futuro. Tinham medo das malformações fetais, da dor que poderiam sentir ou causar ao bebé, por vezes até medo da morte.

Verificámos que, para reduzir os níveis de ansiedade e tristeza, 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. Encorajávamos a grávida a exprimir os seus sentimentos e preocupações e auxiliávamos a mesma a identificar estratégias de como podia lidar com a tristeza e a ansiedade; ouvíamos a grávida sempre que precisava; respeitávamos o espaço da mulher, esclarecendo sempre as suas dúvidas e angústias; incentivávamos a presença dos conviventes significativos se a grávida pretendesse e incentivávamos e executávamos técnicas de relaxamento e distração que podiam envolver, por exemplo, a musicoterapia e visualização de programas alegres na televisão, tendo em conta os gostos e a disponibilidade da grávida (Pio et al., 2015).

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 as vontades próprias são fundamentais na condução positiva da vida diária (Lee & Lee, 2016). Assim, investimos 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, 2019). 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. A gestão das emoções careceu dum esforço acrescido e exigiram autocontrolo da nossa parte devido ao stress e desfechos negativos que, muitas vezes, sucederam ao longo do estágio.

A aquisição de conhecimentos também ficava comprometida, por exemplo, em casos em que havia indicação de repouso tanto relativo como absoluto no leito, o que impedia as grávidas de se ausentarem do serviço para assistir a sessões de preparação para o parto e parentalidade. Muitas grávidas verbalizavam que não tinham conhecimentos dos cuidados a um RN, inclusive relatavam que não tinham organizado e preparado nada no domicílio. Nestes casos, poderíamos ter adotado mais estratégias para ajudar a colmatar estas situações. Poderíamos ter criado mais momentos na enfermaria para abordar temas do interesse das grávidas (por exemplo, exemplificando alguns cuidados específicos ao RN) e poderíamos ter-nos reunido mais vezes com a grávida e familiares e perceber o que já tinham preparado em casa e auxiliar na aquisição do que faltava tendo em conta os gostos e as possibilidades de cada um, porém, nem sempre nos foi possível tendo em conta a elevada afluência de grávidas no serviço.

Aquando do internamento, o Processo Familiar Interrompido (ICN, 2019), também era identificado. A interação entre a grávida e o seu companheiro por vezes era prejudicada, tanto pela distância, pela incerteza, pelo stress associado à saúde da mãe e filho e pela própria falta de comunicação: existiam casais que evitavam falar da situação por receio e isso podia dificultar ainda mais todo o processo. Assim sendo, incentivávamos a presença dos familiares, sempre respeitando a vontade da mulher e, se possível, proporcionávamos momentos para que pudessem estar isolados da enfermaria para que se sentissem mais confortáveis para dialogar. Deparámo-nos com situações de grávidas provenientes de regiões distantes do hospital e em que as visitas dos familiares eram escassas ou por vezes nulas e isso acabava por ter um impacto negativo na mulher e nas relações com os familiares. Neste sentido, encontrámos estratégias para que a grávida continuasse a interagir com os seus familiares através dos telemóveis ou outros equipamentos. De salientar que, apesar das relações familiares afetadas, por vezes, as grávidas desenvolviam relações de

companheirismo, empatia e união com outras grávidas que se encontram internadas, o que era bastante benéfico.

Ao longo do nosso percurso, existiram vários momentos de aprendizagem com grávidas com gestações gemelares com suspeita ou diagnóstico confirmado de STFF. Destaca-se que apesar de o STFF não ter sido de todo uma das patologias mais frequentes ao longo do estágio (1%), teve um impacto positivo e muito significativo/marcante no que diz respeito à aquisição de conhecimentos para cuidar de grávidas com gestações gemelares monocoriônicas/biamnióticas diagnosticadas com este síndrome no futuro, daí o interesse em abordar esta patologia neste relatório. O serviço de obstetrícia do CHVNG/E dispõe de uma equipa multidisciplinar que desenvolveu conhecimentos especializados e recorre a técnicas inovadoras para cuidar destas mulheres.

O STFF ocorre tipicamente durante o segundo trimestre de gravidez e é considerada uma das complicações mais graves diagnosticadas em grávidas de gémeos e ocorre em cerca de 10 a 15% das gravidezes gemelares monocoriônicas/biamnióticas (Maia et al, 2017). Segundo a *Society for Maternal-Fetal Medicine* (2012), o STFF é diagnosticado através da ultrassonografia e exige então dois critérios: a gravidez ser monocoriônica/biamniótica e a presença de oligoâmnios numa das bolsas (inferior a 2cm) e a de hidrâmnios noutra (superior a 8cm). De acordo com Franciscani et al (2010) e Rebelo (2011), a fisiopatologia do STFF é explicada por um desequilíbrio das anastomoses vasculares placentárias e pela resposta cardiovascular a essa alteração e está associado ao risco elevado de morte in útero de um ou ambos os fetos. Se existir agravamento desse desequilíbrio, um dos gémeos torna-se o receptor e outro o dador. O feto receptor encontra-se hiperfundido; apresenta hipervolemia, policitemia, crescimento rápido e poliúria e como consequência surge hidrâmnios (Rebelo, 2011). O outro feto, ou seja, o dador, mostra-se hipoperfundido com hipovolemia, anemia, diminuição do ritmo de crescimento e oligúria o que resulta em oligoâmnios (Rebelo, 2011). No CHVNG/E, são vários os tratamentos que podem ser utilizados aquando do diagnóstico de STFF, como por exemplo, a amniorredução (amniocenteses recorrentes para evacuação do excesso de líquido no feto receptor), a septostomia (perfuração terapêutica da membrana intramniótica o que leva à rápida acumulação de líquido amniótico à volta do feto dador), a coagulação endoscópica por laser e o feticídio seletivo (interrupção do fluxo sanguíneo no cordão umbilical de um dos fetos de forma a melhorar a possibilidade de sobrevivência do outro gémeo) (Maia et al, 2017).

Um número elevado de grávidas gemelares com diagnóstico de STFF são admitidas no serviço de obstetrícia do CHVNG/E, por vezes até grávidas não residentes em Vila Nova de Gaia pois,

este hospital é um dos únicos em Portugal que dispõe de uma equipa que desenvolve algumas das técnicas específicas e especializadas e tivemos oportunidade de presenciar o trabalho desta equipa em alguns dos casos que nos surgiram. Das 95 grávidas acompanhadas no período do estágio de Gravidez com Complicações entre setembro e dezembro, 10 eram grávidas gemelares sendo que, uma era grávida de termo saudável em início de TP; uma era pré-termo internada para vigilância; quatro eram grávidas pré-termo com patologia associada; três pré-termo que foram admitidas por suspeita de STFF e apenas uma grávida gemelar pré-termo diagnosticada efetivamente com STFF.

Este último caso foi intenso e importante para o desenvolvimento de competências pois dizia respeito a uma grávida primigesta, com idade gestacional de 17 semanas e 1 dia e que tinha sido diagnosticada com STFF em que se teve que optar pelo feticídio seletivo. Digamos que foi uma situação bastante complicada pois foi muito difícil gerir as emoções e desenvolver estratégias para apoiar a mulher nesta situação. O toque, o estar presente, sempre que necessário e sempre que solicitado, o silêncio, a disponibilidade, a empatia foram algumas das estratégias que adotámos e acreditamos que fizeram a diferença ao tornar a sua vivência de gravidez com mais tranquilidade.

Outra situação marcante presente em estágio foi o caso de uma grávida com 21 semanas e 3 dias de idade gestacional na altura da entrada e que permaneceu cerca de dois meses internada. Deu entrada com o diagnóstico de “fissura alta” e com patologias associadas (HTA crónica e DGIT). Tendo em conta o diagnóstico e a idade gestacional, o desfecho era muito incerto e o prognóstico muito reservado; durante o internamento apesar de a grávida manter repouso absoluto no leito e de todas as intervenções implementadas, as complicações eram cada vez mais evidentes (anidrâmnios e RCF).

Apesar da evolução clínica da grávida e do feto e apesar de todo o sofrimento e angústia associados a procedimentos invasivos, administração de medicação, repouso absoluto no leito, incerteza do prognóstico, a mulher sempre acreditou que tudo iria correr bem. Às 30 semanas de gestação, o parto foi programado e realizado, o RN sobreviveu e após um internamento longo, na neonatologia, teve alta para o domicílio. Foi muito gratificante contactar com esta mulher, passados alguns meses e constatar que o seu filho se encontrava saudável e sem morbilidades aparentes. Face a esta situação, que deixou marcas pela positiva, foram criados laços de empatia e amizade, a senhora atualmente continua a enviar fotografias da criança e foi uma surpresa agradável saber que se encontra muito bem e feliz. Demonstrámos sempre respeito pelas escolhas e preferências da grávida, informámos a mesma de forma a que a sua escolha tivesse sido informada e cuidámos da grávida com

dignidade. Este caso permitiu o desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão de emoções que foram importantes para o percurso pessoal e profissional. Foi desafiante lidar com estas situações pois, por um lado, queremos dar ânimo e força, mas por outro, não queremos dar demasiadas expectativas. Foi desafiante pois desenvolvemos laços de empatia e proximidade pois estas grávidas permaneciam internadas durante muito tempo e foi difícil abstrairmo-nos dos casos e não influenciar nas decisões. Demonstrámos que podemos melhorar a forma como a mulher se sente, em pequenos atos que fazem toda a diferença. Tentámos ao longo do nosso percurso, oferecer informação clara e simples sobre o estado de saúde da grávida e do feto, escutámos, incentivávamos a mulher a expressar os seus medos e angústias e a manter a boa disposição.

Salientamos que aquando da realização do estágio foi proposta a elaboração de um trabalho individual que problematizasse as práticas para ser apresentado nos seminários propostos durante o estágio. Tendo em conta que os maiores desafios estiveram relacionados com a gestão de emoções, como já foi descrito ao longo deste capítulo, e com a promoção do bem-estar e da esperança na mulher que experiencia uma gravidez com complicações, tivemos necessidade de enriquecer os nossos conhecimentos nessa vertente e, deste modo, foi apresentado e desenvolvido um trabalho com o tema: “Um projeto de maternidade comprometido: Um contributo para a promoção do bem-estar e da esperança na gravidez de alto risco”. Com este trabalho percebemos o que poderíamos melhorar na prática de cuidados de enfermagem a grávidas de alto risco e conhecemos algumas das estratégias que poderíamos adotar para cuidar das mesmas para que a vivência da gravidez se tornasse mais positiva.

As grávidas que vivenciam uma gravidez com complicações pertencem a um grupo com necessidades peculiares e, portanto, foi fundamental identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem associadas para garantir assistência de qualidade prevenindo complicações e promovendo a saúde materno fetal (Teles et al, 2019). Patologias na gravidez geralmente estão associadas a internamentos longos e distantes dos conviventes significativos, da vida pessoal e em certos casos, da profissional. Refletindo sobre o percurso pessoal em estágio e sobre o que foi descrito neste capítulo, percebemos que numa gravidez com complicações é fundamental identificar prioridades nos cuidados à grávida; identificar precocemente sinais de alerta e promover a educação para a saúde nas grávidas para que estas também sejam capazes de reconhecer eficazmente esses sinais de alarme (Teles et al., 2019). Essencialmente, respeitámos e apoiámos a grávida e a sua família nas suas decisões, assegurando sempre a privacidade, o conforto e o bem-estar geral dos mesmos. Soubemos

estar, mas principalmente soubemos ser enquanto seres humanos e profissionais dedicados que cuidam de mulheres grávidas com patologia associada.

Na área da gravidez com complicações são tidos em conta muitos protocolos de atuação, que são claramente essenciais, porém, por vezes, acabamos por nos “esquecer” de complementar outros cuidados que também são fundamentais e que podem fazer a diferença na vivência da gravidez pela mulher e pela sua família. É expetável que a gravidez seja uma experiência única e saudável e nenhuma mulher está preparada nem fisicamente nem psicologicamente para lidar com situações de patologia e enquanto cuidadoras, especializadas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, temos um papel fundamental para preparar, assistir e cuidar destas grávidas e famílias.

Concluindo, foram atingidos todos os objetivos propostos. No que diz respeito a cuidados a grávidas, ao longo dos dois anos de realização do MESMO, assistimos, orientámos, instruímos, apoiámos e ensinámos, na totalidade, 350 grávidas, como podemos verificar na figura 1.

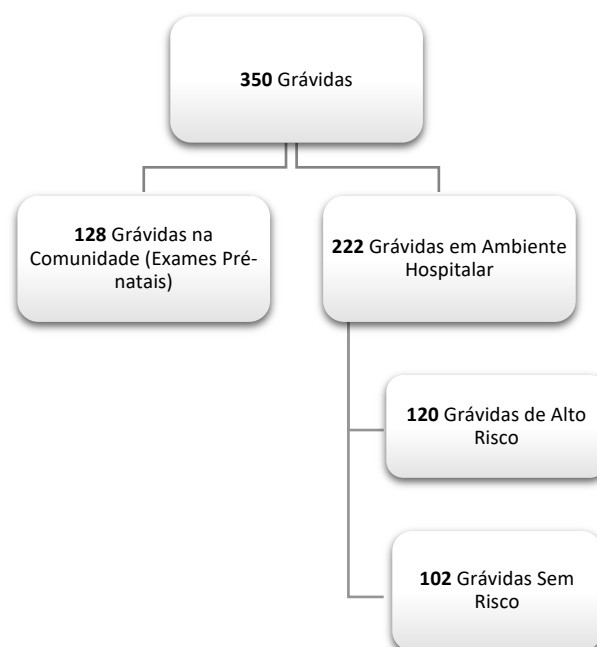


Figura 1 – Nº de grávidas cuidadas

A serenidade, a tranquilidade e a calma que nos foram caraterísticas e percecionadas pelos que nos rodearam, auxiliaram-nos na prestação de cuidados e mesmo em situações de maior preocupação e stress, essas caraterísticas permitiram-nos dar uma resposta rápida, eficiente e adequada às necessidades apresentadas pelas grávidas. O maior desafio neste estágio foi

sem dúvida gerir as emoções relativamente às situações apresentadas; lidar com a incerteza dos diagnósticos e desfechos prováveis e criar ligações de amizade com as grávidas, mas ao mesmo tempo tentar manter o distanciamento, sem um envolvimento excessivo. Foi uma experiência que refletindo agora sobre a nossa prática baseada na literatura científica permitiu-nos compreender de uma forma mais real, o palco em que nos movimentamos e reconhecer que o facto da mulher estar a vivenciar uma transição situacional, face a um projeto de vida comprometido, faz-nos compreender, melhor, qual a importância da nossa forma de agir como estudantes e futuras EEESMO, no sentido de podermos agora dizer: conseguimos.

2. CUIDAR O CASAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: UM DESAFIO PARA AJUDAR NA TRANSIÇÃO PARA A CHEGADA DE UMA NOVA VIDA

Este módulo de estágio, ocorreu entre o período de 26 de fevereiro e 24 de julho de 2018, num total de 500h, no serviço de obstetrícia do CHVNG/E (Unidade II), no bloco de partos. Ao longo deste módulo, foram prestados cuidados a 94 parturientes sendo que, 42 eram de alto risco e 52 de baixo risco; executámos um total de 40 partos eutócicos, sendo que, em 26 efetuámos episiotomia, 3 com períneos íntegros e em 11 ocorreram lacerações perineais de 1º ou 2º grau. Participámos em 16 partos, sendo que 2 foram eutócicos, 12 distócicos por ventosa, 1 distócico por fórceps e 1 foi pélvico (prática simulada em contexto de aula na ESEP). As experiências descritas, encontram-se representadas na figura 2.

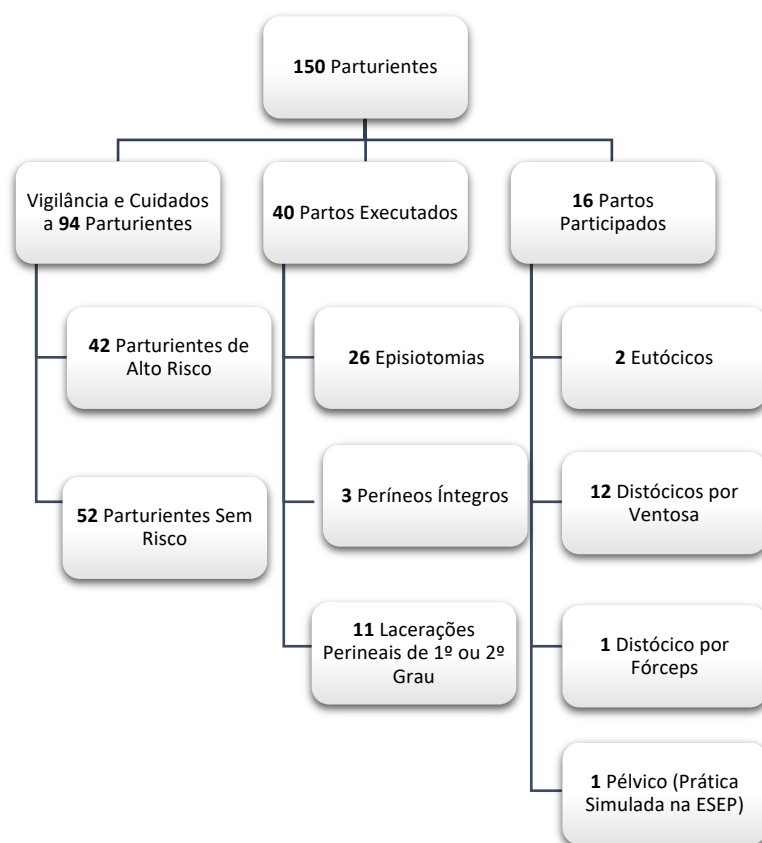


Figura 2 – Nº de parturientes cuidadas

Na literatura podemos verificar que a palavra “transição” significa descrever processos de mudança nos estádios de desenvolvimento de vida; o ato ou efeito de passar de um lugar, de um estado ou de um assunto para o outro (Santos et al., 2015). Segundo Meleis (2013), ao longo da sua vida, a pessoa experimenta várias fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para outro no seu ciclo de desenvolvimento e, neste sentido, enquadrámos a transição que a mulher/casal vivencia no parto, em que se tornam mãe e pai, como uma das fases de mudança mais importantes onde, aquando do nascimento do seu filho, o casal experiencia mudanças a vários níveis: físicas, psicológicas, familiares, sociais, culturais e organizacionais. Esta transição que ocorre no momento do parto, é considerada um processo dinâmico em que existe um reajustamento e uma reorganização no sistema familiar. O nosso papel incide no cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o TP, realizando o parto num ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da mulher e a saúde do RN, na sua adaptação à vida extrauterina (OE, 2010).

Nesta linha de pensamento, neste capítulo, descrevemos as atividades que estiveram na base das intervenções à mulher, casal e RN, ao longo do TP e parto. Estas atividades vão de encontro aos objetivos preconizados pelo Regulamento do 2º Ciclo de Estudos (Artigo 2º, Alínea c) (2010) e pelo Regulamento da Unidade Curricular: “desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem à mulher/família em situação de trabalho de parto e parto, e assistência ao recém-nascido” e “demonstrar competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem à mulher/família em situação de trabalho de parto e parto, e assistência ao recém-nascido” (ESEP, 2017).

Seguidamente, serão apresentadas as práticas e as intervenções implementadas desde admissão da mulher/casal na sala de partos até ao momento em que a mulher e o RN são transferidos para o serviço de puerpério onde, um dos nossos principais objetivos foi promover uma transição para a parentalidade positiva e satisfatória para a mulher/casal.

As grávidas eram admitidas no bloco de partos, provenientes da secção de internamento de grávidas ou do serviço de urgência do CHVNG/E (Unidade II). A maior parte dos casos provenientes do serviço de grávidas, diziam respeito a mulheres que entravam em TP espontaneamente no serviço ou casos de indução de TP. Em relação aos casos transferidos do serviço de urgência, eram mulheres em início de TP espontâneo provenientes do domicílio. Após a sua chegada ao serviço eram encaminhadas, tendo em conta a fase de TP em que se encontravam. Se a mulher estivesse em fase ativa de TP, rumava à sala de partos

e, caso tivesse um acompanhante, este poderia permanecer junto dela. Caso a mulher se encontrasse em fase latente, ia para a sala das expetantes e aí, não era permitida a presença de acompanhante.

De salientar que, o facto de não ser permitida a presença de acompanhante em todas as fases de TP, fez-nos perceber que muitas mulheres sentiam insegurança e medo, sentiam que não tinham o suporte e apoio de alguém que as conhecia e que as poderia proteger naquela fase inicial. Neste sentido, tentámos atenuar estes sentimentos através do acolhimento, pois este, reduzia os níveis de ansiedade e stress na mulher e permitia que a mesma se sentisse mais confortável para esclarecer dúvidas, expor receios e, por conseguinte, acabava por colmatar a ausência do acompanhante. No acolhimento, procedíamos à apresentação individual como futuras EEESMO e à apresentação da equipa de saúde, procurámos sempre utilizar uma linguagem simples e adequada a cada mulher. Apresentávamos a estrutura física do serviço e explicitávamos as regras de funcionamento do mesmo e informávamos sobre as condutas e procedimentos que poderiam ser realizados. Tínhamos sempre o cuidado de nos certificar se percebiam as informações e se concordavam com as mesmas, escutávamos e valorizávamos as suas queixas e sentimentos, garantindo sempre o respeito pela sua privacidade (Silva, Andrade e Bosi, 2014).

Quando a mulher atingia a fase ativa de TP, era transferida para uma das salas de partos, mas mesmo assim, devido às limitações físicas do espaço nem sempre podia ser permitida a presença do acompanhante. Sempre que possível, o acompanhante permanecia junto da mulher, procurávamos sempre envolvê-lo no processo, de forma a que se sentisse acolhido e à vontade para questionar sobre algo que não tivéssemos explicado tão bem, sobre qualquer dúvida que pudesse surgir ao longo do período do TP ou ainda em outras situações em que pudéssemos ajudar e tranquilizar.

Após o acolhimento da mulher e do seu companheiro, procedíamos à colheita de dados; consultávamos o boletim de saúde da grávida e o seu processo clínico de modo a reunirmos dados essenciais como: idade da mulher, idade gestacional, paridade, antecedentes pessoais e obstétricos, presença de alergias, medicação atual, grupo sanguíneo e fator Rh, complicações decorrentes da gravidez atual e anteriores (se fosse o caso). Questionávamos também sobre quais eram as suas expetativas, se tinham realizado o curso de preparação para o parto e parentalidade e se tinham delineado algum plano de parto e caso tivessem, conversávamos sobre o mesmo.

Um plano de parto consiste num documento escrito que é elaborado pela mulher/casal e regista as preferências, desejos e expectativas dos mesmos para o TP, parto e pós-parto (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto (APDMGP), 2017). Habitualmente, o plano de parto vinha anexado ao processo clínico da mulher, porém, constatámos que a maioria das parturientes/casais não o tinham elaborado mas que, ao longo do TP, iam manifestando algumas das suas vontades e preferências, como por exemplo: momento para administração de analgesia epidural; ingestão hídrica durante o TP; presença do acompanhante em todo o TP e que este pudesse participar no parto (no corte do cordão umbilical, por exemplo); solicitavam que os toques vaginais fossem evitados e que, se possível, fossem realizados, na maioria das vezes, pela mesma pessoa; prática do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.

De salientar que, nem sempre era possível atender a todas as preferências e que todos os casais que cuidámos foram alertados para a eventualidade de o plano de parto não poder ser cumprido na sua íntegra pois, tudo dependia da forma como decorria o TP, do estado corrente da mãe e do seu bebé e, em algumas situações, o serviço poderia não estar adaptado a algumas das preferências apresentadas. Tal como explica a APDMGP (2017), “o parto pela sua natureza é um evento impossível de prever e onde tudo pode mudar de repente” e, assim sendo, explicávamos que deveriam encarar o plano de parto como uma lista de desejos e não como regras que deveriam ser cumpridas rigorosamente pois, nem sempre isso era possível. Negociávamos o plano de parto com os casais, bem como todas as intervenções que poderiam ser implementadas sendo que, tentávamos perceber o que sabiam sobre as mesmas e escutávamos, respeitávamos e mostrávamos disponibilidade para elucidar e esclarecer todas as dúvidas existentes para que a mulher/casal pudesse tomar decisões conscientes e informadas, tendo em conta os benefícios e os riscos para ambos.

A presença e o envolvimento do pai, mereceu a nossa especial atenção no sentido em que, tivemos que perceber que tipo de apoio a parturiente recebia do acompanhante e, deste modo, orientá-lo e incentivá-lo a uma maior participação, respeitando sempre os seus limites e as suas vontades. Constatámos que a presença do pai durante o TP e parto diminuía a vulnerabilidade e a mulher sentia-se mais apoiada e protegida, porque tinha alguém que a conhecia, sempre presente e que poderia tomar decisões partilhadas, se necessário. O facto de incentivarmos o pai/acompanhante a aproximar-se da mulher, a utilizar um discurso de encorajamento, a elogiar a mesma, fazia com que se sentissem num ambiente mais familiar e acolhedor e tornava a experiência de TP e parto mais satisfatória e positiva para o casal. Se

possível, proporcionávamos momentos a sós para que ambos pudessem apoiar-se e vivenciassem esse período de ansiedade e ao mesmo tempo de alegria partilhada.

Durante os meses de estágio, na sala de partos, tivemos oportunidade de assistir à elaboração de um plano de parto, pela equipa de obstetrícia, adaptado às características e dinâmicas do serviço e que visou ir de encontro às preferências que a maioria dos casais apresentavam. Foi positivo acompanhar este processo pois, permitiu a partilha e discussão entre toda a equipa sobre as melhores opções para cada mulher/casal e permitiu perceber que, cada vez mais podemos valorizar as necessidades individuais da mulher/casal.

Após o acolhimento e esclarecimento de todas as dúvidas, realizávamos o processo de enfermagem, identificávamos os focos e fazíamos os diagnósticos adequados a cada casal e esboçávamos as intervenções que poderíamos implementar ao longo do TP e parto, de modo a obter os melhores resultados em saúde. Para uniformizar os cuidados prestados à mulher, toda a equipa recorria ao partograma. Este, consiste numa ferramenta cujo principal objetivo é fornecer uma visão geral, contínua e pictórica (representação gráfica) do registo do TP, facilitando a sua monitorização (Lopes, 2018). Considerámos a utilização do partograma essencial pois, permitiu acompanhar a evolução do TP, documentar e diagnosticar complicações, auxiliar na tomada de decisões e indicar ações apropriadas para a correção de desvios da normalidade, além de evitar a realização de intervenções desnecessárias.

O toque vaginal foi também uma das técnicas que nos permitiu acompanhar a evolução do TP e identificar algumas complicações. Ao longo do percurso, diagnosticámos alguns casos de prolapso do cordão umbilical; constatámos que esses ocorreram quando o cordão umbilical se projetou ao lado ou abaixo da apresentação fetal pelo orifício cervical, podendo apresentar-se na vagina; foram experiências muito significativas que geraram medo, alguma insegurança e ansiedade pois, sabíamos que era uma condição que podia ameaçar a vida do feto pois, este poderia comprimir o cordão umbilical comprometendo o seu próprio aporte sanguíneo (Goebel et al., 2010). Nesta situação, seguimos o que a literatura refere, em que uma das formas de minimizar o défice sanguíneo fetal é através da descompressão do cordão que consistiu em manter os dedos, o indicador e o médio dentro da vagina da mulher, elevando o polo cefálico, com o objetivo de aliviar a compressão sobre o cordão. Porém, percebemos que, apesar da atuação rápida que tivemos, o prolapso foi identificado numa fase muito tardia e, por consequência, a situação não evoluiu favoravelmente, resultando numa morte fetal. Foram para nós situações muito surpreendentes, não imaginávamos que iriam ser tantas as situações de prolapso do cordão umbilical pois, a literatura descreve que

é uma das intercorrências obstétricas que surge com pouca frequência (segundo Goebel et al. (2010), o prolapso do cordão “ocorre em 0,14% a 0,62% das gestações e a sua frequência não mudou ao longo dos anos”). Refletindo agora, apesar de terem sido acontecimentos desafiantes, angustiantes e muito marcantes no percurso pessoal e profissional, foi-nos possível adquirir competências e aprender não só com os bons mas também com os maus desfechos. Reforçamos a nossa aprendizagem e o quão é imprescindível o acompanhamento atento de cada grávida a fim de se diagnosticar o mais precocemente possível e tratar corretamente qualquer alteração que possa terminar em morbimortalidade materno fetal.

Identificámos como principais diagnósticos de enfermagem: Potencial para TP ou TP (ICN, 2019). O TP corresponde a um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Graça, 2017) e divide-se em quatro estadios. O primeiro estadio de TP tem início com a presença das contrações uterinas rítmicas e regulares, extinção e dilatação do colo uterino e termina quando a dilatação está completa. Segundo as recomendações da WHO (2018), o primeiro estadio de TP pode ser dividido em duas fases: fase latente que corresponde a uma dilatação do colo de 1cm até 5cm e caracteriza-se pela presença de contrações uterinas ainda irregulares, de pouca duração e de intensidade leve a moderada e fase ativa que corresponde a uma dilatação superior a 5cm até se atingir a dilatação completa (10cm) e envolve contrações uterinas regulares e de elevada intensidade. Por sua vez, o segundo estadio de TP, também definido como período expulsivo, compreende a dilatação completa do colo uterino e termina com a saída completa do feto (Balaskas, 2017). No que diz respeito ao terceiro período de TP, também denominado por dequitação, este tem início imediatamente após o nascimento do feto e termina com a expulsão da placenta; ocorre ao fim de alguns minutos por ação das contrações uterinas e da redução da área de inserção devido à diminuição do volume uterino após a expulsão do feto. Por último, o quarto estadio de TP corresponde ao período em que ocorre após expulsão da placenta até duas horas após o parto e é conhecido pelo período de hemóstase (Fatia e Tinoco, 2016).

Perante o diagnóstico de TP, para além do bem-estar materno, a principal prioridade era a vigilância do bem-estar fetal. Neste sentido, utilizávamos a CTG como o principal meio para esta vigilância. A CTG permitiu o registo da FCF, da contratilidade uterina e dos movimentos fetais e era utilizada de forma contínua ou intermitente, dependendo das situações. Considerávamos a monitorização contínua vantajosa pois permitia-nos maior vigilância da

grávida e do feto. Contudo, limitava a mobilidade da mulher e consequentemente, acabava por aumentar o seu desconforto. Assim sendo, caso a gravidez fosse de alto risco, caso o TP tivesse de ser induzido através do recurso a fármacos, nos casos em que era solicitada a analgesia epidural ou quando a mulher se encontrava em fase ativa de TP, a monitorização por CTG era de forma contínua. Caso contrário, sendo gravidez de baixo risco, quando não estávamos perante indução de TP e se não existisse comprometimento evidente do bem-estar materno e/ou fetal, a monitorização era realizada intermitentemente para permitir maior mobilidade da mulher e para que a mesma pudesse usufruir de algumas estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o TP.

Deste modo, poderíamos associar ao diagnóstico de TP, a Dor de TP que, segundo a ICN (2019), corresponde ao desconforto ligeiro a intenso durante a primeira fase do TP. Mesmo sendo considerado um mecanismo fisiológico, o TP é caracterizado por alterações mecânicas e hormonais que provocam contrações uterinas, resultando na dilatação do colo uterino e na descida da apresentação fetal. No período de dilatação, a dor corresponde a uma sensação subjetiva, descrita como aguda, visceral e difusa, enquanto que, na fase de descida fetal, a dor é somática, mais nítida e contínua, podendo ser intensificada pelo estado emocional da parturiente e por fatores ambientais. O nosso interesse passou por minimizar a dor de TP e, deste modo, tivemos oportunidade de recorrer aos métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor durante o TP.

Para minimizar a dor, recorreremos alguns métodos não farmacológicos de alívio da dor, como por exemplo, o incentivo à deambulação, a utilização da bola de nascimento, recurso à hidroterapia e incentivo à respiração. No que diz respeito à deambulação, incentivávamos a mulher a movimentar-se, por exemplo a deambular na enfermaria ou no corredor, quando não se encontrava monitorizada. Segundo Balaskas (2017), caminhar, deambular ou ficar em pé no TP permite encurtar o processo de parto, aumentar a eficiência das contrações uterinas e atenuar/diminuir a dor associada às mesmas. A autora acrescenta que com o corpo na posição vertical, a descida do bebé é favorecida pela força gravitacional. Barbieri et al. (2013) refere que, quando a grávida está em posição vertical, ocorre um aumento do fluxo sanguíneo para o útero, diminuição da dor e aumento do aporte de oxigénio para o feto.

A bola de nascimento também era um dos recursos que as mulheres solicitavam para auxiliar no alívio da dor durante o TP. De acordo com Barbieri et al. (2013), a bola de nascimento no TP permite a adoção de várias posições, trabalha os músculos do assoalho pélvico e facilita a descida e a rotação da apresentação fetal. Os autores acrescentam que há uma melhoria na

circulação sanguínea uterina, tornando as contrações uterinas mais eficazes, auxiliando também na dilatação do colo uterino.

Outra das estratégias utilizadas dizia respeito à hidroterapia; incentivávamos a mulher a tomar um banho de água quente, pois este está positivamente associado ao alívio da dor e da ansiedade durante o TP. Segundo Barbieri et al. (2013), o banho durante o primeiro estadio de TP reduz significativamente a percepção das grávidas em relação à dor e reduz o recurso a métodos farmacológicos de controlo da dor, sem ter efeito na duração do TP. Canuto (2014) cita Gallo et al. (2011) que explica que a água quente induz a vasodilatação periférica e a redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo o relaxamento muscular. Para isso, é necessário que a temperatura da água esteja entre os 37°C e os 38°C e que a mulher permaneça no duche no mínimo durante 20 minutos, aplicando a água nas regiões mais dolorosas. A mulher era incentivada a permanecer durante esse tempo no chuveiro, caso fosse a sua vontade, desde que, quando fosse necessário ou quando não se sentisse confortável, pedisse ajuda.

Incentivávamos a mulher a concentrar-se na sua respiração; os exercícios respiratórios durante as contrações uterinas podem ser utilizados para aliviar a dor durante o TP. Balaskas (2017) refere que a mulher deve entrar em contacto com o seu interior e concentrar-se na respiração, o máximo de tempo que conseguir. A autora explica que quando a grávida necessitar, para aliviar a dor associada às contrações uterinas, deve utilizar a respiração diafragmática, concentrando-se na expiração, tentando manter o corpo relaxado, principalmente os ombros. Segundo Canuto (2014), denomina-se respiração diafragmática, porque expande o diafragma e leva o ar rico em oxigénio até ao abdómen; é considerada uma das formas de respiração mais simples, mas mais efetiva para a gestão do stress e ansiedade. Se a mulher tiver necessidade de emitir sons como gemer, sibilar, cantar ou gritar quando as contrações uterinas se tornam mais fortes, incentivávamos a fazê-lo, juntamente com a respiração. Balaskas (2017) explica que emitir sons pode ajudar a produzir hormonas semelhantes às endorfinas que atuam como analgésicos naturais no TP.

Habitualmente, já em fase ativa de TP, a maior parte das mulheres deixavam de conseguir tolerar a dor, apesar dos métodos não farmacológicos adotados, e solicitavam controlo farmacológico da dor, através da administração de analgesia epidural. No entanto, houve situações em que elas não solicitavam analgesia epidural, mas que acabava por ser oferecida e incutida a sua vantagem por outros profissionais de saúde e foram estas situações que nos permitiram refletir sobre as práticas e sobre as intervenções mais adequadas às expectativas

da mulher e casal. Segundo a APDMGP (2016), não existe um momento exato para a analgesia epidural, esta deve ser realizada quando a grávida quiser e quando tiver dor, não existe diferença entre realizar uma epidural numa fase muito precoce ou muito tardia, os efeitos desejados e indesejados são exatamente os mesmos, quer seja feita em fase latente ou fase ativa de TP. Neste sentido, procurámos respeitar a mulher e ter em consideração as suas vontades durante o TP, informámos a mesma sobre as vantagens, desvantagens e possíveis riscos da analgesia epidural para que facilitasse a sua tomada de decisão, de forma consciente e informada. Assim sendo, se a mulher estivesse confortável, se os métodos não farmacológicos abordados anteriormente fossem eficazes, não existia razão para administração de epidural, se a mulher não a solicitasse.

Nos casos em que a mulher solicitava analgesia epidural, procedíamos à sua transferência para a sala onde iria ocorrer o parto. Preparávamos todo o material para colocação de catéter epidural, colocávamos a roupa do bebé no aquecedor e preparávamos também o material para o parto. Ambientávamos a mulher ao espaço, posicionando-a para a colocação do catéter, explicávamos todos os procedimentos e como funcionava o processo e administração da analgesia. Estávamos atentos a sintomas que poderiam surgir, resultantes da analgesia epidural, tais como hipotensão, tonturas, cefaleias, náuseas, bloqueio motor e sensitivo dos membros inferiores e retenção urinária (este último, dos riscos mais frequentes). Seguidamente, procedíamos à monitorização dos sinais vitais maternos, de forma mais regular, à monitorização contínua por CTG para vigilância do bem-estar fetal e administração de fluidoterapia para prevenção da hipotensão materna, segundo indicação médica.

Como já referido, um dos maiores riscos associados à epidural diz respeito à retenção urinária e, neste sentido, um dos nossos focos de atenção foi a vigilância da Eliminação Urinária (ICN, 2019), isto porque, existe uma diminuição da percepção, o que pode dificultar não só a função da parturiente mas também a progressão do feto no canal de parto. A nossa intervenção passou por proceder à algaliação da mulher, por prescrição, após a administração da analgesia epidural, apesar de sabermos que podiam existir outras opções para evitar a prática da algaliação por rotina e que são relatadas pela APDMGP (2016), que poderiam ser adotadas, nomeadamente, a colocação de uma sonda semelhante à algália, mas que é retirada após a saída da urina que permite a vigilância e o esvaziamento pontual da bexiga (algaliação intermitente) ou incentivo da mulher a urinar pelo menos, de duas em duas horas.

Perante o bloqueio motor e sensitivo dos membros inferiores, as mulheres permaneciam deitadas, o que dificultava também a liberdade de movimentos e algumas demonstravam-se preocupadas pois, como não sentiam os membros inferiores, tinham receio de não saber quando poderiam ou deveriam puxar. Neste sentido, o nosso papel passou pela tentativa de adotar estratégias para ultrapassar essas dificuldades. Tínhamos o cuidado de orientar a mulher relativamente aos momentos para puxar e procedíamos ao trabalho em equipa com os médicos anestesistas para que estes adequassem a dose de analgesia epidural, tendo em conta a fase do TP em que a mulher se encontrava para que, no período expulsivo, a mulher tivesse maior sensibilidade e perceção do seu corpo.

Refletindo agora sobre a necessidade da mulher permanecer sujeita a tais circunstâncias, mesmo não sendo da nossa competência a prescrição, sabemos que atualmente, existem meios que podem vir a ser adotados no serviço, no futuro, que facilitam a liberdade de movimentos da mulher ao longo do TP, como por exemplo, a administração de walking epidural associando à mesma, monitorização por CTG sem fios.

Mesmo permanecendo deitadas após administração da analgesia epidural, tentávamos que a mulher alternasse a posição no leito, garantindo sempre a segurança da mesma: retirávamos as partes da cama, levantávamos a cabeceira da mesma, subíamos uma das grades para que a mulher se pudesse segurar e oferecíamos mais almofadas para que a mesma pudesse colocar-se em posições mais verticalizadas em que se sentisse mais confortável e com maior perceção para puxar. A posição era essencial para a duração e a eficácia do período expulsivo, facilita a progressão e descida pelo canal de parto e era mais fácil se a mulher adotasse posições verticalizadas, pois permitem que a força da gravidade atue para o nascimento seguro do bebé (Balaskas, 2017). A *Royal College of Midwives* (RCM) (2012) acrescenta que as mulheres que adotam posições verticalizadas durante o segundo estadio de TP beneficiam de um encurtamento significativo do período expulsivo, uma menor taxa de partos instrumentados e de episiotomias. Segundo Balaskas (2017), é importante que a mulher seja respeitada e que se coloque nas posições que já experimentou. O nosso papel passava por informar sobre as possíveis posições que estas podiam adotar ao longo do TP e incentivávamos à prática das mesmas, caso fosse possível e fossem confortáveis para a parturiente, pois o Conforto (ICN, 2019) era também uma das nossas prioridades; todas as nossas intervenções visavam a diminuição do medo e da ansiedade através do apoio emocional e físico que fornecíamos, da escuta ativa, do respeito, da promoção de um ambiente seguro e confortável, da garantia da privacidade, da transmissão

de conhecimentos, de forma correta e adequada para que, a mulher e o seu acompanhante pudessem tomar decisões conscientes e informadas.

De salientar que, no serviço, apesar do incentivo à alternância de posições durante o TP, apesar da partilha e discussão no seio da equipa, a posição de litotomia era a adotada para o momento do período expulsivo. Também a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MCEESMO) (s.d.) descreve algumas desvantagens na prática da posição de litotomia; revela que esta posição está associada a um aumento da sensação algica da mulher e, consequentemente, maior necessidade de analgesia farmacológica durante o TP, maior duração da descida, rotação e expulsão fetais, menor eficácia dos puxos expulsivos, maior necessidade de prática de episiotomia e de instrumentalização do parto, maior ocorrência de lacerações de terceiro e quarto grau, entre outras. A MCEESMO (s.d.) refere que, atualmente, a própria configuração das salas de partos portuguesas ainda reflete este tipo de posicionamento embora, este não seja o único fator para adoção da mesma nas maternidades, mas também, a própria resistência dos profissionais de saúde, a fadiga e relutância materna, as doses elevadas de analgesia epidural ou a intolerância fetal à posição verticalizada da mulher.

Quando a mulher referia ter vontade de puxar e quando existia um abaulamento do períneo, devido à compressão da apresentação fetal, significava que o período expulsivo se ia desencadear. Neste momento, a mulher já se encontrava posicionada e confortável, o material já estava preparado, já nos encontrávamos preparados e equipados com todo o equipamento de proteção individual devidamente esterilizado. Avaliávamos o traçado, nomeadamente, as características das contrações uterinas e a FCF antes, durante e após as mesmas; verificávamos a perfusão (se em curso) e íamos solicitando a colaboração da mulher (através de reforços positivos, elogios e incentivos). Seguidamente, procedíamos aos cuidados perineais da mulher, certificávamo-nos do grupo sanguíneo e preparávamos os tubos para colheita de sangue do cordão, caso necessário. Conforme a apresentação fetal ia avançando no canal de parto, a mulher referia vontade de puxar. Este reflexo involuntário de puxo denomina-se reflexo de ferguson e acontece quando ocorre pressão exercida pela apresentação fetal no canal de parto (NICE, 2017). No entanto, foi possível perceber que, nos partos em que era administrada analgesia epidural, os esforços expulsivos maternos eram por vezes ineficazes pois a mulher não tinha perceção nem sensibilidade a esses estímulos, comparativamente aos partos sem analgesia epidural. Nestas situações, em alguns casos, assistimos ao incentivo do puxo dirigido, nomeadamente à manobra de valsalva, apesar

desta não ser recomendada pela WHO (2018). A manobra de valsalva pode estar associada a alterações e consequências tanto para a mãe como para o feto: redução da pressão arterial materna, aumento da fadiga materna, diminuição do índice de apgar no feto e aumento da instrumentalização do parto (Kelly et al., 2010). Oliveira (2015) refere que, independentemente da posição em que a mulher estiver, é possível perceber que o efeito gerado pela manobra de valsalva é o contrário ao que o corpo necessita no momento do período expulsivo pois, o períneo contrai em vez de descontraír.

Durante a exteriorização da apresentação fetal, protegíamos o períneo com as mãos pois, segundo a WHO (2018), esta técnica mantém a integridade do períneo. Nesta altura, avaliávamos a necessidade da prática da episiotomia. Verificámos que alguns profissionais de saúde executavam episiotomia, de forma rotineira, por insegurança e por precaução. No entanto, sob a orientação da tutora, evitávamos essa atitude interventiva e praticávamos a episiotomia apenas quando necessário pois, uma atitude menos interventiva no parto promovia o empoderamento materno e garantia maior autonomia e preservação dos direitos da mulher/do casal.

Tivemos em atenção, situações em que existia alteração da FCF sugestivas de sofrimento fetal e em alguns casos em que não havia distensão e existia maior probabilidade de ocorrerem lacerações perineais graves. Após a expulsão do feto, procedíamos à pesquisa das circulares do cordão umbilical e, neste momento, solicitávamos à parturiente para parar de puxar e atuávamos, tendo em conta a situação, se estávamos perante uma circular larga ou apertada. Após a expulsão do feto, era registada a hora do nascimento, mostrávamos o RN aos pais e felicitávamos os mesmos pelo nascimento.

Após o nascimento, as mulheres permaneciam em decúbito dorsal com a cabeceira da cama baixa e explicávamos que poderiam sentir novamente contrações que indicariam a expulsão da placenta, também conhecida por dequitação. Enquanto se aguardava, eram prestados os cuidados imediatos ao RN que envolviam a permeabilização da via aérea e a manutenção da temperatura corporal através de um gorro e um lençol que era aquecido previamente e que era substituído sempre que molhado. Em simultâneo, era avaliado o índice de apgar ao primeiro, quinto e décimo minuto. O índice de apgar pretende avaliar o grau de adaptação do RN ao meio extrauterino através da observação da cor, tónus muscular, irritabilidade reflexa, esforços respiratórios e FC do mesmo.

Esclarecemos o casal de que sempre que possível era realizada a laqueação tardia do cordão, tal como recomenda a OMS (2013). O atraso na laqueação do cordão permitia a passagem continuada de sangue da placenta para o RN durante mais 1 a 3 minutos após o nascimento. Está descrito que, a laqueação tardia do cordão umbilical pode ser benéfica no sentido em que, pode aumentar as reservas de ferro do RN no momento do nascimento; pode diminuir a incidência de anemia na infância; reduzir a ocorrência da hemorragia intraventricular; reduzir casos de enterocolite necrosante; reduzir a probabilidade de ocorrer sépsis infantil e reduzir a necessidade de transfusões de sanguíneas (OMS, 2013).

Era também incentivada a laqueação do cordão umbilical pela mãe ou pai, se estes o desejassem fazer. Esta prática não era possível se o RN necessitasse de outros cuidados especializados imediatos, em que eramos nós que procedíamos à laqueação o mais rápido possível. Ao longo do nosso percurso, a maior parte dos pais pretenderam proceder ao corte do cordão umbilical; o facto de cortar o cordão era sinónimo de que conseguiam fazer algo pelo seu bebé e era o primeiro momento em que se sentiam próximos do seu filho. Os pais que participavam no parto e no corte do cordão umbilical exibiam uma melhoria significativa, no envolvimento emocional, com o RN (Nogueira e Ferreira, 2012). É de salientar que esta prática não era imposta, dependia sempre da tomada de decisão do casal.

O contato pele a pele foi também um dos nossos focos e constituiu um enorme desafio, isto porque, nem sempre foi possível pois, ainda existiam práticas no serviço que eram consideradas, por outros profissionais de saúde, mais prioritárias que o contato pele a pele. Porém, sob orientação da tutora, sempre que possível, tentávamos colocar o RN e abordar as vantagens desse contacto nomeadamente, maior sucesso na amamentação exclusiva a longo prazo, promoção do vínculo afetivo entre mãe e RN, maior capacidade de reconhecer o odor materno ao quarto dia de vida, maior efeito protetor contra a morbimortalidade por doença respiratória no primeiro ano de vida, melhor adaptação do RN à vida extra uterina, redução da hipotermia e sépsis, diminuição da permanência no hospital, entre outras vantagens (MCEESMO, 2011). Quando não era possível promover o contato pele a pele com a mãe, tentávamos colocar o RN com o pai caso este demonstrasse interesse e disponibilidade.

Simultaneamente, enquanto procedíamos ao contato pele a pele, incentivávamos a amamentação precoce, na primeira hora de vida, pois esta estava associada a um menor risco de hipoglicemia, de dificuldade respiratória, hipotermia e icterícia no RN (Parreira,

2018). A autora acrescenta que, para além disso, existe uma melhoria significativa entre a interação mãe-filho, favorecendo o seu vínculo afetivo e diminuindo o stress e o choro.

Posteriormente, eram executados os primeiros cuidados ao RN: colocação da pulseira de identificação, monitorização do peso, comprimento e perímetro cefálico, administração da vitamina K e aplicação da pomada oftálmica. Realizávamos uma avaliação cefalocaudal do RN juntamente com o médico neonatologista e, quando terminada, o bebé regressava para junto da mãe e do pai e permanecia junto dos mesmos enquanto se procedia ao dequite e à correção de episiotomia ou de lacerações perineais (caso existissem).

De seguida, verificávamos através da manobra de Krustner e através do sinal do cordão (colocação de uma pinça de Cocker no cordão a sinalizar) quando a placenta se descolava e após confirmação do descolamento era solicitado à mulher que realizasse pequenos esforços expulsivos para a placenta se exteriorizar. A placenta era amparada com uma mão e tracionado o cordão com a outra e, se necessário, procedia-se à manobra de Dublin que consistia na torção moderada da placenta para descolar as membranas seguida de torção leve. Tivemos a experiência de assistir aos dois tipos de descolamento de placenta: ao mecanismo de Schultze ou Baudelocque que, de acordo com a literatura ocorre em 75% dos partos e verifica-se quando a placenta inserida na parte superior do útero se inverte e se desprende pela face fetal e o mecanismo de Duncan que ocorre em cerca de 25% dos partos e acontece quando a placenta está localizada na parte lateral do útero e o descolamento começa pela parte inferior, surgindo desta forma a face materna (Montenegro e Rezende Filho, 2014).

Quando exteriorizada, a placenta era colocada sobre uma mesa com a face fetal voltada para cima e procedia-se à inspeção e observação da mesma e seus constituintes. verificava-se a forma, tamanho e regularidade dos bordos da mesma. Em relação ao cordão umbilical, confirmava-se a existência dos três vasos do cordão (duas artérias e uma veia), verificava-se a existência de anomalias e o comprimento, local de inserção e a presença da geleia de Wharton. Em relação às membranas, verificava-se a existência de dois folhetos (âmnio e córion) e a integridade dos mesmos, reconstruía-se a câmara amniótica, verificava-se a inserção da placenta e a presença de cotilédones aberrantes, observava-se a presença de anomalias como microcalcificações, hematomas, enfartes, zonas de necrose, entre outras. Tendo em conta o aspeto e as alterações da placenta, esta era enviada para incineração ou para anatomia patológica. Tivemos oportunidade de experienciar alguns casos de presença de

membranas fragmentadas. Nestes casos, colaborámos para assegurar a analgesia à mulher para a revisão manual e massagem uterina e para a eliminação dos restos placentários. Foi administrada a medicação prescrita para a promoção da contração e retração uterina adequadas que, segundo o protocolo do serviço, consistia na administração de 20 a 40 UI de ocitocina, diluídas em 1000ml de soro fisiológico, a perfundir a 125ml/h, via endovenosa.

Após o dequite, procedíamos à revisão do canal de parto e verificávamos as estruturas afetadas. Eram prestados os cuidados perineais e efetuada a episiorrafia/perineorrafia, caso fosse o caso, após consentimento e explicação do procedimento à mulher. Finalizado, verificávamos a involução uterina e a formação do globo de segurança de *pinard* e procedíamos novamente à massagem uterina para eliminação de possíveis coágulos sanguíneos, realizávamos os cuidados perineais e enquanto isso, explicávamos possíveis intercorrências à mulher e reforçávamos os ensinamentos sobre os sinais e sintomas de alerta. Posteriormente, removíamos o catéter epidural, se presente.

No quarto estadio de TP, também denominado por período de hemóstase, a mulher, o pai/acompanhante e RN permaneciam na sala de partos durante pelo menos essas duas horas após o parto, já que neste período poderiam ocorrer rápidas alterações fisiológicas. Assegurados o bem-estar materno (avaliação da coloração da pele e mucosas, avaliação de sinais vitais, útero bem contraído, perda sanguínea normal após expressão uterina) e o bem-estar neonatal (avaliação da coloração da pele, choro, reatividade a estímulos, início da alimentação) era, então, realizada a transferência de ambos para o serviço de puerpério para continuação de cuidados. Tendo como objetivo a continuidade dos cuidados, eram transmitidas, telefonicamente, todas as informações necessárias à enfermeira do serviço de puerpério.

Refletindo, após a descrição das atividades desenvolvidas, dos focos identificados e das intervenções implementadas durante o estágio de TP e parto, podemos concluir que, na sua globalidade, este foi um caminho longo mas muito feliz e gratificante, repleto de experiências positivas e muito significativas. Contudo, existiram algumas situações que nos provocaram alguns constrangimentos mas que, ao mesmo tempo, se revelaram enriquecedoras, como por exemplo: o parto de um feto morto. Esta situação em concreto, implicou o delinear de intervenções no sentido de apoiar o casal face ao luto e perda. Ocorreu logo no início do estágio, dizia respeito ao caso de uma mulher com idade gestacional de 40 semanas + 3 dias que recorreu ao serviço de urgência do CHVNG/E por ausência da perceção de movimentos

fetais. Após monitorização por CTG e posterior realização de ecografia, não foi detetado qualquer batimento cardíaco nem movimentos fetais. Foi-nos questionado se pretendíamos executar o parto pois era apenas o nosso oitavo parto executado e ainda não nos sentíamos completamente preparadas para uma situação desta magnitude. Porém, percebemos que esta seria uma situação com a qual nos iríamos confrontar pois, apesar de não ser uma situação desejada nem frequente, a mortalidade fetal é uma realidade. Apesar da tristeza, da angústia, dos inúmeros sentimentos inexplicáveis vivenciados, sentimos que fizemos o acompanhamento e encaminhamento adequado do casal: garantimos sempre a privacidade, respeitámos as suas vontades e decisões, permitimos o contato com o filho (apenas a mulher quis contactar com o mesmo), proporcionámos um ambiente calmo e seguro, através da escuta empática e ativa, facilitámos a verbalização, a exploração, a reflexão e o desbloqueio de sentimentos, preocupações, pensamentos e expectativas, respeitámos a cultura, religião e valores do casal, estivemos presentes sempre que necessário e não de forma abusiva, revelámos ao casal os possíveis profissionais disponíveis no hospital que poderiam ser úteis e fundamentais para os ajudar em todo o processo de luto.

Percebemos que, a perda perinatal interrompe não só a gravidez na sua plenitude, bem como termina com a interação da díade parental com o filho e arrasta para a privação de uma série de significados: a perda da maternidade; a perda do filho amado, real ou imaginado; a perda da autoestima por sentirem que falharam no papel parental, como protetores; a perda do estatuto social enquanto pais; a perda existencial na continuidade geracional e a perda do futuro antecipado ou imaginado com o filho (Alves, 2018 cita Leal, 2005; Koch et al., 2012; Sousa et al., 2014). Esta experiência, permitiu-nos refletir que perante situações de perda implica refletir que a nossa atuação, enquanto profissionais de saúde, carece de melhorias. Percebemos que, é muito difícil lidar com a perda, com o luto e que, apesar da “fuga” ser a atitude mais fácil, enquanto futuras EEESMO, a nossa prioridade foi desenvolver estratégias para lidar com as nossas emoções pois, estas situações permitiram-nos a consciencialização de que no exercício da atividade profissional, a mulher/casal esperam que os nossos cuidados sejam a garantia do seu bem-estar físico, psicológico e emocional.

2.1. A prática baseada na evidência e o toque vaginal

O exame vaginal (toque) é utilizado para avaliação da evolução do TP na mulher e fornece informações como a dilatação, a espessura do colo uterino e a posição da cabeça fetal na bacia da mãe. Embora a prática do procedimento do toque vaginal seja comum na gravidez e no parto, está longe de reunir o consenso do médico e do enfermeiro, na área de especialização em saúde materna e obstétrica. De acordo com Zlotnik (2018), o toque vaginal pode ser realizado logo no início da gravidez, nas primeiras consultas com o médico obstetra, para verificar se há algum problema que possa trazer intercorrências futuras. É fundamental perceber que não é necessário realizar este exame, só em contexto de TP, com o único objetivo de verificar se há dilatação. Antes de a mulher entrar em TP, não se espera que o colo do útero esteja dilatado. Downe et al. (2013) refere que a dilatação do colo uterino não é um bom método para prever exatamente quando a mulher vai parir. O toque vaginal pode ser apenas um convite para que a mulher fique preocupada e coloque em dúvida a possibilidade de ter um parto normal (Kuhn, 2016). Tal como diz a APDMGP (2017), o toque vaginal tem a sua utilidade e o seu lugar; este pode e deve ser utilizado quando, por algum motivo, o profissional de saúde necessita de reunir mais informações sobre o bem-estar materno ou fetal. A APDMGP (2017) acrescenta que quando o profissional de saúde age numa emergência, não é considerada impaciência mas sim profissionalismo porém, “o problema é que está a ser feito rotineiramente, na maioria das vezes”.

Os significados de saúde e de doença modificam-se ao longo da história, determinando modelos e o funcionamento dos sistemas de saúde, todavia, o exame por toque vaginal continua a ser uma prática utilizada em todo o mundo sem que haja evidência científica que comprove a sua total eficácia. Temos que perceber que o exame vaginal não é obrigatório e como todas as intervenções durante a gravidez e o parto, pode ser recusado (APDMGP, 2017) e devemos ter em atenção à forma como por vezes abordamos as mulheres. Sem nos apercebermos, utilizamos expressões aparentemente inofensivas, como por exemplo, “este colo ainda está muito verde” e “ainda só está com 2cm” e que podem levar a mulher a sentir-se preocupada, ansiosa e a pensar que o seu corpo não está preparado nem à altura para um parto normal (APDMGP, 2017).

A APDMGP (2017) num inquérito realizado às mulheres intitulado “Experiências de Parto em Portugal: 2012-2015” reuniu alguns dos relatos mais descritos pelas mesmas em relação à prática do toque vaginal e vários se referem a “toques feitos por muitas pessoas diferentes”

e algumas mulheres relatavam que “à medida que as horas iam passando esta intervenção tornou-se uma rotina e deixaram de pedir consentimento”.

Um dos objetivos da realização deste relatório de estágio foi a problematização das práticas através da prática baseada na evidência visando a melhoria dos cuidados especializados prestados à mulher, ao seu RN e família e de forma a obter mais ganhos em saúde e a promover o desenvolvimento e maior conhecimento científico na área da enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Assim sendo, foi realizada uma revisão da literatura sobre a problemática anteriormente descrita: a prática do toque vaginal. A revisão integrativa da literatura é um tipo de estudo que viabiliza a análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo de modo a favorecer a caracterização e divulgação do conhecimento produzido (Neto et al., 2016). Segundo os autores, este estudo contempla seis etapas: 1) identificação do tema; 2) formulação da questão; 3) seleção dos artigos e sua caracterização; 4) análise dos artigos; 5) interpretação dos resultados e 6) conclusões.

2.1.1. Identificação do tema

O interesse pela abordagem desta problemática surgiu no âmbito do estágio de Gravidez com Complicações mas foi no estágio de TP e Parto que despertou mais interesse e teve ainda mais impacto. A decisão de abordar este tema esteve relacionada com múltiplos desabafos e comentários que as grávidas/parturientes foram manifestando ao longo do estágio acerca da prática do toque vaginal. Esses “desabafos” despertaram-nos para uma observação mais atenta sobre os procedimentos do exame por toque vaginal, por médicos e enfermeiros (EESMO), permitindo assim perceber que, esta prática, aparentemente rotineira, se desenvolvia sem que na maioria das vezes respeitasse ou tivesse em consideração, a dignidade e o respeito pela mulher e pelo seu corpo. Já para não referir que, a sua prática também não ia ao encontro da recomendação da WHO (2018) descrita no documento “*WHO recommendations, Intrapartum care for a positive childbirth experience*”. De acordo com o texto, o profissional de saúde deve “certificar-se de que os procedimentos sejam explicados à mulher e, quando for apropriado, solicitar um consentimento por escrito para exames pélvicos e outros procedimentos”, ou seja, o obstetra ou o EESMO deve

52

oferecer as informações com transparência e também todo o suporte técnico para a parturiente decidir, de maneira consciente. Se necessário, ela pode assinar um termo consentindo ou recusando essa avaliação.

O toque vaginal é uma prática frequente e realizada por rotina a mulheres no contexto da assistência à gravidez e ao parto; é um procedimento em que o profissional de saúde insere dois dedos dentro da vagina da mulher e que tem como objetivo determinar a dilatação, a extinção e a posição do feto (APDMGP, 2017). Atualmente, não existe evidência científica suficiente que descreva que o toque vaginal produz melhores resultados quer para as mães, quer para os seus bebês (Downe et al., 2013). Segundo os mesmos autores, são várias os aspetos a ter em consideração relativamente à prática do toque vaginal nomeadamente, a precisão do exame, o impacto do exame vaginal no progresso do TP, a opinião das mulheres sobre os toques vaginais e os efeitos adversos do toque vaginal.

Downe et al. (2013) descrevem que se o toque for realizado sempre pelo mesmo profissional de saúde, a avaliação da progressão de TP pode ser considerada correta e fiável. Contrariamente ao que os autores descrevem, foi verificado que muitas vezes, em contexto hospitalar e em estágio, o toque era realizado por vários profissionais de saúde, muitas vezes que a mulher não conhecia. Existem evidências de que o exame vaginal pode aumentar a ansiedade na mulher (Downe et al., 2013 cita NICE, 2007 e Winter, 2002). Efetivamente, a ansiedade era evidente em algumas mulheres quando o toque vaginal era realizado; muitas delas ficavam agitadas quando o profissional de saúde referia que ia proceder ao toque pois associavam o mesmo a dor, desconforto e falta de privacidade.

Downe et al. (2013) realizaram um documento baseado em vários estudos em que as mulheres relatavam as suas opiniões sobre a prática do toque vaginal. Algumas mulheres preferiam ser examinadas frequentemente porque tinham medo que o TP se prolongasse e ao serem examinadas sentiam que havia um maior controlo na progressão da situação. Outras consideravam o toque vaginal necessário porém relatavam sentimentos como dor e vergonha aquando da sua realização. Existiam ainda mulheres que descreviam o toque vaginal como desconfortável, doloroso ou mesmo abusivo. Ao longo do estágio, as opiniões das mulheres também divergiam porém, na maior parte dos casos, relatavam dor, medo, ansiedade, sentiam que não podiam negar o toque pois parecia que era uma prática obrigatória e que caso recusassem poderiam pôr em risco o seu bebé.

Ataíde et al. (2016) referem que o toque vaginal é realizado para avaliar a progressão do TP: permite definir a dilatação, a posição, o comprimento, a consistência e o tamanho do colo uterino; definir a apresentação, atitude e posição fetal; definir a relação entre a apresentação e o colo; identificar a presença de bossa e permite perceber as características da bacia óssea materna e a sua reação às contrações uterinas. Porém, os autores acrescentam que o toque vaginal deve ser realizado o menor número de vezes possíveis visto que o “manuseio excessivo do canal de parto está relacionado com a morbidade infecciosa e a rutura das membranas ovulares”. A APDMGP (2017) cita a OMS referindo que não existindo nenhuma intercorrência no TP, a avaliação da progressão do TP pode ser feita por toque vaginal de quatro em quatro horas e não múltiplas vezes numa hora como acontece em algumas instituições e como acontecia por vezes em estágio até porque se sabe que quanto mais toques vaginais forem realizados, maior o risco de infeção. Para além da infeção, Downe et al. (2013) identifica a alergia e o sofrimento materno como outros efeitos adversos do exame vaginal.

Segundo Barboza e Mota (2016), o toque vaginal é muitas vezes realizado de forma excessiva sem respeitar a intimidade da mulher, é frequentemente doloroso e constrangedor gerando desta forma violência física e psicológica no momento do parto. Os autores acrescentam que além de ser realizado de forma excessiva e por vários profissionais de saúde, o toque é comumente feito sem respeitar a privacidade da mulher, expondo os seus órgãos sexuais e a intimidade da mulher para várias pessoas por vezes desconhecidas.

É preciso compreender que a mulher foi construída socialmente para sentir pudor e esconder os seus órgãos íntimos, mantendo sempre as pernas fechadas e na prática do toque vaginal é “obrigada” a abrir as suas pernas num espaço público, o que provoca constrangimento e ameaça na parturiente (Barboza e Mota, 2016).

Para completar os motivos que levaram à escolha desta problemática e que já foram descritos anteriormente e relatados também pela literatura, é importante abordar alguns dos desabafos e comentários feitos pelas mulheres em estágio. Muitas sentiam-se confortáveis e à vontade para desabafar e abordar este assunto e foi muito marcante e triste perceber que maior parte dos desabafos eram negativos. Referiam que o toque vaginal já era uma prática que vinha da consulta de termo em que alguns profissionais as examinavam e que faziam o descolamento de membranas nem sempre com aviso prévio. Relatavam que tinham conhecimento de histórias de outras mulheres que tinham sido examinadas e que

descreviam a técnica como muito dolorosa e abusiva e que alguns profissionais nem lhes perguntavam se podiam examinar. Algumas diziam até que alguns profissionais as tocavam pois queriam saber como estava a decorrer o TP, para ficarem “descansados” e para passarem as informações aos colegas que iriam acompanhar o restante TP. Porém, algumas diziam que esses profissionais tocavam e depois vinham outros examinar pois tinham de “confirmar” como estava a progredir o TP. Algumas parturientes referiam que por vezes nem lhes eram comunicadas as informações sobre o toque. Eram examinadas muitas vezes, por vários profissionais que por vezes não conheciam e alguns toques vaginais eram dolorosos e demorados.

Tendo em conta todos os aspetos apresentados, é fundamental refletir sobre a prática do toque vaginal e ter em atenção as opiniões e os sentimentos de cada mulher. O facto de os profissionais de saúde estarem atentos, de ouvirem as mulheres, permite-lhes refletir sobre os seus erros e desta forma alterar a forma como procedem ao toque vaginal. É importante saber que também existem outras técnicas que podem substituir a prática do toque vaginal e que respeitam a dignidade e a privacidade da mulher durante o TP e parto.

2.1.2. Formulação da questão

Após a identificação e justificação do tema, segue-se a formulação de uma questão de investigação. Definir esta questão é dos primeiros passos ao planear a investigação e a pesquisa bibliográfica pois, permite estabelecer a conduta que será seguida, nomeadamente, pretende definir os critérios de elegibilidade (de inclusão e exclusão) resultantes da questão definida (Aromataris e Pearson, 2014). Os autores defendem que a questão de investigação auxilia na definição dos critérios específicos da revisão da literatura e deve ser objetiva e clara de modo a tornar a pesquisa mais eficaz e fornecer uma estrutura para a elaboração da revisão. A formulação da questão é uma das principais premissas do pensamento crítico e reflexivo e permite fazer julgamentos com base em evidências de forma a resolver problemas (Sousa et al., 2018).

Segundo Sousa et al. (2018), atualmente, o modelo PICO é o mais utilizado na construção de questões de investigação, não só a nível da medicina baseada na evidência, mas também em outras disciplinas relacionadas ou não com as ciências da saúde. Os autores descrevem que ao longo dos tempos foram surgindo variações ao modelo PICO; em alguns casos, essas variações conservaram os quatro elementos originais e acrescentaram um novo fator e noutros casos, emergiram modificações de um ou de alguns dos elementos originais como por exemplo, o modelo PICo, que será utilizado para a elaboração da questão de investigação desta revisão, pelo facto de não possuímos termos de comparação. Assim sendo, através deste modelo PICo, foram elaboradas as seguintes questões:

P	I	Co
População/Participantes	Fenómenos de Interesse	Contexto
Parturientes/Mulheres em TP	Razões para a realização do toque vaginal e o seu significado	Avaliação da evolução do TP

Tabela 1 - Elementos para a formulação da questão de investigação segundo o modelo PICo

Que razões determinam a tomada de decisão dos EEESMO para a realização do toque vaginal na avaliação da evolução do TP e qual o significado do toque vaginal para as parturientes/mulheres em TP?

2.1.3. Seleção dos artigos e sua caracterização

Para responder à questão de investigação, definiram-se os descritores que foram utilizados para efetuar a pesquisa e para proceder à escolha dos artigos. Foi utilizado o *MeSH Browser* que forneceu os seguintes termos: *Vaginal Examination; Vaginal Touch; Obstetric Labor;*

Criteria for Vaginal Examination; Labor Progress; Evolution of Labor; Women's Opinion; Women's Feelings; Women's Experiences.

De seguida, estabeleceram-se os critérios de inclusão e exclusão para selecionar os artigos para e desta forma dar resposta à questão de investigação anteriormente definida. Foram incluídos os documentos em a data de publicação se encontrasse entre os últimos cinco a dez anos, escritos em português, inglês, espanhol ou italiano e que apresentassem textos completos. Foram excluídos todos os artigos em que a data de publicação se encontrasse abaixo dos dez, artigos que só apresentassem resumo e artigos que não respondiam à nossa questão de investigação. As bases de dados utilizadas foram: *EBSCOHost Web* (envolve uma série de bases de dados); *Cochrane Database of Systematic Reviews*; *RCAAP*; *Medline e Pubmed*.

As pesquisas foram realizadas entre julho 2018 e julho de 2020. Na pesquisa realizada *Cochrane Database of Systematic Reviews*, resultaram 51 documentos relativos ao tema sendo que após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, apenas foi selecionado 1 documento. Na pesquisa efetuada na base de dados da *EBSCO host Web*, foram obtidos 122 documentos sendo que após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, resultaram 17 documentos e foram escolhidos 6 documentos. Foi posteriormente efetuada uma pesquisa na base de dados *RCAAP*, em que resultaram 42 documentos mas que após aplicação dos critérios de exclusão, após leitura dos títulos e dos resumos de cada artigo, nenhum se enquadrava no tema. O mesmo aconteceu aquando da pesquisa na *MEDLINE* em que dos 426 resultados, muitos eram documentos repetidos e em versões incompletas e outros não se enquadravam no tema. Já na pesquisa na base de dados da *PUBMED*, resultaram 709 documentos que após os critérios de exclusão aplicados, permaneceram 113 artigos em que após leitura dos resumos foi escolhido 1 artigo mas que já tinha sido selecionado noutra pesquisa anterior.

Resumidamente, surgiram 1350 documentos após introdução dos descritores identificados anteriormente. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram eliminados 1219 artigos, permanecendo assim um total de 131 artigos. Destes foram eliminados 124 documentos por se encontrarem repetidos e por não se enquadrarem no tema. Assim sendo, foram selecionados 7 artigos com os seguintes títulos:

- 1) *“Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (review)”;*

- 2) *“Potential excess of vaginal examinations during the management of labor: frequency and associated factors in 13 Peruvian hospitals”;*
- 3) *“Women’s experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands”;*
- 4) *“The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences”;*
- 5) *“The vaginal examination during labour: is it of benefit or harm?”;*
- 6) *“Effect of Vaginal Examination Frequency Practice during Normal Childbirth on Psychophysical Condition of Women”;*
- 7) *“Improving Vaginal Examinations Performed by Midwives”.*

2.1.4. Análise dos artigos

Após a seleção dos artigos, cada um foi submetido a uma avaliação da qualidade metodológica e do nível de evidência científica, através da classificação proposta por Pompeo e colaboradores (2009) e, posteriormente, foram documentadas, resumidamente, o(s) objetivo(s), a metodologia, os resultados e as conclusões de cada artigo selecionado.

Título	<i>Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review)</i>
Autor(es)	Downe, S. et al.
Ano/País	2013/Reino Unido.
Desenho do Estudo	Revisão da Literatura com análise de ensaios clínicos randomizados.
Objetivo(s)	Comparar a eficácia, a aceitabilidade e as consequências do toque vaginal com outras estratégias utilizadas para avaliar a progressão do TP.
Metodologia	O artigo consiste numa revisão da literatura de vários ensaios clínicos randomizados sobre o toque vaginal comparando este com outras formas de avaliação da progressão do TP.
Principais Resultados	Alguns artigos analisados descrevem que: • Os toques vaginais visam tranquilizar a mulher e os profissionais de saúde de que o TP está a decorrer com normalidade e avisar com antecedência se não for o caso;

	• Existem outras formas de avaliar a progressão do TP nomeadamente, observação da linha púrpura, medição do grau de dilatação do orifício cervical e sinais comportamentais da mulher; • As opiniões das mulheres são divergentes: algumas consideram o toque vaginal desconfortável e angustiante comparado com as outras formas de avaliação da progressão do TP; algumas preferem ser examinadas frequentemente pois têm medo que o TP se prolongue; outras mulheres consideram o toque vaginal necessário embora seja doloroso e embaraçoso; outras estão contra o toque vaginal pois só tem desvantagens e é desconfortável, doloroso e abusivo e preferem as outras formas de avaliação da progressão do TP anteriormente descritas; • O exame vaginal deve ser realizado no momento da admissão da mulher ao hospital e posteriormente de duas a quatro horas. O que se tem verificado é que o toque vaginal tem sido realizado com mais frequência; • Há evidências que revelam que o toque vaginal não é totalmente confiável no entanto se for realizado pela mesma pessoa, a precisão é consideravelmente maior; • Alguns estudos analisados falam acerca dos principais efeitos adversos associados ao toque vaginal: a infeção, a alergia e o sofrimento materno • As mulheres têm o direito de aceitar ou recusar o toque discutir com os profissionais de saúde que outras formas existem para avaliar a progressão do TP; • As mulheres devem ser informadas sobre os benefícios e os danos e sobre as outras formas para avaliar a progressão de TP de forma a poderem tomar decisões informadas; • Alguns estudos descrevem que devem existir melhorias na prática do toque vaginal no que diz respeito à dor que está associada ao mesmo, às oportunidades que as mulheres devem ter para recusar o procedimento e às informações mais detalhadas que as mulheres têm direito a receber sobre o toque; • Devem existir mais estudos sobre outras alternativas ao toque vaginal.
Nível de Evidência	Nível I (Segundo Pompeo e Colaboradores, 2009).

Tabela 2 - Análise do Artigo: Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review)

Título	<i>Potential excess of vaginal examinations during the management of labor: frequency and associated factors in 13 Peruvian hospitals</i>
Autor(es)	Zafra-Tanaka, J. et al.
Ano/País	2019/Peru.
Desenho do Estudo	Estudo exploratório.
Objetivo(s)	Determinar a frequência do excesso de exames vaginais durante o TP e identificar os fatores associados a esse excesso em 13 hospitais peruanos.

Metodologia	Este artigo é uma análise secundária de um estudo que pretendia avaliar o desrespeito e abuso durante o nascimento de uma criança em hospitais peruanos, realizado entre abril e maio de 2016. Este artigo analisa o estudo primário onde foram coletadas informações de 1528 puérperas hospitalizadas em maternidades de 13 hospitais públicos localizados no Peru (aquando da análise das respostas, apenas foram incluídas as informações de 1420 mulheres isto porque foram excluídos registos que não indicavam informações sobre o número de toques vaginais durante o TP e registos que continham dados inconsistentes). Foram realizadas entrevistas estruturadas onde as puérperas foram questionadas sobre o número de toques vaginais realizados durante o TP. Inicialmente eram recolhidos dados sociodemográficos e antecedentes obstétricos de cada mulher. Tendo em conta a disponibilidade dos entrevistadores e permissões concedidas por cada hospital, foram entrevistadas, no mínimo, 100 mulheres em cada hospital. Os entrevistadores iam ao hospital entrevistar pelo menos três vezes por semana até perfazerem pelo menos as 100 mulheres. Para a entrevista, as puérperas eram conduzidas para um ambiente privado para que pudessem estar mais à vontade para responder, sem a presença dos profissionais de saúde que as acompanharam durante o TP. Os dados recolhidos foram introduzidos e analisados na Stata v12, software de estatísticas.
Principais Resultados	Em média, eram realizados três toques vaginais ao longo do TP, porém os números variavam entre a 2 a 6 toques vaginais. Mulheres cujo o parto ocorreu entre as 18h e as 23h59 tiveram uma maior frequência de toques vaginais do que aquelas em que o parto foi entre as 7h e as 17h59. Os autores descrevem que tal pode ser explicado pois ocorrem trocas de profissionais de saúde entre as 18h e as 20h e quando ocorre essa troca, quem entra tende a examinar a mulher. Os que trabalham durante toda a noite e manhã tendem acelerar o processo de TP de modo a reduzir a carga de trabalho e o número de mulheres na sala de partos através de práticas como amniotomia e administração de ocitocina que leva a um aumento do número de toques vaginais. Apesar de as diretrizes dos hospitais peruanos e da OMS recomendarem que o toque vaginal deve ser realizado com o intervalo de quatro horas para avaliar o progresso do TP, existiu uma grande variabilidade entre os hospitais. Esta variabilidade foi explicada tendo em conta os seguintes aspetos: • Alguns profissionais de saúde eram orientados por profissionais de saúde com mais experiência que por vezes não seguiam as recomendações da OMS; • Alguns procedimentos como analgesia intraparto e rotura artificial de membranas eram acompanhados da realização de toque vaginal o que aumentava a sua frequência;

	• Em alguns hospitais, o toque vaginal era realizado por várias pessoas nomeadamente, obstetras, EEESMO e estagiários médicos e enfermeiros a realizar especialidade; • O facto de estarem envolvidos estagiários levava a um maior número de toques vaginais pois quando estes procediam ao toque, na maior parte das vezes, o obstetra ou EEESMO acaba por ter examinar a mulher de forma a “confirmar” o toque vaginal.
Nível de Evidência	Nível VI (Segundo Pompeo e Colaboradores, 2009).

Tabela 3 - Análise do Artigo: Potential excess of vaginal examinations during the management of labor: frequency and associated factors in 13 Peruvian hospitals

Título	<i>Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands</i>
Autor(es)	Klerk, H. et al.
Ano/País	2017, Holanda
Desenho do Estudo	Estudo descritivo.
Objetivo(s)	Investigar as experiências das mulheres com a realização dos toques vaginais durante o TP na Holanda de modo a obter informações sobre até que ponto os toques vaginais são vivenciados negativamente e o que causa essas experiências negativas.
Metodologia	O estudo foi realizado entre o período de abril de 2015 e junho de 2015. Os dados foram recolhidos através de um questionário online que continha perguntas de escolha múltipla e de desenvolvimento. No início do questionário existia uma questão em que a mulher teria que responder se o parto tinha ocorrido há menos ou mais de 6 meses, caso fosse há mais de 6 meses, a mulher era excluída do estudo. Assim sendo, no total responderam 165 mulheres porém tendo em conta o mencionado, foram analisadas as respostas de um total de 159 mulheres. As primeiras questões eram relativas a dados sociodemográficos e antecedentes obstétricos e as restantes eram acerca das experiências das mulheres sobre os toques vaginais realizados no TP (número de toques vaginais, aspetos positivos e negativos do toque, prática dos profissionais). Tendo em conta que o estudo foi online, as mulheres que decidiram responder ao questionário eram de diversas regiões da Holanda. Os dados foram introduzidos e analisados na SPSS, software de estatísticas.
Principais Resultados	As respostas quanto ao número de toques vaginais variou de zero a vinte e cinco toques, dependendo da duração do TP. Em média, as mulheres eram examinadas 4,5 vezes ao longo do TP. 41,7% das mulheres foram examinadas com mais frequência a cada 2 horas.

	35,6% das mulheres relataram experiências negativas aquando do toque vaginal; essas eram relacionadas ao elevado número de profissionais de saúde que as examinavam. 5,4% acrescenta que desconhecia a categoria profissional de quem procedia ao toque vaginal. Algumas das mulheres descreveu o toque vaginal como doloroso, que nem sempre foram tratadas com respeito durante o exame e que por vezes sentiam vergonha. No artigo, os autores citam algumas das respostas mais concretas e que resumem o que maior parte das mulheres sentiram em relação ao toque: “o exame desencadeou um trauma antigo”; “o meu corpo não parecia mais o meu”; “nunca me foi apresentado como uma opção”; “parecia uma violação necessária” e “a quantidade...”. Apesar das diretrizes nacionais, o toque vaginal era realizado com mais frequência do que a cada quatro horas. As mulheres consideram que pode ser aceitável, positivo e motivador serem examinadas durante um TP complicado e que pode ser legítimo realizar com frequência o toque vaginal porém devem ser informadas e devem ser consciencializadas sobre a prática; o exame deve ser realizado com o consentimento da mulher e deve ser realizado pelo menor número possível de profissionais de saúde. Os autores recomendam que os profissionais de saúde devem ter em atenção experiências anteriores relacionadas com exames vaginais e que existem outros métodos menos invasivos para avaliar a progressão do TP como: observação da frequência e duração das CU; aparência e comportamentos da parturiente; observação da linha púrpura e do losango de Michaelis. Tendo em conta o impacto que o toque vaginal pode ter no TP e na mulheres, os autores incentivam a pesquisa e o ensino destas práticas menos invasivas.
Nível de Evidência	Nível VI (Segundo Pompeo e Colaboradores, 2009).

Tabela 4 - Análise do Artigo: Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands

Título	<i>The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences</i>
Autor(es)	Hassan, S. et al.
Ano/País	2012/Israel na Palestina.
Desenho do Estudo	Estudo Exploratório.
Objetivo(s)	Descrever os sentimentos, as opiniões, o conhecimento e as experiências das mulheres palestianas em relação ao toque vaginal.
Metodologia	O estudo foi realizado num Hospital Público Palestino onde ocorrem em média cerca de 4000 nascimentos por ano.

	De um total de 1489 puérperas, foram escolhidas 200 que pariram entre junho e setembro de 2008. Foram escolhidas em dois dias por semana diferentes durante esse período para que os profissionais que as acompanhavam também fossem diferentes. No total foram entrevistadas 176 mulheres. Para o estudo, foi utilizado um questionário semiestruturado em entrevistas presenciais com puérperas. O questionário era dividido em três partes: 1) Dados sociodemográficos das puérperas; 2) Experiências, sentimentos e opiniões das mulheres acerca do toque vaginal; 3) Pontos de vista sobre os cuidados durante o parto. As questões utilizadas no questionário eram de resposta livre. Os dados recolhidos foram introduzidos e analisados na SPSS, software de estatísticas.
Principais Resultados	Os resultados foram apresentados segundo as quatro variáveis descritas abaixo. Relatos das mulheres: • Cerca de 36% das mulheres relatam ter sido tocadas um número “potencialmente alto” de vezes; • Apenas 12% das mulheres descrevem ter sido examinadas por apenas um profissional enquanto que 41% revela ter sido examinada por um número “alto” de profissionais. Sentimentos das mulheres: • Cerca de 359 respostas descrevem sentimentos sobre o toque vaginal: 82% das mulheres relatou dor intensa ou dor; 68% desconforto; 5% referiu constrangimento e 5% sentiam-se protegidas. Opiniões das mulheres: • 94% das mulheres consideram o toque vaginal benéfico, 7% referem que não é necessário e 6% relatam que só deve ser feito quando necessário. • Algumas mulheres relatam abordagens insensíveis dos profissionais. • Algumas revelam meios insuficientes de privacidade e dizem não existir respeito à humanidade e dignidade durante o toque vaginal. Conhecimento sobre o toque vaginal: • Cerca de 281 respostas descrevem o conhecimento das puérperas sobre o toque vaginal: 82% relatam respostas corretas sobre o toque vaginal ao contrário de 3%.

	Permissão para a prática do toque vaginal: • Todas as mulheres relataram declarações usadas pelos profissionais aquando do toque vaginal: 63% instruíam a mulher para a preparação física; 25% informavam sobre o toque; 10% reclamavam sobre o toque e 3% indicava que as mulheres solicitavam o toque. • Maior parte das mulheres descrevem que os profissionais não lhes explicaram algumas estratégias que poderiam utilizar para lidar com o toque da melhor forma possível, como por exemplo “respirar fundo” ou “relaxar o corpo”. Apenas 28% refere ter recebido pelo menos uma informação acerca do procedimento e como podia minimizar o desconforto associado à sua prática. • Em algumas respostas das mulheres nota-se um “estilo” autoritário ou até comando por parte dos profissionais (abra as pernas, deixe-me examiná-la, eu quero examiná-la, prepara-te para o toque vaginal). • Algumas dão exemplos de insensibilidade, falta de respeito pela sua privacidade como mulher (eram examinadas enquanto gritavam, portas abertas e recusavam fechar, as mulheres pediam para as cobrir e os profissionais recusavam, os profissionais gritavam com elas – algumas situações descritas).
Nível de Evidência	Nível VI (Segundo Pompeo e Colaboradores, 2009).

Tabela 5 – Análise do Artigo: The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences

Título	<i>The vaginal examination during labour: is it of benefit or harm?</i>
Autor(es)	Dixon, L. e Foureur, M.
Ano/País	2010/Nova Zelândia.
Desenho do Estudo	Revisão da Literatura.
Objetivo(s)	Discutir os benefícios versus os malefícios da realização do toque vaginal durante o parto.
Metodologia	Este artigo é uma revisão da literatura sobre o toque vaginal onde os autores analisam alguns documentos e fazem uma comparação entre os benefícios e malefícios da prática do toque vaginal.
Principais Resultados	Após a análise dos artigos, os autores fazem a comparação entre os benefícios e os malefícios. Relativamente aos benefícios do toque vaginal: • Fornece uma variedade de informações como apresentação e posição fetal, dilatação, extinção e consistência do colo do útero de modo a entender a progressão do TP. Em relação aos malefícios do toque vaginal:

	• Pode ser desagradável para algumas mulheres devido à natureza íntima do exame; • Pode ser angustiante; • Pode causar ansiedade e ser embaraçoso para a mulher pois até ao momento do parto, a mulher associa a vaginal a uma função sexual e durante o TP pode sentir-se invadida; • Pode causar sentimentos de perda de controlo e tem sequelas psicológicas • Pode causar também ansiedade e embaraço à EEESMO; • Alguns artigos descrevem que as mulheres relatam sentimentos de impotência durante o procedimento, sentem que não lhes foram prestadas informações claras sobre o toque e que o toque é doloroso; • Algumas mulheres descrevem falta de empatia por parte de quem executa o toque; • O toque utilizado como ritual durante o TP; • O toque vaginal é utilizado como forma de controlo e poder por parte do EEESMO ou obstetra; • O toque vaginal pode levar à perda de empoderamento da mulher; o facto de o profissional de saúde confiar na “ciência” em vez de confiar no conhecimento que a mulher tem sobre o seu corpo. • Estudos antigos relatam ocorrência de infeção associada a toques vaginais. Os autores concluem que o toque vaginal é um procedimento invasivo que pode ter consequências psicológicas causando perturbações no ritmo natural do corpo da mulher bem como provocar dor física e outras emoções. O toque vaginal não deve ser uma intervenção rotineira, deve ser executado criteriosamente quando houver necessidade de mais informações que não podem ser obtidas através da observação de elementos externos. Só assim poderá ser uma importante ferramenta de avaliação da progressão do TP.
Nível de Evidência	Nível I (Segundo Pompeo e Colaboradores, 2009).

Tabela 6 – Análise do Artigo: The vaginal examination during labour: is it of benefit or harm?

Título	<i>Effect of Vaginal Examination Frequency Practice during Normal Childbirth on Psychophysical Condition of Women</i>
Autor(es)	El-Moniem, E.; Mohamady, S.
Ano/País	2016/Egipto.
Desenho do Estudo	Estudo Exploratório.
Objetivo(s)	O estudo pretende investigar o efeito da frequência da prática do toque vaginal em relação à condição psicofísica das mulheres egípcias (pretende

	descrever sentimentos, opiniões e queixas físicas da mulher em relação a esta prática).
Metodologia	O estudo foi realizado na <i>Ain Shams Maternity Hospital</i> pois tem protocolo com a <i>Ain Shams University</i> e é um dos principais hospitais que oferece cuidados a grávidas e recém-nascidos na região de Cairo no Egito. O estudo foi realizado durante seis meses (junho a novembro de 2013). Foram escolhidas 84 mulheres tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: primíparas ou multíparas com idade gestacional superior às 37 semanas; mulheres em fase ativa de TP (com 4cm ou mais de dilatação) e grávidas com cardiocografia normal. Os dados foram recolhidos através de um questionário semiestruturado que estava dividido em quatro partes: 1) Dados sociodemográficos da mulher; 2) Características do exame vaginal: frequência, número de profissionais que realizam o exame e pedido de permissão para realização do mesmo; 3) Avaliação dos sentimentos, dor e opinião das mulheres sobre a prática do exame vaginal; 4) Avaliação do conhecimento das mulheres sobre o exame vaginal. Após a recolha destes dados, foi aplicada uma escala (Visual Analogue Scale) para avaliar o grau de dor associado ao exame vaginal.
Principais Resultados	A maioria das mulheres relatou ser examinada um elevado número de vezes, por mais de um profissional e na maior parte das vezes por um do sexo masculino o que lhes causou bastante desconforto. Várias mulheres revelavam ainda que conforme o TP evoluía cada vez mais profissionais diferentes as examinavam. A maioria das mulheres não recebeu informações sobre a realização do toque vaginal; relatam que aquando da sua prática, muitos profissionais não falavam com elas nem antes, durante nem depois do toque. Quase todas as mulheres (97%) relataram sensação de dor, desconforto e constrangimento em relação ao toque vaginal; uma parte delas (44%) refere que sentiu dor intensa aquando a sua realização. No entanto, mais de metade das mulheres (60,7%) descreve o toque como um exame necessário. Quando lhes foram colocadas questões acerca do que sabiam sobre o toque vaginal apenas 4,8% das mulheres conseguiram responder acertadamente.
Nível de Evidência	Nível VI (Segundo Pompeo e Colaboradores, 2009).

Tabela 7 – Análise do Artigo: *Effect of Vaginal Examination Frequency Practice during Normal Childbirth on Psychophysical Condition of Women*

Título	<i>Improving Vaginal Examinations Performed by Midwives</i>
Autor(es)	Muliira, R. et al.
Ano/País	2013/Omã (Arábia Saudita).
Desenho do Estudo	Revisão da Literatura.
Objetivo(s)	O artigo consiste numa revisão da literatura sobre a prática do toque vaginal durante o TP e de que forma este deve ser praticado para ser eficaz.
Metodologia	Após identificação e colocação dos termos de pesquisa nas bases de dados, foram selecionados 6 artigos das bases de dados Medline, Scopus e Cinhal para elaboração da revisão da literatura. Estes 6 artigos eram baseados em estudos primários que abordavam a temática do toque vaginal e que foram publicados entre 2002-2012.
Principais Resultados	Os toques vaginais são realizados com muita frequência e por muitos profissionais de saúde e o principal objetivo é avaliar a progressão do TP; As mulheres associam dor, desconforto, constrangimento ao toque vaginal; referem que as oportunidades para recusar o toque eram mínimas e que não lhes eram fornecidas informações suficientes sobre a sua prática; Algumas mulheres revelavam expressões de dor ou desconforto durante o exame; A frequência de toques vaginais pode sugerir uma desconfiança ou medo na capacidade da mulher parir sem ajuda de um profissional de saúde; A elevada frequência de toques vaginais levanta preocupações em relação ao aumento do risco de infeção como corioamnionite; O toque vaginal pode causar reações negativas na mulher como constrangimento em relação à sua genitália e sentimentos de desamparo, vulnerabilidade, desumanização e violação de privacidade; Algumas mulheres revelam que o toque vaginal é praticado com elevada frequência o que vai contra as diretrizes das instituições e da OMS; A experiência de um toque vaginal difícil pode desencadear transtornos de stress pós traumático na mulher; Algumas mulheres descrevem impotência, falta de informação sobre o procedimento e a sua necessidade, atitudes antipáticas por parte do examinador; falta de pedido de consentimento para a sua prática; sensação de perda de controlo sobre a situação e pelo corpo.
Nível de Evidência	Nível I (Segundo Pompeo e Colaboradores, 2009).

Tabela 8 – Análise do Artigo: *Improving Vaginal Examinations Performed by Midwives*

2.1.5. Interpretação dos resultados

Perante a análise apresentada, os resultados foram similares e existiu consonância entre a maior parte dos artigos. Perante os resultados, é possível dividir os mesmos em três categorias que respondem à nossa questão de partida e são: razões que levam à prática do toque vaginal; alternativas ao toque vaginal e significado do toque vaginal para as mulheres.

Relativamente às razões que levam à prática do toque vaginal, os estudos descrevem que é uma técnica realizada de forma rotineira e com elevada frequência (por vezes de hora a hora ou menos) pelos profissionais de saúde, o que não vai de encontro às recomendações descritas no documento “*WHO recommendations, Intrapartum care for a positive childbirth experience*” da WHO (2018) que recomenda que não havendo nenhuma intercorrência no TP, a avaliação da progressão do TP pode ser feita por toque vaginal de quatro em quatro horas. Um dos artigos justifica que a elevada frequência de toques vaginais pode sugerir uma desconfiança ou medo na capacidade da mulher parir sem ajuda de um profissional de saúde. Maior parte dos artigos revelam que são várias as razões que levam à tomada de decisão do EEESMO para realizar o toque vaginal, nomeadamente, para evitar complicações na evolução do TP, para se tranquilizarem e de certa forma, tranquilizarem as mulheres e os seus acompanhantes e para “controlarem” a forma como o TP pode evoluir, ou seja, de forma impulsiva. Na maioria dos artigos, está descrito que o toque é realizado por várias pessoas (médicos obstetras, EEESMO, estudantes das especialidades tanto médicos como enfermeiros), por vezes profissionais que a grávida não conhece e com quem não tem empatia.

Alguns artigos, apesar de que em minoria, apresentam alternativas para avaliar a progressão do TP tais como: a observação da frequência e duração das contrações uterinas; a interpretação do comportamento e dos sons da parturiente; a observação da linha púrpura e do losango de Michaelis e outros revelam que deviam existir mais estudos que apresentem outros métodos e que revelem a eficácia destes apresentados anteriormente.

Na sua maioria, os resultados descrevem o significado da prática do toque vaginal para as mulheres e é evidente que o toque vaginal é experienciado pelas mesmas de uma forma negativa. Nos estudos realizados, uma percentagem considerável de grávidas revela um elevado leque de sentimentos em relação ao toque vaginal: vergonha, medo, embaraço,

constrangimento, angústia, impotência, vulnerabilidade, violação de privacidade, desumanização e ansiedade. Relatam que o toque vaginal é doloroso ou desconfortável e muito desagradável e que não lhes era apresentado como opção, parecia ser uma prática obrigatória; não tinham poder nem controlo sobre o seu corpo e estão descritas histórias de mulheres que ficaram com sequelas psicológicas. Apesar de considerarem uma prática negativa, algumas grávidas revelam que o toque é necessário pois para além de fornecer informações como apresentação e posição fetal, dilatação, extensão e consistência do colo uterino também permite que o TP não seja prolongado e pode evitar complicações maternas e fetais.

2.1.6. Conclusões

De acordo com a análise, não existem razões específicas para a prática do toque vaginal pois as mesmas devem ser identificadas caso a caso. Não é suficiente dizer às mulheres de que é necessário proceder ao toque vaginal; o profissional de saúde tem que informar a mulher adequadamente e perceber que o toque vaginal deve ser uma necessidade para cuidar da mulher e não uma necessidade para o profissional se sentir seguro nos cuidados à mesma. Apesar de ser uma técnica importante para os profissionais de saúde que cuidam da mulher em TP, se a mulher não se sentir bem com a sua prática e se lhe causar os inúmeros sentimentos negativos relatados anteriormente, o toque vaginal não deve ser efetuado. O EEESMO deve cuidar da mulher, informando-a corretamente sobre benefícios e riscos do toque vaginal para que a mesma seja capaz e possa tomar as suas decisões, garantindo a privacidade, a segurança, o conforto e o respeito, prestando cuidados humanizados e de qualidade para que a mulher possa vivenciar em plenitude o TP e o parto.

Os artigos selecionados surgem de vários cantos do mundo (Reino Unido, Peru, Holanda, Palestina, Nova Zelândia e Egipto), o que leva a crer que independentemente do país, da cultura, religião ou sociedade em que estão inseridas, as mulheres enfrentam desafios semelhantes e é neste contexto que surge o desafio de melhorar a assistência à mulher grávida e à sua família.

Tal como refere a APDMGP (2017), o toque vaginal é um procedimento válido se for praticado consoante as orientações da *WHO* (2018) e desde que a grávida dê o seu consentimento após tomar conhecimento dos seus benefícios e riscos.

Alguns artigos analisados, descrevem que existem outras alternativas menos invasivas para avaliar a progressão do TP, tais como: a observação da frequência e duração das contrações uterinas; a interpretação do comportamento (a sua aparência, as suas condutas, necessidade de puxar) e dos sons da parturiente (respirações “forçadas”, sons intensos); a observação da linha púrpura (aparece nas margens do ânus com o início da fase ativa de TP e vai ascendendo por entre as nádegas até ao nascimento coincidindo com a dilatação completa) e do losango de *Michaelis* (indicativo da dilatação completa em mulheres cuja posição permite uma ligeira deslocação do triângulo formado pelo cóccix, sacro e últimas vértebras lombares) (Ascensão, 2016). Apesar de já existirem vários métodos alternativos ao toque vaginal, estes ainda carecem de estudos que os avaliem e a maioria dos profissionais de saúde ainda se encontram muito “formatados” para intervir ativamente no TP e estes métodos são caracterizados pela observação da fisiologia e do corpo da mulher e não pela intervenção.

3. AUTOCUIDADO NO PÓS-PARTO: UM DESAFIO PARA AJUDAR NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

De acordo com a DGS (2015), o puerpério é o período de recuperação física e psicológica da mãe que começa imediatamente a seguir ao nascimento do RN e se prolonga por seis semanas após o parto (42dias). No período puerperal ocorrem inúmeras transformações, sentimentos e aprendizagens que exigem de nós, como profissionais, ser capazes de adotar estratégias para tornar os pais mais confiantes e capazes de cuidar do seu RN. Assim, de acordo com a OE (2010), uma das competências específicas do EEESMO diz respeito a cuidar da mulher e da sua família durante o período pós-natal de modo a promover a saúde da puérpera e do RN e apoiar o processo de transição e adaptação à parentalidade. Foi neste contexto, que realizámos o Estágio de Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade integrado no curso MESMO, na ESEP, que tem como objetivo “desenvolver e demonstrar competências de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco” (ESEP, 2017).

O desenvolvimento de competências relacionadas com o autocuidado no pós-parto e parentalidade decorreu no período compreendido entre 2 de janeiro e 26 de fevereiro de 2018 (300h de estágio). Este estágio foi realizado no CHVNG/E (Unidade II) no serviço de obstetrícia, na secção de puerpério. Esta secção era constituída por seis salas: cinco com três camas (se o serviço estivesse preenchido, era acrescentada mais uma cama a cada sala) e uma sexta para casos excecionais apenas com duas camas (casos que necessitassem de isolamento). As parturientes eram distribuídas por duas enfermeiras, que ficavam como enfermeiras de referência, nas salas que lhes eram destinadas.

Nestes dois meses de estágio, cuidámos 112 puérperas, das quais 72 eram de baixo risco e 40 de alto risco (mulheres com HTA, pré-eclâmpsia, diabetes, entre outras patologias associadas). Em relação aos recém-nascidos foram cuidados no total 107 sendo que, a 82 não lhes foi identificado qualquer risco aparente e 25 eram de risco (recém-nascidos com infeção,

filhos de mães diabéticas, com baixo peso ao nascer, prematuros, entre outros casos), como se encontra representado na figura 3.

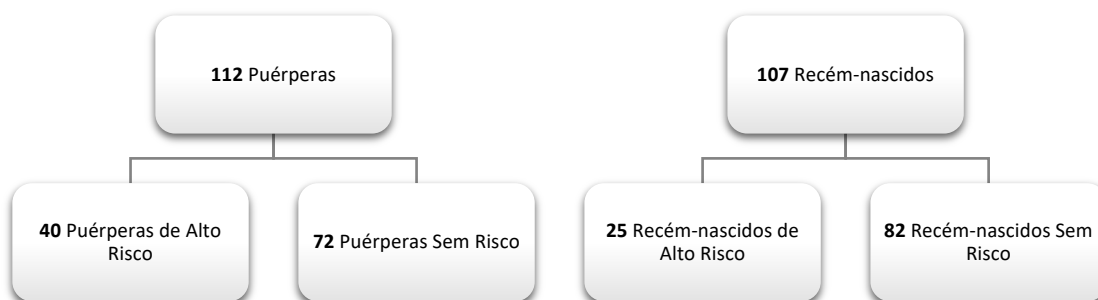


Figura 3 – Nº de puérperas e recém-nascidos cuidados

As puérperas e os RN eram acolhidos no puerpério aproximadamente duas a três horas após o parto, dependendo do seu estado clínico. Antes de chegarem ao serviço, o EEESMO responsável pela mulher e RN no bloco de partos transmitia telefonicamente toda a informação necessária para a continuidade de cuidados. Em relação à puérpera, eram transmitidas informações relativas aos antecedentes pessoais e obstétricos, alergias, medicação domiciliária prévia e medicação administrada durante a permanência no bloco de partos, grupo sanguíneo e fator Rh, dados relativos ao parto (data e hora, presença de ferida cirúrgica e/ou laceração, formação do globo de segurança de pinard, involução uterina, lóquios, etc). Relativamente ao RN, informávamos sobre sexo, peso, complicações peri-parto, tipo de alimentação e horário, eliminação vesical e intestinal. Segundo o protocolo do serviço, que ia de encontro com as normas da OMS (2013), o período de permanência no serviço dependia do tipo de parto: se parto vaginal (eutócico, distócico por ventosa ou fórceps) normalmente o internamento era de 48h, se distócico por cesariana era de 72h. Pelo fato de o internamento ser tão curto, o planeamento da alta começava no momento em que a puérpera e o RN eram admitidos no serviço.

Aquando da chegada ao serviço, procedíamos à nossa apresentação individual e após confirmação da identificação da mulher e do RN (através da verificação dos dados no processo clínico que os acompanhava, verificação da pulseira de identificação de ambos e até mesmo verificação dos dados verbalmente com a puérpera), os mesmos eram acomodados na enfermaria onde iriam permanecer ao longo do internamento; era

apresentado o serviço, as suas rotinas e regras de funcionamento e esclarecidos os horários das visitas. Seguimos Silva (2010) ao referir que o acolhimento se inicia no momento de admissão da mulher e RN no serviço e tem como principais objetivos: transmitir confiança, determinar a relação entre a mulher, o pai e os profissionais de saúde e permitir amenizar medos, ansiedade e insegurança. De forma a estabelecer uma relação de empatia e de confiança com a puérpera e com o seu companheiro (se presente), desde início, identificávamos as necessidades dos mesmos e adaptávamos os cuidados a essas necessidades, disponibilizávamos informação clara e concordante, criávamos momentos para que os pais pudessem comunicar e expor as suas dúvidas e preocupações e demonstrávamos disponibilidade e interesse nas questões colocadas.

Se o nascimento ocorresse durante o dia, a mulher e o RN eram acompanhados pelo pai até ao puerpério e este podia permanecer junto dos mesmos, apenas até horário estipulado (até às 19h) pois, tendo em conta as características físicas do serviço, sendo um espaço exíguo entre as camas, que não permitia qualquer privacidade, o casal era informado que não era permitida a permanência do pai durante a noite. Reconhecemos que a presença deste e a vinculação precoce entre pai e RN são importantes para o desenvolvimento emocional de ambos, o que permite uma melhor transição para a parentalidade (Cunha, 2013). Assim, o facto de o mesmo não permanecer durante a noite poderia dificultar este processo e alguns pais manifestavam desagrado pois consideravam não ter as oportunidades desejadas para prestar cuidados ao seu RN. Porém, por outro lado, notámos que alguns pais até preferiam ausentar-se, principalmente durante a noite, referindo que iam para casa cuidar dos restantes filhos, orientar e organizar assuntos importantes para o regresso a casa, da mulher e do RN e, assim, preferiam dar tempo e espaço para os mesmos descansarem.

Após o acolhimento, já com a mulher e o seu RN na sala e na sua cama, era realizado um exame físico cefalocaudal à puérpera. Para além da avaliação de sinais vitais (TA, FC, temperatura corporal e dor), de modo a perceber o estado hemodinâmico da mesma e ocorrência de potenciais complicações, eram tidos em conta outros pontos, nomeadamente, era observado o estado da mulher (pele e mucosas, mamas, mamilos), avaliação da involução uterina, verificação da ferida cirúrgica (abdominal ou perineal, quando existente), avaliação dos lóquios e do retorno das eliminações urinária e intestinal. Estes aspetos são também descritos pela OE (2015) e serão abordados, mais em pormenor, de seguida.

Como já referido anteriormente, a avaliação dos sinais vitais é importante pois qualquer alteração pode indicar a presença de complicações. No puerpério imediato existe Risco de

Hemorragia (ICN, 2019) e esta pode ser caracterizada por taquicardia, taquipneia e hipotensão (Graça, 2017), daí ser fundamental monitorizarmos TA e FC, de forma regular. A estes sintomas, poderiam estar associados outros, como por exemplo, cefaleias, astenia e sensação de vertigem. No que diz respeito à temperatura corporal, apesar de a mesma se apresentar ligeiramente mais elevada nas primeiras horas pós-parto, se esta for superior a 38°C e persistir durante dois dias, pode indicar Infecção (ICN, 2019) e nesse sentido, avaliávamos a temperatura pelo menos uma vez por turno. Por último, a Dor (ICN, 2019) era uma das nossas prioridades. Avaliávamos a mesma com recurso a uma escala da dor e em todos os turnos e a nossa atuação variava consoante a localização e a intensidade da dor. A maioria das mulheres referiam dor associada à presença de ferida cirúrgica perineal ou abdominal. Perante a dor relativa à ferida perineal, as nossas intervenções foram vigiar a presença de sinais inflamatórios, aconselhávamos a aplicação de gelo, ensinar sobre posicionamentos que evitassem a dor e administrar medicação analgésica prescrita, como uma atividade resultante de prescrição. No que diz respeito à dor na ferida cirúrgica abdominal, para além da analgesia, instruímos sobre a forma como se podiam mobilizar para evitar dor, fazendo também contenção abdominal com a mão, quando deambulavam ou quando procediam ao levantar.

Quanto à pele e às mucosas, estivemos atentas ao sinal de palidez, por este poder estar associado à probabilidade de indicar hemorragia pós-parto (HPP). A HPP é definida como uma perda 500 ml de sangue ou mais, no período de 24 horas após o parto, sendo que é mais grave quando ocorre uma perda de 1000 ml ou mais, dentro do mesmo período de tempo (OMS, 2014). É um acontecimento gerador de importante morbilidade e mortalidade maternas, constituindo uma das principais causas de morte relacionadas com o parto nos países desenvolvidos (OMS, 2014). Pode ser classificada como HPP primária se ocorrer durante as primeiras 24 horas após o parto ou com HPP secundária/tardia se ocorrer entre as 24h e 6 semanas após o parto (Marques e Reynolds, 2011). A identificação, nas mulheres, de fatores predisponentes para situações hemorrágicas e a disponibilidade permanente nos hospitais são os requisitos principais para conferir a máxima segurança na abordagem desta complicação do parto (Graça, 2017). Os mesmos autores referem que a primeira prioridade clínica, quando ocorre HPP, é a identificação da etiologia (atonía uterina, rotura uterina, laceração de vasos, acretismo placentário, entre outras) e a implementação imediata de atitudes terapêuticas mecânicas ou farmacológicas. Cerca de 80% dos casos de HPP são causados por atonia uterina que consiste na incapacidade das fibras do miométrio contraírem ou de se manterem contraídas após a dequitação, resultando numa hemorragia

continua dos vasos (Marques e Reynolds, 2011). De forma a prevenir esta complicação, para além de avaliarmos os sinais vitais (para identificarmos hipotensão, taquicardia e taquipneia) e observarmos a pele e as mucosas (para verificarmos a palidez), também procedíamos à vigilância da involução uterina, observávamos a ferida cirúrgica perineal ou abdominal e verificávamos as características dos lóquios.

A avaliação da involução uterina foi uma das intervenções que realizámos e que é recomendada para prevenir a HPP. A involução uterina inicia-se imediatamente após a dequitação com a contração do músculo liso uterino e corresponde ao retorno do útero ao estado não gravídico (Graça, 2017). Para proceder à sua avaliação, através da palpação, pesquisávamos o fundo uterino com a mão em concha posicionada ligeiramente acima do umbigo explorando em direção à sínfise púbica. Durante este procedimento, explicávamos à puérpera que era expectável que nas 12h após o parto, o útero fosse palpável aproximadamente 1cm acima do umbigo e que fosse involuindo até ao fim do puerpério (entre a quarta e a sexta semana) onde readquiriria o seu tamanho habitual. Para favorecer a involução uterina, aconselhávamos à amamentação frequente, pela estimulação da ocitocina que, por sua vez, favorecia a involução e incentivávamos também, à deambulação precoce (MCEESMO, 2011). Em casos de subinvolução uterina que pode justificar-se por presença de fragmentos placentares ou infeção, efetuávamos uma massagem no fundo do útero, em direção à vagina, de forma a facilitar a expulsão de possíveis coágulos e lóquios de forma mais vigorosa (Freitas et al., 2011).

Posteriormente, avaliávamos os lóquios que correspondem à expulsão vaginal de sangue e de tecido decidual necrótico resultante da ferida placentária e podem ser avaliados tendo em conta várias características nomeadamente, quantidade, cor e cheiro (Freitas et al., 2011). A quantidade de lóquios era variada consoante vários aspetos, por exemplo: se parto por cesariana, os lóquios eram geralmente em menor quantidade; aumentavam quando a mulher deambulava e amamentava e tendiam a ficar retidos na vagina caso a mulher estivesse deitada. Explicávamos à mulher que, nos primeiros dias, os lóquios eram hemáticos sendo que, a partir do terceiro/quarto dia se tornariam com um aspecto mais seroso/acastanhado e após o décimo dia tinham uma coloração amarelada e aspeto mucoide e espesso, tal como descreve Graça (2017). Em relação ao cheiro, referíamos que os lóquios podiam apresentar o cheiro característico do fluxo menstrual normal. De salientar que alertávamos a mulher para que com o passar dos dias, se os lóquios apresentassem cheiro fétido poderia ser indicativo de infeção ou presença de produtos retidos da conceção e que,

nesse sentido, deveria estar atenta a estas alterações, de modo a evitar complicações relacionadas com os lóquios. Recomendávamos, também, a troca constante de penso, a lavagem com água fria ou tépida regularmente, a limpeza no sentido ântero-posterior, a secagem da zona com uma toalha limpa e seca e a deambulação precoce (para auxiliar na eliminação de lóquios) (MCEESMO, 2011).

Tendo em conta que o risco de HPP e de infeção estão diretamente relacionados com as feridas cirúrgicas perineais, procedíamos à sua observação, de forma a vigiar sinais inflamatórios. Para além dos cuidados supracitados relativos à higiene perineal também recomendávamos a lavagem das mãos antes e após os cuidados, alertávamos para possíveis sinais associados a complicações e abordávamos as características dos lóquios (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2012). No caso de parto por cesariana, procedíamos à visualização do penso da ferida abdominal.

Durante o estágio, não contactámos com nenhum caso de HPP ou de infeção puerperal, no entanto, tivemos sempre uma atuação preventiva, tal como foi atrás já referido, de forma a prevenir estas complicações. Desenvolvemos intervenções no domínio do ensinar à puérpera sobre sinais de alerta para que a mesma se sentisse mais tranquila e capaz de identificar qualquer tipo de alteração.

A eliminação urinária foi, também, uma prioridade das nossas intervenções, face ao foco identificado como Risco de Retenção Urinária (ICN, 2019). Pois, pelo parto e pelos efeitos da indução anestésica poderia existir uma diminuição da vontade de urinar devido a traumatismos provocados e, consequentemente, poderia ocorrer um aumento da diaforese, que podia aumentar a suscetibilidade da mulher a infeções urinárias e risco de hemorragia. Segundo a OMS (2013), a mulher deveria urinar entre 6 a 8 horas, após o parto. Caso isso não acontecesse, implementávamos intervenções como: audição da queda da água e colocação de água na zona perineal. Tivemos algumas situações de retenção urinária, em que estas intervenções não foram suficientes e houve a necessidade de recorrer à cateterização por uma sonda de forma intermitente para permitir a drenagem de urina.

Relativamente à eliminação intestinal, nos primeiros dois a três dias após o parto também tivemos em conta o foco de Risco de Obstipação (ICN, 2019), que pode surgir na sequência do efeito hormonal da gravidez, da própria suplementação de ferro na gravidez, da desidratação, de alterações na dieta, do repouso relativo no pós-parto imediato, da presença de dor, das lesões perineais, entre outras causas (César et al., 2011). Antes de implementarmos qualquer intervenção, questionávamos as mulheres sobre o seu padrão intestinal habitual antes da gravidez. Posteriormente, as nossas intervenções consistiam em

aconselhar uma dieta rica em fibras e líquidos, incentivar à deambulação e, administrar laxantes, em último recurso, consoante prescrição médica (Turawa et al., 2014).

Após a avaliação inicial, eram explicados à puérpera os cuidados relativos ao primeiro levante, de acordo com o protocolo do serviço: se parto vaginal com ou sem analgesia epidural era recomendado o repouso no leito 4h após o parto; caso fosse cesariana com analgesia epidural ou geral, o repouso era de 6h. Se cesariana com raquianestesia ou anestesia sequencial, o repouso recomendado era de 12h. Assim, identificávamos o Autocuidado Comprometido e o Conforto Alterado (ICN, 2019) pois a mulher não podia cuidar de si de forma autónoma. Neste sentido, eram realizados cuidados de higiene parciais à mulher enquanto não era realizado o primeiro levante e era garantida a segurança e a privacidade da mulher em todos os cuidados prestados. Neste período, ainda em repouso no leito, incentivávamo-la a mobilizar os membros inferiores para prevenir o risco tromboembólico e também a iniciar dieta e ingestão de líquidos, de acordo com a sua tolerância.

Cumprido o repouso estipulado, procedíamos, ajudávamos e supervisionávamos o primeiro levante: avaliávamos os sinais vitais (TA e FC), a presença de tonturas, de visão turva, de palidez, de sudorese e verificávamos a sensibilidade dos membros inferiores. Na ausência destas alterações, prosseguíamos com o levante, tendo também em consideração a fragilidade da mulher e a possível presença de dor (sendo que era administrada analgesia previamente). Acompanhávamos a mulher nos seus primeiros cuidados, nomeadamente no uso do sanitário e aquando do primeiro banho no chuveiro de forma a nos assegurarmos que a mulher retomava a sua autonomia sem quaisquer intercorrências.

Para além dos aspetos físicos, estivemos atentas ao estado psicológico da puérpera orientando para a necessidade de repouso e estabelecer uma rotina de sono, ao longo do internamento, de modo a que, a puérpera conseguisse descansar o maior tempo possível. Eram várias as estratégias que utilizávamos para promover o sono e o repouso, nomeadamente, proporcionávamos um ambiente calmo e sem ruído; evitávamos fazer barulho enquanto vigiávamos o estado da puérpera quando esta se encontrava a descansar; sempre que possível, alterávamos as rotinas, para não a incomodar se estivesse a dormir; quando era mesmo necessário prestar algum cuidado, tentávamos realizar todos os procedimentos de uma vez para não interromper o repouso várias vezes e sugeríamos ao acompanhador/pai que tentasse limitar e controlar as visitas.

Havia situações em que, com o consentimento da mulher e, muitas vezes, a seu pedido, trazíamos o berço e tomávamos conta do RN, na sala de enfermagem, para que a mesma

pudesse descansar de forma mais tranquila e sem preocupação. Ao longo do estágio, uma das intervenções foi consciencializar as mulheres acerca da importância do repouso, explicando as razões para aproveitar todos os momentos, para descansar, seja de dia ou de noite, para descansar pois, o cansaço e a ansiedade que podiam estar presentes no pós-parto constituem fatores favorecedores de uma má experiência de gravidez e de parto. Além disso, a falta de apoio familiar, antecedentes psiquiátricos, entre outros motivos, podem desencadear transformações psicológicas consideradas adaptativas.

Ao longo do nosso percurso, neste módulo de estágio, tivemos a oportunidade de verificar algumas condições sociais maternas, sobretudo em situações onde se evidenciavam dificuldades em realizar um ajuste saudável à maternidade.

Uma das nossas preocupações foi avaliar as necessidades psicossociais da mulher, para oferecer o apoio emocional que estivesse ao nosso alcance, ou resolver problemas de saúde mental que fossem da nossa competência. Nesta perspetiva, sempre que possível, incentivávamos a presença e o envolvimento da família, assumindo que faz parte das nossas competências: identificar precocemente situações de risco na área de saúde mental e orientar/referenciar para outros profissionais especializados. Também no domínio da saúde mental, sempre que a situação exigia suporte ou referência para outros profissionais.

Neste contexto, ainda desenvolvemos intervenções no domínio do ensinar e instruir as mulheres e os seus familiares, no sentido de serem capacitados para identificar os sinais de risco como medidas de prevenção.

O bem-estar do RN foi um dos nossos focos de atenção. Após a entrada no serviço de puerpério, procedíamos à confirmação dos dados inscritos na pulseira de identificação que era colocada na sala de partos; número do processo, data e hora de nascimento e nome da mãe. Após esta leitura, colocávamos uma pulseira eletrónica, num dos membros inferiores do RN. Posteriormente, procedíamos a uma avaliação física cefalocaudal do RN onde verificávamos a respiração, a coloração da pele e das mucosas, o coto umbilical, os genitais, a eliminação urinária e intestinal e visualizávamos a presença de reflexos primitivos.

A avaliação física era feita, também, todas as manhãs, em colaboração com os pediatras. Esta consistia na procura da existência de malformações congénitas, possíveis traumatismos do parto e sinais de infeção; eram, ainda, avaliados parâmetros como peso, comprimento, o estado do coto umbilical e da pele, reflexos, eliminação urinária e intestinal. Aquando desta avaliação, aproveitávamos para informar os pais sobre algumas das características normais do RN e quais os aspetos que deveriam reconhecer que poderiam indicar alguma anormalidade.

As nossas intervenções, durante este período, inerentes ao cuidar do RN, incidiram, maioritariamente no ensinar, treinar e capacitar os pais para desenvolverem habilidades que lhe possibilitem adquirir independência nos cuidados ao RN. Assim, um dos nossos focos de atenção foi relativo ao Papel Parental (ICN, 2019). Percebemos que os conhecimentos, capacidades e expectativas eram diferentes de casal para casal e, assim sendo, adaptávamos as intervenções a cada situação: questionávamos se era o primeiro filho, se contactavam habitualmente com bebés, se realizaram sessões de preparação para a parentalidade e tentávamos perceber em que procedimentos tinham mais dificuldades e receios. No serviço, percebemos que os aspetos em que os pais manifestavam mais dificuldades, dúvidas e receios eram em relação ao banho, aos cuidados ao coto umbilical e aspetos relacionados com a eliminação vesical e intestinal, nomeadamente, características e troca da fralda. Estes aspetos foram tidos em consideração ao longo do nosso percurso formativo e desenvolvemos estratégias para ensinar e instruir os pais a lidar com estas dificuldades.

O primeiro banho era executado normalmente na nossa presença, com a mãe e na presença de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP). O banho era dado no dia posterior ao nascimento do RN, no turno da manhã. Esta prática ia de encontro ao que a *WHO* (2018) recomenda, em que o primeiro banho deve ser dado, no mínimo, após seis horas após o nascimento. O ensino sobre o banho era efetuado, pelo menos, duas vezes, tendo em conta os dias de internamento.

No primeiro dia, a mãe observava o procedimento, eram explicados os fatores a ter em conta para dar banho ao RN em casa, como por exemplo, a puérpera deveria estar atenta à temperatura do local onde iria dar o banho e que esse local deveria ser longe de janelas ou de locais onde poderiam existir correntes de ar, deveria reunir todo o material necessário para o banho colocando o mesmo por ordem de utilização de modo a evitar que o bebé ficasse sozinho ou que ficasse despido e exposto ao frio.

Efetuvávamos ensinamentos relativamente ao modo como a mãe deveria posicionar e pegar no RN, ao tempo do banho, à preparação da água para o banho, em que altura do dia seria mais aconselhado, que produtos de higiene utilizar e por que ordem devia ser dado o banho. No segundo dia, incentivávamos a mãe a dar o banho sozinha apenas com a nossa supervisão de modo a que, pudessemos identificar quais as suas dificuldades e dúvidas, sendo que a maioria das mães mantinham dúvidas relativamente à forma como deveriam posicionar e mobilizar o RN durante o banho. Apesar de a DGS (2019) recomendar que o banho, inicialmente, deve ser dado em dias alternados, a falta de apoio no domicílio, o facto de o internamento ser tão curto e de existirem poucas oportunidades de aprendizagem levavam

a dois dias consecutivos para o ensino do banho e considerávamos essa prática benéfica e apreciada pelas mães.

No entanto, surgiram alguns constrangimentos, que procurámos superar. Um deles esteve relacionado com a ausência do pai aquando do ensino do banho pois, como já referido, este era dado no período da manhã e o pai não podia assistir porque não era permitida a sua entrada no serviço. Porém, foram desenvolvidas estratégias para colmatar esse facto: durante o período da tarde, quando oportuno, exemplificávamos o procedimento na enfermaria e relatávamos novamente os fatores a ter em conta aquando do banho para que, o pai pudesse esclarecer as suas dúvidas e estar mais envolvido nos cuidados ao seu RN. Outro aspeto deve-se ao facto de que, como só havia um local no serviço para se realizar o banho, por vezes, esse local encontrava-se bastante movimentado e repleto de pessoas desde outras mães e os seus recém-nascidos, vários profissionais de saúde e isso poderia dificultar a maneira e o tempo em que os ensinamentos do banho eram executados. A relação de ajuda na prestação de cuidados à puérpera e ao RN é um fator positivo para o ajustamento materno no pós-parto, porém, a rapidez na exemplificação dos cuidados prestados ao RN e a falta de tempo e disponibilidade podem dificultar esse ajustamento.

Outra dificuldade referida pelos pais esteve relacionada com os cuidados ao coto umbilical. Os pais demonstravam receio em manipular o coto umbilical, tinham receio que magoasse o RN e não sabiam bem em que momentos deveriam executar os cuidados ao coto, de que forma e em que altura é que este iria cair. Competia-nos tranquilizar os pais, informá-los devidamente, exemplificar os cuidados ao coto e proporcionar momentos para que os pais executassem esse cuidado. Explicávamos que a desinfecção do coto umbilical deveria ser feita quando o RN estivesse seco (no caso de ser após o banho), com a fralda colocada e quase totalmente vestido, no sentido de evitar a perda de calor. Instruíamos os casais sobre a variação das características do coto ao longo do processo de mumificação, quando é expectável que ocorra a queda do coto, a frequência e o material utilizado para a limpeza e quais os sinais que podem indicar infeção.

A vigilância constante ao longo do internamento estava relacionada com as micções e dejeções do RN e com a troca da fralda. Muitos pais manifestavam dificuldades neste tema relacionadas com as características normais das micções e dejeções do RN, não sabiam qual seria a melhor altura para mudar a fralda nem sabiam como agir para evitar que o RN desenvolvesse eritema da fralda. Neste sentido, tivemos que estar atentos a estas dificuldades e tentámos proporcionar aos pais, momentos de conhecimento e aprendizagem de habilidades. Sendo dos elementos mais próximos, apoiámos os pais e capacitámos para

melhor empreenderem o seu papel, transmitindo conhecimentos e certificando-nos que os pais os adquiriam e consolidavam. Assim sendo, questionávamos os pais acerca da experiência que tinham em trocar a fralda a recém-nascidos. Caso os pais não soubessem, exemplificávamos e explicávamos o procedimento e posteriormente, observávamos os pais a executá-lo e referíamos os aspetos que poderiam melhorar. Caso os pais tivessem prática, apenas observávamos um momento em que os pais trocassem a fralda ao seu RN e verificávamos se o procedimento era executado corretamente consoante as recomendações mais atuais. Os ensinamentos incidiam no uso de compressas embebidas em água em substituição aos toalhetes húmidos, à forma como procediam à limpeza (diferença entre recém-nascidos do sexo masculino e feminino), instruíamos para o evitar por rotina os cremes barreira e esclarecíamos sobre as características normais das micções e das dejeções, tendo em conta a ingestão nutricional do RN.

A amamentação foi um dos nossos focos de atenção ao longo do estágio, que segundo a ICN (2019), se define como “Padrão Alimentar ou Ingestão de Líquidos: alimentar a criança oferecendo leite materno”. A OMS (2019) recomenda a amamentação exclusiva até pelo menos 6 meses de vida pois apresenta inúmeras vantagens, tais como, vantagens nutricionais (composição adequada, melhor digestibilidade e melhor biodisponibilidade dos nutrientes, incluindo cálcio e fósforo, comparativamente ao leite de outras espécies animais); apresenta substâncias protetoras e imunomoduladoras, que promovem um melhor desenvolvimento cognitivo, menor incidência e/ou gravidade de infeções de foro gastrointestinal, respiratório e urinário, assim como uma melhor resposta à vacinação; pode conferir proteção a algumas alergias, como por exemplo, a dermatite atópica, a asma brônquica e a alergia às proteínas do leite de vaca; constitui um ato de comunicação entre mãe e bebé, conferindo-lhe uma maior estabilidade emocional; contribui para a involução uterina, reduzindo assim o risco de hemorragia; contribui para a menor incidência de algumas patologias como cancro da mama e ovário, osteoporose, diabetes mellitus tipo 2 e artrite reumatoide; contribui para uma menor incidência de depressão pós-parto pois estabelece-se uma ligação emocional entre mãe e filho aumentando a confiança e o bem-estar da mulher; o aleitamento materno permite poupar tempo e recursos, é barato, prático conveniente, não implicando a necessidade de preparação, aquecimento ou esterilização de biberões, sendo também amigo do ambiente (Levy e Bértolo, 2012).

Apesar dos benefícios, o certo é que cada mulher tem o direito de escolher se quer ou não amamentar e por quanto tempo o quer fazer. Aquando do acolhimento, questionávamos a

mulher sobre a sua vontade/desejo para amamentar. Caso a resposta fosse negativa, tentávamos perceber quais os motivos, se existiam experiências anteriores e como tinham sido, que tipo de conhecimentos tinham acerca do tema, entre outras questões. Se mesmo assim, a puérpera se mostrasse irredutível para não amamentar, identificávamos o diagnóstico de Lactação Interrompida (ICN, 2019). Perante esta situação, comunicávamos ao médico e iniciava-se o processo de inibição da produção láctea. Não culpabilizávamos a mulher por não querer amamentar, respeitávamos a sua escolha e abordávamos os cuidados relativos à alimentação com leite artificial (Levy e Bértolo, 2012).

Quando a mulher queria amamentar, presenciávamos as primeiras vezes em que amamentava o RN, de modo a avaliarmos os seus conhecimentos e habilidades. É de salientar que, amamentar é um processo que exige aprendizagem e prática e nem sempre é fácil desde início. Popularmente, é muito incutida a ideia de que é um processo fisiológico e que todos os bebés se adaptam facilmente, porém nem sempre é assim. É um tema que gera muitas opiniões, podem surgir muitas dúvidas e dificuldades que podem desencadear insegurança na capacidade de amamentar da puérpera e isso pode prejudicar todo o processo de amamentação. As nossas intervenções incidiram no ensino sobre o mecanismo de produção e ejeção de leite, sinais de fome e saciedade, sinais de boa pega, frequência e duração das mamadas, formas de estimular o RN, estratégias para evitar complicações, cuidados com as mamas e mamilos, colocação do RN a eructar, posicionamento da mãe e RN durante a amamentação entre outras, tendo em conta as dúvidas e dificuldades que as puérperas referiam e demonstravam. Segundo a DGS (2015), percebemos que o nosso modo de atuação poderia influenciar a experiência e todo o processo e, neste sentido, tentámos não substituir a mãe não sendo demasiado interventivas, no entanto, talvez por falta de tempo e conhecimentos na altura, acabávamos por, algumas vezes, intervir mas logo percebemos que, resolvíamos o problema naquele momento mas isso não tornava as mulheres autónomas e conscientes das suas capacidades. Assim sendo, tentámos promover ao máximo a autonomia na mulher, apoiámos, reconhecemos e informámos, de forma clara e correta para que as mulheres, no domicílio, fossem capazes de gerir e resolver todas as situações que iam surgindo.

A amamentação foi um dos nossos maiores focos de atenção e também um dos nossos maiores desafios. Segundo a OE (2010), devemos conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e ainda, conceber, planear, implementar e avaliar medidas corretivas ao processo de aleitamento materno.

Assim sendo, respeitámos a decisão da mulher relativamente amamentação, íamos de encontro às suas expetativas, fornecíamos informação correta e clara, apoiávamos na tomada de decisão, proporcionávamos um ambiente tranquilo e observávamos as capacidades da mãe sem interferir; só assim pudemos garantir que o sucesso na amamentação.

As mulheres manifestavam muitas dúvidas e preocupações e por vezes, a falta de tempo e de disponibilidade no serviço, o facto de o tempo de internamento ser tão curto e por vezes, a falta de conhecimento não permitia responder a todas essas questões. Tivemos a necessidade de explorar e aprofundar cada vez mais os conhecimentos acerca da amamentação pois, este é um tema extenso e em constante atualização, daí a necessidade contínua de formação. Através da visualização da forma como procediam os EEESMO do serviço relativamente às diferentes situações e através de pesquisa e leitura aprofundada, conseguimos atingir os objetivos relacionados não só com a amamentação mas com todos os aspetos mencionados.

A alta era preparada desde o momento em que a puérpera e o RN davam entrada no serviço. Ao longo do internamento, eram abordados vários aspetos/cuidados à puérpera, tais como, cuidados com a ferida perineal ou com a ferida cirúrgica abdominal, controlo da dor, continuação da vigilância após a alta (consulta de vigilância do puerpério), reinício da atividade sexual e contraceção, sinais de alerta (tanto físicos como emocionais). Estes cuidados eram reforçados na enfermaria no dia da alta. Normalmente, aproveitávamos o momento em que o pai ou convivente significativo já estivesse presente para que estes pudessem expor também as suas dúvidas.

Eram vários os cuidados com a ferida perineal que eram reforçados neste momento, nomeadamente: realização de lavagem com água seguida de secagem sempre após micções e defeções; troca do penso higiénico a cada 4 a 6 horas de acordo com a quantidade de lóquios; cuidados ao sentar (se existir dor ou pressão, sentar-se numa toalha dobrada ou usar uma almofada redonda tipo “donut”) (MCEESMO, 2011 cita University Wisconsin, 2009). Informávamos a mulher sobre os métodos eficazes de alívio da dor perineal tais como aplicação de gelo, devidamente protegido, durante alguns minutos e várias vezes por dia e administração de analgesia se necessário.

Em relação à ferida cirúrgica abdominal, muitas puérperas questionavam a necessidade da utilização de cinta pós-parto. Efetivamente este é um tema controverso na literatura. Por um lado, a evidência científica afirma que a utilização de cinta não é adjuvante da involução uterina e mesmo no que concerne à recuperação fisiológica da musculatura esquelética e

abdomino-pélvica, poderá não ser facilitadora se utilizada constantemente e por um período longo de tempo (OE, 2009). Por outro lado, os mesmos autores descrevem que a presença de dor e desconforto associada à mobilização da mulher nos primeiros dias após o parto podem constituir indicação para utilização de cinta por um período transitório especialmente em puérperas submetidas a parto por cesariana. Em estágio, tivemos o cuidado de informar a mulher sobre as vantagens e desvantagens associadas ao uso de cinta (caso a mulher se sinta confortável e caso o trânsito intestinal esteja estabelecido), avaliar a dor e desconforto associados à mobilização e promover a adoção de medidas promotoras de conforto (OE, 2009). Para além da cinta, aquando do momento da alta, informávamos sobre os cuidados a ter com o penso e em que situações e quando deveriam dirigir-se ao centro de saúde para execução de tratamento à ferida cirúrgica e para posterior remoção de pontos/agrafos.

Aquando da entrega dos papéis da alta (carta médica e de enfermagem), informávamos a puérpera de que deveria agendar no centro de saúde a consulta de revisão do puerpério por volta das seis semanas após o parto, a não ser em caso de a gravidez ter sido de alto risco, em que a consulta era agendada para o hospital e essa marcação já era entregue juntamente aos restantes papéis da alta.

Outros dos nossos focos esteve relacionado com a sexualidade no período puerperal tendo em conta a importância que esta tem na vida afetiva e sexual da mulher e do casal (DGS, 2015). Devido às alterações hormonais, aos distúrbios emocionais, à baixa autoestima, à amamentação, às alterações físicas, à dispareunia e às exigências como mãe, o interesse da mulher pelas relações sexuais pode modificar-se depois do parto (DGS, 2015). Algumas puérperas evitavam expor as suas dúvidas acerca do reinício da atividade sexual e contraceção. Quando isso acontecia, tínhamos o cuidado de expor o assunto num ambiente isolado de outras pessoas e em momentos em que a puérpera se encontrava tranquila e disponível. Era explicado que esse assunto deveria ser dialogado com o companheiro onde a mulher devia partilhar os seus sentimentos e receios. Não existe um “timing” exato para o reinício da atividade sexual, esta deve acontecer quando a mulher se sentir confortável e preparada, sem dor associada à ferida cirúrgica perineal ou abdominal, sem presença de perda sanguínea e se preferir poderia esperar pela consulta de revisão do puerpério para certificar-se que tudo decorria dentro da normalidade.

No momento da alta, eram inumerados alguns dos sinais de alerta para recorrer ao serviço de urgência nomeadamente, febre, lóquios com coágulos ou cheiro fétido, perda hemática abundante, mamas tensas e ruborizadas, com dor e febre associadas, perda de apetite, mal estar generalizado, astenia e dor abdominal intensa e persistente, entre outros (Graça,

2017). A puérpera era alertada sobre a subida de leite que habitualmente ocorre entre o terceiro e quarto dia após o parto, já no domicílio, quando não possuem ajuda nem apoio especializado. A mulher deve saber adotar estratégias caso o bebé não consiga dar resposta para esvaziar suficientemente a mama, de modo a evitar possíveis complicações. No decorrer do estágio tivemos oportunidade de lidar com alguns casos de puérperas que após três ou quatro dias após a alta, recorriam ao serviço de urgência por mamas tensas, com dor e febre associadas e eram encaminhadas para o serviço de puerpério para resolução da situação e para reforço dos ensinamentos relacionados com a amamentação e com os cuidados a ter com as mamas. Muitas mulheres manifestavam que apesar de lhes ter sido abordado o assunto aquando a alta, não tinham a perceção de como era difícil gerir a situação e que, por vezes, se sentiam sozinhas e tão exaustas pois não tinham as enfermeiras sempre presentes como no internamento para ajudar e apoiar.

O momento da alta simboliza uma nova fase repleta de inseguranças e dúvidas e por mais capacitados que os pais estejam, a partir desse momento, estarão sozinhos para cuidar do seu filho e desempenhar o papel parental (Roque e Costa, 2014). Durante o internamento, devemos conferir autonomia aos pais nos cuidados ao RN, de modo a reduzir a ansiedade e a melhorar a autoconfiança; temos que prepará-los para a alta através dos ensinamentos, num processo contínuo de educação para a saúde que se inicia desde o momento em que a puérpera e o RN são acolhidos no serviço de puerpério (Roque e Costa, 2014). Tal como já referido ao longo do capítulo, os pais devem participar nos cuidados ao seu RN e essa participação deve ser gradual, através de ensinamentos e supervisão promovidos pelos profissionais de saúde e devem ser adaptados às dúvidas e dificuldades manifestadas pelos pais.

Para além dos cuidados físicos ao RN mencionados ao longo do capítulo como o banho, os cuidados ao coto umbilical, a troca da fralda, entre outros; incidimos os nossos ensinamentos em alguns dos primeiros cuidados de vigilância da saúde do RN nomeadamente, a realização do diagnóstico precoce, vacinação, rastreio auditivo neonatal e rastreio das cardiopatias congénitas. Abordávamos os sinais de alerta no RN para recorrer ao serviço de urgência e as precauções de segurança e transporte do RN na babycoque e no automóvel. Explicávamos que o diagnóstico precoce era realizado entre o terceiro e o sexto dia de vida no centro de saúde da área de residência e que deveriam contactar o mesmo para agendamento de visita; caso o internamento da puérpera ou RN se prolongasse, o diagnóstico era feito ainda no serviço. Habitualmente nos turnos da tarde, eram realizadas algumas rotinas como vacinação, rastreio auditivo neonatal e rastreio das cardiopatias congénitas.

Em todas as oportunidades eram reforçados os sinais de alerta no RN para recorrer ao serviço de urgência, as próprias mães questionavam sobre os mesmos, nomeadamente, pele com coloração amarela aumentada, recusa alimentar e/ou vômitos recorrentes, febre, obstrução nasal/dificuldade respiratória e sinais de infeção do coto umbilical, prostração, irritabilidade, entre outros. Houve alguns casos de recém-nascidos com menos de 28 dias que deram entrada no serviço de puerpério por icterícia neonatal para realização de fototerapia. Apesar da preocupação manifestada pelas mães pelo estado do seu filho, sentiam-se mais tranquilas pois já conheciam os profissionais de saúde e podiam permanecer 24 horas junto ao RN.

O último tema abordado no dia da alta estava relacionado com as precauções de segurança e transporte do RN na babycoque e no automóvel. O serviço criou uma cadeira similar à do automóvel para que pudéssemos exemplificar a colocação do RN na babycoque e como deveria ir corretamente no automóvel, segundo as recomendações da Associação Portuguesa de Segurança Infantil (2011); certificávamo-nos que a babycoque estava adequada e que cumpria todas as normas e os pais ausentavam-se do serviço seguros e tranquilos pois, tudo tinha sido verificado e todas as dúvidas tinham sido esclarecidas.

A mulher ajusta-se ao seu novo papel de mãe e tem que se adaptar ao seu filho e este adapta-se à vida extrauterina. Deste modo, temos um papel importante relativamente ao apoio que é dado à mulher e à sua família nesta fase pois podemos prevenir os possíveis desajustes a nível familiar e promover a saúde e o bem-estar da mesma (OE, 2015). Este processo de adaptação torna-se mais complicado, quando por algum motivo, o RN é transferido para o serviço de neonatologia.

Neste estágio, foi possível experienciar vários casos de puérperas, mães de gémeos, com baixo peso ao nascer que foram transferidos para o serviço de neonatologia imediatamente após o parto. O internamento dos recém-nascidos neste serviço foi extremamente doloroso e difícil para estas mães e pais e foi marcado por sentimentos como medo, culpa, impotência, stress e ansiedade. Nestas situações, o processo de vinculação e adaptação entre pais e RN era interrompido fazendo emergir sentimentos de tensão entre o desejo de contacto e aproximação ao bebé e a dificuldade em olhar para o mesmo, aquele ser tão pequeno e vulnerável, rodeado de aparelhos. É importante não esquecer que para além dos sentimentos identificados estão associados o cansaço e a dor decorrentes do parto e dificuldades em repousar e alimentar-se. O facto de obterem informação relativa ao estado clínico dos recém-nascidos, de sentirem que estes eram devidamente acompanhados pelos profissionais de saúde, de certa forma, tranquilizava estes pais. No serviço de puerpério, por vezes é um desafio lidar com estas situações, porém desenvolvemos estratégias para cuidar

destes pais, nomeadamente, incentivámos os pais a permanecerem junto dos seus filhos, escutámos e respondíamos às dúvidas com informações claras e objetivas, apoiámos e tínhamos em consideração a dor (era administrada analgesia a horas fixas) e o cansaço (se possível estas puérperas eram alocadas a uma enfermaria sem a presença de outros bebés para que pudessem descansar). De modo a facilitar a ida à neonatologia, tínhamos o cuidado de levar estas puérperas para serem avaliadas em primeiro lugar pela equipa médica para que pudessem ausentar-se do serviço o mais cedo possível, até porque maior parte delas amamentavam os seus recém-nascidos. Tendo em conta as características físicas do serviço e a sua própria gestão, independentemente da situação, os recém-nascidos não poderiam permanecer junto das mães, porém aplicámos as estratégias descritas para colmatar essa dificuldade.

Refletindo sobre este módulo de estágio, compreendemos o quão fundamental é o nosso papel nos cuidados especializados à mãe, pai, RN e família. As nossas principais intervenções incidem no cuidar da mulher para que esta se adapte às alterações físicas, psicológicas, sociais e culturais que a maternidade envolve; cuidar do RN para que este se adapte da melhor forma à vida extrauterina; cuidar do pai e no envolvimento do mesmo em todo o processo de parentalidade e no apoiar e cuidar da família na aquisição de conhecimentos e habilidades para cuidarem do seu filho com sabedoria e autonomia.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Após a descrição sobre as atividades desenvolvidas neste relatório de estágio de natureza profissional, fazemos agora uma breve reflexão sobre como todo o processo formativo se desenrolou. Os objetivos a que nos propusemos foram atingidos pois, desenvolvemos e adquirimos as competências técnico-científicas e culturais, inerentes às diversas áreas de atuação do EEESMO.

De uma forma mais precisa, este estágio permitiu o desenvolvimento de competências nas áreas da gravidez com complicações, do TP e parto e do autocuidado no pós-parto e parentalidade em que, procurámos proporcionar o bem-estar materno e fetal através da personalização dos cuidados, do reconhecimento pelos direitos da mulher na gravidez e no parto, do acompanhamento contínuo, ao desenvolver estratégias para assegurar o conforto, a privacidade e a segurança, sempre na procura da evidência científica que suportasse a nossa prática.

Para desenvolvermos e adquirirmos as competências na área da saúde materna e obstétrica, a nossa atuação pautou-se, ainda, por ter sempre por base o regulamento de competências e os padrões de qualidade dos cuidados especializados, preconizados pela OE. Cumprimos, também, as exigências expressas na Lei n.º 26/2017 de 30 de maio, que transpõe para o direito interno português, a Diretiva 2013/55/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de novembro de 2013, que altera a Diretiva 2005/36/CE, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Esta define que o futuro EEESMO deve realizar no mínimo 100 exames pré-natais; prestar cuidados a 100 grávidas; vigiar e prestar cuidados a pelo menos 40 parturientes de alto risco e sem risco; realizar no mínimo 40 partos eutócicos; assistir em partos distócicos por ventosa ou fórceps; participar em partos de apresentação pélvica ou situação de simulação prática em contexto de aula na ESEP; prestar cuidados a no mínimo 100 puérperas e no mínimo 100 recém-nascidos saudáveis e prestar cuidados a puérperas e recém-nascidos com patologia. Todas as competências foram atingidas com sucesso, no que diz respeito a números e encontram-se descritas detalhadamente em cada capítulo que constitui este relatório.

De acordo com a ordem cronológica em que decorreram os diferentes módulos de estágio, desenvolvemos competências no âmbito da gravidez com complicações, seguidamente no âmbito do puerpério e, por último, no âmbito do TP e parto, de acordo com o respetivo plano de estágio estabelecido para cada módulo, que faz parte integrante do estágio de natureza profissional. Relativamente ao módulo da gravidez com complicações, um dos maiores desafios foi o confronto perante realidades em que se afigurava o processo de maternidade comprometido, onde a esperança era fortemente abalada. Situações essas que nos levaram a refletir como poderíamos lidar com as mesmas que, para além de exigirem cuidados especializados e habilidades específicas, exigiam um enorme autocontrolo das emoções para dar resposta com cuidados de qualidade, à mulher e à sua família. Apesar da imensidão de sentimentos que nos assolaram no início, percebemos que minimizar o sofrimento, a ansiedade, o stress e o medo e promover a esperança, foram as nossas maiores prioridades, numa gravidez com complicações.

Foi nesta perspetiva que adquirimos as competências nessas vertentes, para lidar com todo o tipo de situações e foi muito gratificante constatar que, algumas mulheres e famílias que acompanhamos nestes meses de estágio, nos continuaram a procurar para partilhar as suas vivências e para nos mostrar como ultrapassaram todas as dificuldades e demonstrar o quão são felizes com o seu filho, atualmente.

No que concerne ao módulo do puerpério, apoiar na amamentação tornou-se um dos maiores desafios tendo em conta as dificuldades, dúvidas e, por vezes, mitos e crenças verbalizados pela mulher que dificultavam a adesão às orientações do instruir sobre técnicas e/ou ensinamentos. Ao longo do percurso, para ultrapassar todas as dificuldades apresentadas, desmitificar os mitos e dissipar as dúvidas e para que pudéssemos justificar a nossa tomada de decisão, tivemos uma necessidade constante de procurar e adquirir conhecimentos e habilidades, não só através da partilha de experiências e conhecimentos dos elementos da equipa e com a nossa tutora, mas também, através da leitura contínua e busca da evidência científica mais atual nas bases de dados. Esta foi uma postura que foi adotada em todos os módulos.

Por fim, o módulo de estágio do TP e parto tornou-se um dos mais desafiantes e, por vezes, um dos módulos mais difíceis tendo em conta as inúmeras técnicas complexas que envolvem o TP e parto e a responsabilidade e a habilidade que as mesmas exigem.

De referir que, este módulo, numa perspetiva de análise, foi aquele que constituiu maiores ameaças não só pelo facto de termos a exigência em atingir o número mínimo de 90

experiências preconizadas pela Diretiva 2013/55/UE, tendo em conta que existiam mais estudantes em formação académica de outras organizações de ensino com objetivos similares, face a um escasso número de partos, mas sobretudo porque foi neste módulo que atingimos competências e habilidades que exigiram perícia e muitos conhecimentos. Porém, as maiores oportunidades foi termos uma tutora, que nos acompanhou neste percurso formativo, experiente e competente, muito proactiva e muito respeitada pela equipa, que pela sua forma de ser nos ajudou a ultrapassar as dificuldades e a adquirir as competências de uma forma mais motivada e, também a atingirmos os 40 partos.

A realização de todos e de cada um constituíram experiências únicas e marcantes. Em todos prestámos cuidados tendo em conta a singularidade da mulher e de cada família. Apesar de algumas práticas rotineiras instituídas no serviço que, por vezes, não iam de encontro às expectativas e desejos de cada mulher/casal, tentámos adotar estratégias de negociação, tanto com a equipa do serviço como com o casal, de forma a ultrapassar essas dificuldades e ir de encontro às expectativas e necessidades da mulher e da sua família.

Foi neste contexto de estágio de TP e parto que identificámos a problemática relacionada com a prática do toque vaginal que nos motivou a problematizar esta prática sob a realização de uma revisão integrativa da literatura. Este estudo revelou-se como uma mais-valia, na aquisição de competências na área da investigação e da pesquisa e esta foi uma das maiores dificuldades: saber procurar, escolher a melhor evidência e como analisá-la. Mas, com empenho e motivação, essa dificuldade foi ultrapassada. Permitiu ainda, não só refletir sobre a necessidade de mudar a prática do toque vaginal, muitas vezes realizado de forma impulsiva e por rotina, como também em alterar comportamentos e atitudes aquando da sua realização.

Resumidamente, a elaboração deste relatório permitiu-nos fazer uma reflexão crítica e pormenorizada sobre as práticas desenvolvidas, ao longo de um ano, cujas atividades desenvolvidas nestas áreas dos diferentes módulos permitiram a aquisição e consolidação de conhecimentos e habilidades para atingir as competências.

Apesar de todos os obstáculos e de todos os desafios que se colocaram, podemos afirmar que todos foram superados. Prestámos cuidados especializados que foram significativos para as mulheres e para a sua família. Sentimo-nos realizadas, felizes e gratas por todas as experiências que vivenciamos e todas as dificuldades sentidas passaram agora a ser irrelevantes pois, o nosso maior sonho, o de ser EEESMO está mais próximo de ser concretizado e finalmente vir a ser uma realidade!

CONCLUSÃO

Após a descrição a análise das atividades e das competências adquiridas ao longo do estágio profissional, importa realçar que neste relatório estão descritas as situações que foram mais significativas e que permitiram tomar consciência das necessidades de aprendizagem e da reflexão sobre os nossos modos de atuação, pois, seria difícil, descrever todas as experiências e vivências, deste percurso formativo, repleto de emoções e sentimentos, tantas vezes ambíguos. Procurámos, assim, descrever as experiências que permitiram maior reflexão, as mais marcantes enquanto estudante e as que permitiram demonstrar os conhecimentos e as competências adquiridos ao longo dos dois anos de curso do MESMO.

Neste contexto, importa ainda referir que o percurso formativo desenvolvido foi de encontro à premissa do cuidado centrado na mulher, atendendo às suas dimensões, biopsicossocial, cultural e espiritual, tendo por base a busca sistemática da evidência científica mais atual, no sentido de evitar procedimentos rotineiros sem qualquer fundamento científico, na prestação de cuidados à mulher/casal, RN e família.

Diríamos que, seguimos a orientação da OE (2015), ao referir que a mulher deve ser vista como um todo, tendo em conta as suas expectativas e sentimentos, promovendo o seu bem-estar e fomentar uma consciência em saúde, bem como a saúde do feto no decorrer da gravidez.

Assim, a realização deste relatório para além da descrição das atividades desenvolvidas, permitiu-nos fazer uma análise crítica sobre a tomada de decisão, para estabelecer os diagnósticos, delinear o plano de cuidados e as intervenções à mulher, inserida na família e comunidade no âmbito do pré-natal, TP e parto e no autocuidado e preparação para a parentalidade, sendo que, foi nestas áreas da prestação de cuidados de enfermagem especializados que adquirimos e desenvolvemos as competências durante o estágio, realizado no CHVNG/E.

Além da aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e técnicas inerentes aos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, também foram desenvolvidas competências na área da investigação em enfermagem através da realização

de uma revisão integrativa da literatura, esta, já apresentada no segundo capítulo deste relatório. Também as competências na área da prática baseada na evidência foram aperfeiçoadas, uma vez que a prática deve sempre acompanhar a evolução do conhecimento. Diríamos que esta investigação foi fundamental não só, para problematizar as práticas, como também questionar um procedimento rotineiro que por vezes era pouco refletido. Permitiu também, compreender que a prática baseada na evidência constitui o suporte de uma prática adaptada às necessidades reais, em cuidados de enfermagem especializados, em todas as dimensões dos cuidados, no domínio técnico-científico ou sociocultural e, ainda, que só recorrendo à investigação como estratégia promotora de uma prática científica e atualizada, quer através da sua realização para obtermos resultados, quer como consumidores dos resultados de investigação mais atualizados, poderemos garantir uma resposta eficaz tendo como prioridades, as necessidades da mulher nos seus vários estádios, do casal, do RN e da família.

No que diz respeito à temática escolhida consideramos que foi pertinente pois, o toque vaginal é uma prática normalmente utilizada para avaliar a evolução do TP, apesar de ser usada, por vezes, da pior forma e após a análise dos artigos, que constituíram a amostra do estudo que realizámos, concluímos que o toque vaginal é uma prática necessária mas que deve ser melhorada pois, as alternativas descritas na literatura para avaliar a progressão do TP ainda requerem mais estudos.

Relativamente à opção metodológica, consideramos que a revisão integrativa da literatura, foi a mais adequada ao objetivo do estudo e questão PICO. A maior parte dos resultados dos estudos revelaram que são várias as razões que levam à tomada de decisão do EEESMO para realizar o toque vaginal, nomeadamente, para evitar complicações na evolução do TP, e, de certa forma, tranquilizarem as mulheres e os seus acompanhantes. Mas, sobretudo, para “controlarem” a forma como o TP pode evoluir. Porém, também pelos resultados emergentes, podemos afirmar que a tomada de decisão, sobre a forma como se procede e a atitude que tomam os profissionais, para realizar o toque vaginal, pode e deve ser alterada para que a mulher tenha uma experiência mais positiva e menos dolorosa, já que os resultados dos artigos que serviram de amostra no estudo, demonstram que a mulher tem uma conotação negativa sobre este procedimento.

Neste sentido, estamos conscientes de que este relatório traduz todo o percurso trilhado, em que transcrevemos as atividades que permitiram o desenvolvimento pessoal e

profissional, bem como as necessidades formativas para dar resposta eficaz às necessidades das utentes e às expectativas inerentes à situação de se tornarem mães e de se tornarem pais. Também se revestiu de enorme importância pois, como estudantes, permitiu-nos fazer uma autoavaliação de todo o trabalho desenvolvido bem como das opções para a tomada de decisão.

Refletindo agora como todo o processo se desenvolveu é possível constatar que as experiências vivenciadas em estágio e relatadas ao longo deste relatório permitiram o crescimento enquanto pessoa e profissional porque a excelência dos cuidados em enfermagem apenas é possível se o percurso profissional promover e estimular uma atitude crítica e reflexiva.

Em suma, diríamos que, apesar das dificuldades, dos sacrifícios e dos inúmeros desafios, conseguimos ultrapassar todos os obstáculos; pelo empenho, a perseverança, o conhecimento adquirido, a partilha de saberes, o confronto de ideias, e, sobretudo, a humildade e a proatividade, que todos os que nos acompanharam neste processo de aprendizagem souberam compreender, para nos ajudar a prosseguir.

É com enorme satisfação que afirmamos que as experiências vivenciadas neste estágio, foram para nós muito significativas. Os objetivos traçados foram alcançados com sucesso e, assim sendo, é possível afirmar que foi uma das experiências mais gratificantes e enriquecedoras em todo o percurso pessoal e profissional, pois, sentimos que este percurso formativo nos abriu horizontes, para olhar a realidade social sobre o processo de maternidade, com outra maturidade.

Estamos, agora, mais capazes de enfrentar os desafios da vida profissional, rumo a um percurso em que esperamos prestar cuidados de enfermagem especializados de excelência, para que a mulher/casal e família obtenham os ganhos em saúde e tenham uma experiência positiva, neste processo de maternidade e parentalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. et al. *Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017*. [Em linha]. 2017. [Consult. 2019-10-09]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/documentos-e-comunicacoes/consenso-diabetes-gestacional-atualizacao-2017-pdf.aspx>

ALVES, S. *PERDA PERINATAL: PERSPETIVA DA DÍADE PARENTAL*. [Em linha]. Coimbra, 2018. [Consult. 2020-09-09]. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=57788&code=575>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Hypertension in Pregnancy*. [Em linha]. Washington, 2013. [Consult. 2020-07-18]. Disponível em: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy>;

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. [Em linha]. 2015. [Consult. 2020-07-17]. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/04/physical-activity-and-exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period>

AROMATARIS, E. e PEARSON, A. The systematic review: an overview. [Em linha] 2014. Vol. 114, nº3, pp. 53-58. [Consult. 2020-07-02]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24572533>

ASCENSÃO, A. *Contribuição do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica, para o bem-estar materno fetal*. [Em linha]. Santarém, 2016. [Consult. 2020-07-28]. Disponível em: https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1741/1/Trabalho%20de%20mestrado_Ana%20Rita%20Viegas%20Ascens%C3%A3o.pdf

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Lei nº26/2017. 30 de maio. Diretiva 2013/55/EU. [Em linha]. 2013. [Consult. 2020-09-07]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/107094721/details/maximized>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SEGURANÇA INFANTIL. *Plano de Acção Para a Segurança Infantil 2012-2016*. [Em linha]. Lisboa, 2011. [Consult. 2020-06-18]. Disponível em: http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf;

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E NO PARTO. *10 CM*. [Em linha]. 2017. [Consult. 2019-10-29]. Disponível em: <https://associacaogravidezparto.pt/10-cm/>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E NO PARTO. *Reflexão sobre o trabalho de parto e Parto: construção de um plano de preferências de parto*. [Em linha]. 2017. [Consult. 2019-11-04]. Disponível em: <https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Reflex%C3%A3o-para-a-constru%C3%A7%C3%A3o-do-plano-de-parto-introducao.pdf>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E NO PARTO. *EPIDURAL no trabalho de parto – informação para uma escolha consciente*. [Em linha]. 2016. [Consult. 2019-11-04]. Disponível em: <https://associacaogravidezparto.pt/epidural-no-trabalho-de-parto-informacao-para-uma-escolha-consciente/>

ATAÍDE, M. et al. *EXAME OBSTÉTRICO REALIZADO PELA ENFERMEIRA: DA TEORIA À PRÁTICA*. [Em linha]. Brasil, 2016. [Consult. 2020-08-02]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/798>

BALASKAS, J. *Parto Ativo: Guia Prático Para o Parto Natural*. 1ª ed. 4 Estações Editora, 2017.

BARBIERI, M. et al. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. [Em linha]. 2013. [Consult. 2020-07-15]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000500012&script=sci_abstract&tlng=pt

BARBOZA, L. e MOTA, A. *VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil*. [Em linha]. Brasil, 2016. [Consult. 2020-08-02]. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/598>

BOYD, E. *A convergent parallel mixed method study on the experience of coping during high-risk pregnancy and prescribed bed rest*. [Em linha]. Texas Woman's University, 2019. [Consult. 2020- 02-06]. Disponível em: <https://www.twu-ir.tdl.org/handle/11274/11524>

CANUTO, T. *PREPARAR-SE PARA O PARTO: QUE GANHOS EM SAÚDE?* [Em linha]. Porto, 2014. [Consult. 2019-11-02]. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9503/1/Prepararse%20para%20o%20parto_final%20%281%29.pdf

CÉSAR, M. A. et al. Distúrbios evacuatórios em primigestas após parto normal: estudo clínico. [Em linha]. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 2011, vol.31, no2, pp.127-130. [Consult. 2020- 02-06]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-98802011000200003&script=sci_abstract&tlng=pt;

CUNNINGHAM, G. et al. (2012). *Obstetrícia de Williams*. 23ª ed. Brasil: AMGH.

CUNHA, V. *Cuidados de Enfermagem Promotores da Vinculação do Pai e Bebê no Parto e Pós-parto*. [Em linha]. Lisboa, 2013. [Consult. 2020-05-07]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15850/1/Relat%C3%B3rio%20Final-%20Vanessa%20Cunha.pdf>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional*. [Em linha]. Lisboa, 2011. [Consult. 2020-07-08]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/norma-da-direcao-geral-da-saude-n-0072011-de-31012011-pdf.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Exames Laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco*. [Em linha]. Lisboa, 2013. [Consult. 2020-07-28]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0372011-de-30092011-jpg.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *Guia para país*. [Em linha]. 2019. [Consult. 2019-11-28]. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-pais/>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. *PROGRAMA NACIONAL para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. [Em linha]. Lisboa, 2015. [Consult. 2019-11-07]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

DIXON, L. e FOUREUR, M. *The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm?* [Em linha]. Nova Zelândia, 2010. [Consult. 2019-10-28]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/236020859_The_vaginal_examination_during_labour_Is_it_of_benefit_or_harm

DOWNE, S. et al. *Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review)*. [Em linha]. Reino Unido, 2013. [Consult. 2019-10-02]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010088.pub2/full>

EL-MONIEM, E. e MOHAMADY, S. *Effect of Vaginal Examination Frequency Practice during Normal Childbirth on Psychophysical Condition of Women*. [Em linha]. Egito, 2016. [Consult. 2019-10-02]. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Effect-of-Vaginal-Examination-Frequency-Practice-on-El-Moniem-Mohamady/3a69b8b8d51220b66a107441dedf0e0aa2886973>

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO. *Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos*. [Em linha]. Porto, 2010. [Consult. 2019-09-05]. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/a_esep/regulamentos/38_regulamento_segundo_ciclo.pdf

FATIA, A. e TINOCO, L. *Trabalho de Parto*. In: *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1aed. Lisboa: Lidel, 2016.

FRANCISCANI, A. et al. *Síndrome de transfusão feto-fetal*. [Em linha]. Brasil, 2010. [Consult. 2019-10-28]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-600021>

FREITAS, F. et al. *Rotinas em Obstetrícia*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

GOEBEL, M. et al. *Prolapso de cordão umbilical: relato de caso*. [Em linha]. 2010. [Consult. 2020-07-02]. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1074>

GRAÇA, L. *Medicina Materno-fetal*. 5aed. Lisboa: Lidel, 2017.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *ICNP Browser*. [Em linha]. 2019. [Consult. 2019-10-02]. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>.

HASSAN, S. et al. *The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences*. [Em linha]. Israel, 2012. [Consult. 2019-10-02]. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/16>

HOLNESS, N. *High-Risk Pregnancy*. [Em linha] 2018. Elsevier, Ed. Nursing Clinics of North America, 53(2), pp. 241-251. [Consult. 2020-09-29]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.01.010>

KELLY, M. et al. *Delayed versus immediate pushing in second stage of labor*. [Em linha] 2010. MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing, 35(2), 81-88. [Consult. 2020-09-29]. Disponível em: [Doi:10.1097/nmc.0b013e3181cae7ad](https://doi.org/10.1097/nmc.0b013e3181cae7ad).

KLERK, H. et al. *Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands*. [Em linha]. Holanda, 2017. [Consult. 2019-10-02]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/0167482X.2017.1291623>

KOCH, C. et al. *Study of the measurement properties of the Portuguese Version of the Weil-Being Questionnaire12 (W-BQ12) in women with pregnancy loss*. [Em linha]. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Vol. 20(3), pp. 567-74. 2012. [Consult. 2020-09-02]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692012000300019&script=sci_arttext&tlng=en

KUHN, J. *O que são as intervenções de rotina na mulher durante o trabalho de parto*. [Em linha]. Brasil, 2016. [Consult. 2020-09-02]. Disponível em: <https://www.taofeminino.com.br/gravidez/intervencoes-de-rotina-e-violencia-obstetrica-durante-o-trabalho-de-parto-s2083461.html>

LEDERMAN et al. *Experiências de desenvolvimento materno de mulheres hospitalizadas para prevenir o parto prematuro*. [Em linha] 2013. Sexual & Reproductive Healthcare, 4, pp. 133-138. [Consult. 2020-08-24]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2013.10.004>

LEE, S & LEE, E. *The Relationship between Pregnancy Stress and Anxiety in High-Risk Pregnant Women: The Mediating Effect of a Sense of Mastery*. [Em linha] 2016. International Journal of Bio-Science and Bio-Technology. [Consult. 2020-08-24]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14257/ijbsbt.2016.8.1.14>

LEVY, L., e BÉRTOLO, H. Manual de Aleitamento Materno. Lisboa: Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2012.

LOPES, C. *Informatização do Partograma: Conceção e Implementação de um Sistema para monitorização do parto*. [Em linha] 2018. [Consult. 2020-08-24]. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=304853

MAIA, C. et al. *Síndrome de transfusão feto-fetal*. [Em linha]. Coimbra, 2017. [Consult. 2020-06-03]. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302017000400006

MARQUES, J. B. e REYNOLDS, A. Distócia de Ombros: Uma Emergência Obstétrica. [Em linha]. *Acta Médica Portuguesa*, 2011, vol.24, pp.613-620. [Consult. 2019-07-22]. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/480/188>;

MCEESMO. *Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido*. [Em linha]. S.D. [Consult. 2020-08-24]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PosicaodeParto_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

MCEESMO. *PROCEDIMENTO DE CUIDADOS PERINEAIS À PUÉRPERA DURANTE O INTERNAMENTO HOSPITALAR*. [Em linha]. 2011. [Consult. 2020-08-04]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_23_MCEESMO.pdf

MCEESMO. *Realizar precocemente contacto pele a pele, entre a mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno*. [Em linha]. 2011. [Consult. 2020-08-07]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PeleaPeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

MCCORMACK, B. et al. *Person-centredness – the ‘state’ of the art*. [Em linha]. 2015. [Consult. 2020-09-28]. Disponível em: <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=4821&context=smhpapers>.

MEIRELES J. et al. *Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas*. [Em linha]. 2015, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 37(7), 319-324. [Consult. 2020-09-28]. Disponível em: Doi: 10.1590/S0100-720320150005388

MELEIS, A. *A Teoria das Transições*. Comunicação proferida pela autora na Conferência “A Teoria das Transições”, realizada na Escola Superior de Enfermagem do Porto a 19 de Setembro de 2013. Porto.

MIGUEL, B. *Pré-Eclâmpsia: Diagnóstico e Risco associado*. [Em linha]. Lisboa, 2017. [Consult. 2020-05-28]. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/28841/1/TM_Bruno_Miguel_Monografia.pdf

MONTENEGRO, C.A.B. e REZENDE FILHO, J. *Obstetrícia fundamental*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2014.

MULHRA, R. et al. *Improving Vaginal Examinations Performed by Midwives*. [Em linha]. Arábia Saudita, 2013. [Consult. 2019-10-02]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3749030/>

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). Intrapartum care: Care of healthy women and babies. London: NICE.

NÉNÉ, M. et al. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ªed. Lidel, 2016.

NETO, J. et al. *Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa*. [Em linha]. 2016. [Consult. 2020-09-20]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0174.pdf>

NOGUEIRA, J. e FERREIRA, M. *O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé*. [Em linha]. Revista de Enfermagem Referência, 3(8), 57-66. 2012. [Consult. 2020-09-20]. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2335&id_revista=9&id_edicao=50

OLIVEIRA, S. *Manobra de Valsalva*. [Em linha]. 2015. [Consult. 2020-09-20]. Disponível em: <https://bionascimento.com/manobra-de-valsalva/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *LIVRO DE BOLSO Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. [Em linha]. 2015. [Consult. 2020-05-06]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LibroBolso_EESMO.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. [Em linha]. Lisboa, 2010. [Consult. 2019-10-01]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *UTILIZAÇÃO DE CINTA DURANTE O PUERPÉRIO*. [Em linha]. Parecer nº117, 2009. [Consult. 2020-05-09]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CE-117-2009.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *O CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO UMBILICAL REDUZ A ANEMIA INFANTIL*. [Em linha]. 2013. [Consult. 2020-04-07]. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf?sequence=2

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. [Em linha]. 2014. [Consult. 2020-08-07]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf;sequence=12

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Unicef e OMS dizem que taxas de mortalidade materno-infantil nunca foram tão baixas*. [Em linha]. 2019. [Consult. 2020-04-07]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/09/1687532>

PARREIRA, A. *Promoção da Amamentação na primeira hora de vida: intervenções do EEESMO valorizadas pelas puérperas*. [Em linha]. Lisboa, 2018. [Consult. 2020-09-24]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22155/1/Relat%c3%b3rio%20Reformula%c3%a7%c3%a3o%202.pdf>

PIO, D. e CAPEL, M. Os significados do cuidado na gestação. [Em linha]. *Revista Psicologia e Saúde*, 2015, vol.7, no1, pp.74-81. [Consult. 2019-12-21]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1a10.pdf>;

POMPEO, D. e Colaboradores. *Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem*. [Em linha]. Acta Paulista de Enfermagem, 2009, vol.22, nº4, pp.434-438. [Consult. 2020-09-24]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>;

REBELO, J. *Síndrome de Transfusão Feto-Fetal*. [Em linha]. Porto, 2011. [Consult. 2019-09-25]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63610/2/TESE%20MESTRADO%20SINDROME%20DE%20TRANSFUS%C3%83O%20FETOFETAL.pdf>

ROQUE, S. e COSTA, M. *PREPARAÇÃO DOS PAIS PARA O CUIDAR DO RECÉM-NASCIDO APÓS A ALTA: AVALIAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM*. [Em linha]. 2014. [Consult. 2020-07-26]. Disponível em: <https://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/5.pdf>

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Second Stage of Labour*. [Em linha]. Londres, 2012. [Consult. 2020-07-22]. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Second%20Stage%20of%20Labour.pdf>;

SANTOS, E. et al. *O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE*. [Em linha]. 2015. [Consult. 2020-08-02]. Disponível em: <https://www.ipv.pt/millennium/millennium49/9.pdf>

SILVA, M. *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico. Acolhimento em Enfermagem*. [Em linha]. [Consult. 2020-08-02]. 2010. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertacao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de>

SILVA, M., ANDRADE, A. e BOSI, M. *Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica*. [Em linha]. Brasil, 2014. [Consult. 2020-07-02]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. *Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais*. [Em linha]. 2012. [Consult. 2020-08-02]. Disponível em: http://www.spginecologia.pt/uploads/revisao_dos_consensos_em_infecoes_vulgovaginais.pdf

SOUSA, C. et al. *Berço Vazio*. Ordem dos Enfermeiros, 2014.

SOUSA, L. et al. *MODELOS DE FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO NA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA*. [Em linha]. Lisboa, 2018. [Consult. 2020-08-02]. Disponível em: <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>

SOCIETY FOR MATERNAL-FETAL MEDICINE. *Twin-twin transfusion syndrome*. [Em linha]. EUA, 2012. [Consult. 2019-10-09]. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(12\)01980-1/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(12)01980-1/fulltext)

TELES, P. et al. *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS PREVALENTES EM GESTANTES DE ALTO RISCO*. [Em linha]. Brasil, 2019. [Consult. 2019-10-02]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1937/0>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. [Em linha]. Geneva, 2018. [Consult. 2020-09-22]. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>;

ZAFRA-TANAKA, J. et al. *Potential excess of vaginal examinations during the management of labor: frequency and associated factors in 13 Peruvian hospitals*. [Em linha]. Peru, 2019. [Consult. 2019-10-02]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0811-9>

ZLOTNIK, E. *Exame de toque na gravidez: precisa mesmo?* [Em linha]. Brasil, 2018. [Consult. 2020-09-02]. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Saude/noticia/2018/11/exame-de-toque-na-gravidez-precisa-mesmo.html>