

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

O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E O
EFEITO DE HIDROTERAPIA NA REDUÇÃO DOS PARTOS
MEDICALIZADOS

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientação:

Prof.^a Doutora Marinha Carneiro

Victoria Da Silva Moreira

Porto | 2014

AGRADECIMENTOS

Este relatório de natureza académica representa uma etapa marcante na minha vida desde 2010. Este trabalho não teria sido possível sem o apoio incondicional de pessoas, que passarei a citar de seguida, que contribuíram para este trabalho:

À Professora Doutora Marinha Carneiro um agradecimento muito especial, não só por ser orientadora ao longo deste trabalho, mas também pela sua colaboração, conhecimentos científicos e disponibilidade.

Às enfermeiras do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim. Um especial agradecimento para a Chefe do Serviço Irene Cerejeira pelo seu apoio e motivação. Às minhas tutoras de estágio, enfermeiras Paula Vilaça, Manuela Carvalho, Bernardina Almeida, Armanda Rocha, Manuela Pinho e Helena Fernandes, e para a orientadora do estágio enfermeira Sónia Brandão, percursoras do meu crescimento profissional na aquisição de competências específicas na área da saúde materna, pela amizade, motivação e disponibilidade que sempre demonstraram.

Gostaria de demonstrar um profundo agradecimento aos meus pais, agradeço o vosso amor incondicional, a vossa luta e sacrifício por proporcionarem oportunidades que, infelizmente, não puderam ter.

E para o meu marido que sempre demonstrou ao longo deste percurso, motivação, apoio incondicional e compreensão. Estarei aqui para sempre apoiar os teus sonhos profissionais e pessoais, da mesma forma que o demonstraste a mim.

Para a minha querida avó, para os meus irmãos, e para o meu Tio António e Anita que foram sempre forças de motivação durante o meu percurso académico. E para a minha Tia Manuela, que incentivou a minha paixão, pela Enfermagem.

E todos aqueles amigos e familiares que de uma ou de outra forma me ajudaram ao longo destes dois anos, especialmente à Marisa Postiga e Márcia Gonçalves pelo apoio, motivação e pela amizade especial.

E dedico este trabalho para o meu primeiro professor, o meu pai, que me inspirou ao longo do meu percurso académico, para aprender e lutar pelos sonhos.

SIGLAS E ABREVIATURAS

- OE-Ordem dos Enfermeiros
- EESMO- Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
- ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto
- MESMO- Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- RN- Recém-nascido
- CHPVVC- Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila Conde
- APPT - Ameaça de parto Pré-termo
- CTG - Cardiotocografia
- DPP - Data Provável do Parto
- DUM - Data da Última Menstruação
- UGR-Unidade de Gravidez de Risco
- BP-Bloco de Partos
- RPM-Rotura Prematura Membranas
- TP-Trabalho de Parto
- NICE - *National Institute of Health and Clinical Excellence*
- UCF-Unidade Cuidados Familiares
- ICM - *International Council of Midwives*
- HT- Hipertensão
- HG-Hipertensão Gestacional
- FCF - Frequência Cardíaca Fetal
- HELLP- Elevação das Enzimas Hepáticas
- PE-Pré-Eclampsia
- EP- Estetoscópio de Pinard
- HIT- Hidroterapia
- OMS-Organização Mundial da Saúde
- WHO- *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. O PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO: UMA SINTESE.....	7
2. A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO AMBITO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE.....	9
2.1. Aquisição de Competências no âmbito da Gravidez com Complicações.....	11
2.2. Aquisição de Competências no âmbito do Trabalho do Parto.....	25
2.3. Aquisição de Competências no âmbito do Autocuidado pós-parto e parentalidade.....	53
3. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: A IMPLEMENTAÇÃO DA HIDROTERAPIA NA REDUÇÃO DE PARTOS MEDICALIZADOS.....	65
3.1. Introdução ao Problema	69
3.2. Método.....	72
3.3. Resultados	74
3.4. Discussão	78
3.5. Conclusão da Revisão Integrativa da Literatura	83
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE E AS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	85

CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	109
Anexo I - Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005	111
Anexo II - Regulamento das Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros.....	113
Anexo III - Mapa do Número e Tipo de Partos Realizados e Participados	115

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Análise dos Artigos.....	76
------------------------------------	----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Divisão Clínica do Trabalho de Parto.....	26
FIGURA 2: Terapêutica da Hipertonia e da Taquissistolia Uterina.....	31
FIGURA 3: Vias e Áreas Cutâneas da Dor no Trabalho do Parto.....	33
FIGURA 4: Padrões Evolutivos Normais do Parto.....	36
FIGURA 5: Progresso Materno Durante o Primeiro Estádio do Trabalho de Parto.....	36
FIGURA 6: Dynamic Physiologic Response Model.....	39
FIGURA 7: Fetal Monitoring Decision Tree.....	41
FIGURA 8: O Ciclo de Sentimentos durante o Trabalho de Parto	70
FIGURA 9: Número de partos realizados	88

RESUMO

Para a obtenção do grau de mestre na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi realizado um estágio profissionalizante, estando subjacente ao mesmo a elaboração de um projeto de estágio que visa explicar a aquisição e desenvolvimento de competências específicas, visando dar resposta ao que é regulamentado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto e pela Ordem dos Enfermeiros e dar cumprimento ao Regulamento n.º 127/2011 do Diário da República, 2.ª série - N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, com o objetivo de cumprir as diretivas condicionantes à obtenção do título de enfermeiro especialista, sustentadas na diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2009, transposta para direito interno, lei nº 9/2009, de 4 de Março, que determina as diretrizes para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO).

Por intermédio deste projeto de estágio, pretendeu-se demonstrar as capacidades profissionais e específicas do EESMO, na prestação de cuidados à mulher com uma gravidez com complicações, em trabalho de parto e parto, de baixo e alto risco e no pós-parto, de forma a promover a sua saúde e adaptação da mesma à gravidez e ao processo de doença, transição e adaptação à parentalidade.

Recorrendo a saberes previamente adquiridos e ao desenvolvimento de novos, através da pesquisa contínua de evidências científicas, assegura-se assim, a excelência na prestação de cuidados.

Tendo por base o conhecimento de que a investigação é uma componente importante e indissociável da enfermagem, este projeto de estágio possibilitou o desenvolvimento de competências na área da investigação, problematizando numa área de interesse para a prática do EESMO.

A componente de investigação que compõe este relatório de estágio, como foi acima referido, permite a excelência dos cuidados prestados, entendendo que é este o ponto de partida na formação do EESMO.

O incentivo à utilização de técnicas alternativas ao alívio da dor favorece o cuidado humanizado às mulheres em trabalho de parto. Assim, considero de

extrema importância a necessidade da formação de elementos construtivos para melhorar as condições e experiências das gestantes com o parto.

A escolha da hidroterapia (HIT) como tema a desenvolver no projeto de investigação, prendeu-se com o interesse pessoal em utilizar esta técnica no âmbito profissional, com o objetivo de humanizar o parto e diminuir o número de partos medicalizados. Apenas com o conhecimento holístico da HIT como técnica no alívio da dor é possível implementá-la na prática.

O modelo de assistência à mulher em trabalho de parto, preconizado pela obstetrícia mais tradicional tem tentado resolver-se através da medicação e das intervenções humanas, que muitas vezes são classificadas como intervenções não naturais. Atualmente têm surgido novas investigações, que exploram a vertente natural do parto, uma prática que por vezes não é utilizada em Portugal. No entanto, existe evidência que relata os benefícios da HIT durante o processo de maternidade, especificamente no trabalho de parto. Sendo assim, e com base na evidência científica, é importante fornecer esta informação para que esta prática seja utilizada.

A metodologia consiste na realização de uma revisão integrativa da literatura. Integra a análise qualitativa de artigos com nível de evidência I, II e III indexados nas bases de dados CINAHL Plus with full text, Cochrane Database of Systematic Reviews, através da plataforma EBSCO host, e o Bracken Web.

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que a Hidroterapia é uma prática segura quando utilizada no trabalho de parto e parto e permite a redução do número de partos medicalizados.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia; Estágio; Revisão Integrativa da Literatura; Competências; Hidroterapia.

ABSTRACT

Title: The process of acquiring skills and the effect of hydrotherapy on the reduction of medical interventions during labor

For a Master's in Maternal Health and Obstetrics, a practicum and project was completed. A development of a report and a systematic integrative review aims to explain the acquisition and development of specific skills, aiming to respond to the regulations designated by the School of Nursing of Porto and the Order of Nurses of Portugal, by complying with the Regulation N° 127/2011 of the Official Gazette, 2nd series, N° 35 of February 18th 2011, with the goal of fulfilling the directives established in the directive of 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7th of September 2009, transposed into domestic law No. 9/ 2009 on the 4th of March, which determines guidelines for obtaining the title of Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics.

During the practicum the intention was to demonstrate professional capabilities specific to the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics, by providing care to women with complicated pregnancies, during labor and delivery and the postpartum phase.

This was done by promoting optimal health and facilitating maternal processes, and guiding these women throughout the parenting adaptation phase.

There were multiple factors that were required in order to attain the skills necessary to meet the guidelines of the regulations; previous acquired knowledge attained from theory and through continuous research to practice evidence based care, thus ensuring holistic and individualized care.

Research is an important and integral component of nursing; this systematic integrative review, guarantees evidence based practice by the Nurse Specialist.

Thus, it is considered of extreme importance the need to form constructive elements to improve the conditions and experiences during the process of birth. Encouraging the use of alternative pain relief techniques favors humanized care during labor.

This report was constructed into a systematic integrative review, not only due to personal interest. Furthermore, to utilize this intervention in a professional context, aiming to humanize birth and fundamentally decrease obstetric intervention.

This method should only be utilized as an intervention when there is supportive evidence that suggests it is safe, is beneficial and can therefore be implemented into practice.

Currently the model of care for women in labor has been centered on traditional obstetric interventions, which are often classified as unnatural interventions. There have been new investigations that explore the natural side of childbirth, a practice known as hydrotherapy.

During the maternal process, specifically during labor, evidence demonstrates contributing benefits and its direct impact on the reduction of medical intervention.

The methodology consists of an integrative literature review that integrates qualitative analysis of articles with level I, II and III evidence and was researched in the databases; CINAHL Plus with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews through EBSCO host platform, and the Bracken Web.

The result of the systematic integrative review concludes that hydrotherapy is a safe practice when used during labor and was found to reduce obstetric intervention.

Keywords: Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetrics; Practicum; Integrative Systematic Literature Review; Competencies; Hydrotherapy.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um acontecimento único na vida de uma mulher, podendo esta experiência ser negativa ou positiva. Neste sentido, o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) torna-se fundamental durante todo o processo de maternidade, envolvendo a mulher e o seu companheiro nas decisões relativas ao processo pré-concepcional, gravidez e parto (Branden, 2000).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em 2007, Portugal registou 100140 partos, isto é, mais de 100000 mulheres viveram a experiência única de parir no nosso território. Pela importância do sucesso no processo de nascimento, muito se tem investido em estudos e em recursos para a melhoria constante do atendimento e vigilância da gravidez, da mulher em trabalho de parto (TP) e no pós-parto, assim como ao recém-nascido (Rocha, 2009).

Segundo (Branden, 2000), o EESMO promove a saúde da família e de mulheres em idade reprodutiva, proporcionando-lhes assistência de enfermagem centrada no núcleo da sociedade onde está inserida. Ainda segundo o mesmo autor, a assistência de enfermagem às famílias em idade reprodutiva modificou-se significativamente nas últimas décadas. Esta mudança deve-se a vários fatores e reflete-se no número de partos atualmente anunciados pelo Instituto Nacional de Estatística.

O EESMO também avalia as necessidades de saúde de cada membro da família, identifica as suas deficiências e potencialidades de saúde, intervém na educação e no aconselhamento, com vista à melhoria das condições de saúde da família como um todo.

Para a obtenção do grau de mestre na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi realizado um estágio profissionalizante, estando subjacente ao mesmo a elaboração de um projeto de estágio que visa explicar a aquisição e desenvolvimento de competências específicas, visando dar resposta ao que é regulamentado pela (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2010) e pela

Ordem dos Enfermeiros (OE). Assim com este estágio, de natureza profissional, pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- Adquirir competências que permitam intervir no domínio dos cuidados de enfermagem especializados na vigilância e cuidado da grávida com complicações, em TP, parto e no puerpério;
- Desenvolver competências que promovam práticas emancipatórias para o exercício do papel parental;
- Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família na saúde reprodutora, gravidez, processo de maternidade e exercício da parentalidade em contexto hospitalar;
- Desenvolver competências nos domínios da prática profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional;
- Examinar e assistir o recém-nascido;
- Adquirir e desenvolver competências de investigação, aplicando esses conhecimentos na problematização de uma área de interesse para a prática do EESMO, baseada na evidência científica mais atualizada.

Este estágio profissionalizante teve lugar no Centro Hospitalar de Póvoa De Varzim e Vila do Conde, nos serviços de Obstetrícia incluindo a unidade do puerpério, gravidez de risco e sala de partos.

Por intermédio deste projeto de estágio, pretendeu-se demonstrar as capacidades profissionais e específicas do EESMO, na prestação de cuidados à mulher com uma gravidez com complicações, em TP e parto, de baixo e alto risco e no pós-parto, de forma a promover a sua saúde e adaptação da mesma à gravidez e ao processo de doença, transição e adaptação à parentalidade.

Para a elaboração deste trabalho recorreu-se a saberes previamente adquiridos e ao desenvolvimento de novos, através da pesquisa contínua de evidências científicas, assegurando-se assim, a excelência na prestação de cuidados. Tendo por base o conhecimento de que a investigação é uma componente importante e indissociável da enfermagem, este projeto de estágio possibilitou o desenvolvimento de competências na área da investigação, problematizando uma área de interesse para a prática do EESMO.

Segundo os autores, (Lowdermilk, et al., 2008), a investigação na área da enfermagem, tem sido extremamente importante no desenvolvimento de estratégias para melhorar o bem-estar das mulheres e bebés e tem fomentado esforços na implementação de linhas orientadoras para a prática clínica utilizando uma abordagem baseada na evidência. A prestação de cuidados baseados na

evidência progrediu através da investigação e ensaios clínicos, sendo necessário que todos os profissionais, incluindo o EESMO, utilizem a melhor informação existente, através da qual fundamentam as suas intervenções.

A prática baseada em evidências consiste num novo paradigma, que implica a pesquisa incessante de conhecimento atualizado, associado também à experiência profissional do enfermeiro, de forma a promover a tomada de decisão nos cuidados prestados, tendo em conta a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EESMO, definidas pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para a implementação destas competências na prática, foi necessária a formulação de uma pergunta que vai servir de fio condutor para a realização deste projeto. O desenvolvimento do tema foi efetuado através de uma revisão integrativa.

Conforme foi dito anteriormente, o nascimento de um filho é um acontecimento único na vida de uma mulher, podendo esta experiência ser negativa ou positiva. Perante esta realidade é de extrema importância a utilização de métodos que promovam a experiência de parto num acontecimento positivo e revestido de felicidade para a mulher e sua família.

Neste sentido, o EESMO, tem um papel central na assistência à mulher durante o trabalho de parto, podendo utilizar métodos farmacológicos e não farmacológicos. Com a realização deste estágio profissionalizante, pretende-se prestar cuidados centrados na mulher, baseados em filosofias que reconhecem o valor intrínseco das mulheres e honram os seus desejos, as crenças e os valores individuais, indo ao encontro do que (Lowdermilk, et al., 2008) defendem.

A escolha da hidroterapia (HIT) como tema a desenvolver no projeto de investigação, prendeu-se com o interesse pessoal em utilizar esta técnica no âmbito profissional, com o objetivo de humanizar o parto e diminuir o número de partos medicalizados. Apenas com o conhecimento holístico da HIT como técnica no alívio da dor, é possível implementá-la na prática.

O modelo de assistência à mulher em TP, preconizado pela obstetrícia mais tradicional, tem tentado resolver-se através da medicação e das intervenções humanas, que muitas vezes são classificadas como intervenções não naturais.

Atualmente têm surgido novas investigações, que exploram o lado natural do parto, uma prática que por vezes não é utilizada em Portugal, mas existe evidência, que relata os benefícios da HIT durante o processo de maternidade, especificamente no trabalho de parto.

Assim, foi formulada a questão de investigação, que foi o ponto de partida para a revisão integrativa efetuada, que é a seguinte: “A implementação da hidroterapia promove a redução de partos medicalizados?”

Conforme os autores (Lowdermilk, et al., 2008) a HIT é uma técnica que consiste em banhos de banheira, chuveiro ou com jato de água quente, sendo estas medidas não farmacológicas, podem ser utilizadas para aumentar o conforto e o relaxamento durante o processo de maternidade.

Neste sentido, a revisão integrativa tem como objeto de estudo a HIT, que pode ser utilizada como uma intervenção não farmacológica durante a gravidez, TP e o pós-parto. A evidência científica sugere que a aplicação da HIT na prática é uma pequena escolha, mas que proporciona benefícios na prestação de cuidados durante a gravidez, TP e parto, trazendo satisfação e benefícios a longo prazo para as mulheres e para os seus bebés (Lamaze Internacional Education Council, 2004).

Através da questão formulada, pretende-se dar resposta aos seguintes objetivos:

- Compreender a satisfação/insatisfação desta prática na grávida/casal;
- Investigar o efeito da HIT, durante os diferentes estádios do trabalho de parto e os seus benefícios e riscos no nascimento;
- Verificar se há uma menor intervenção relativamente à prática de episiotomia/lacerações e partos instrumentados quando há a utilização da HIT.

De forma a dar resposta aos objetivos supra citados, foi elaborado o presente relatório que se encontra estruturado em quatro capítulos.

O primeiro capítulo apresenta o projeto individual de estágio onde são descritos os objetivos e o percurso do estágio.

O segundo capítulo descreve as atividades de estágio desenvolvidas e que visam demonstrar a aquisição e o desenvolvimento de competências e dar cumprimento à diretiva de 2005/CE/36 do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2009 transposta para direito interno, lei nº 9/2009, de 4 de Março, que determina as diretrizes para a obtenção do título de EEESMO.

No terceiro capítulo, está descrita a revisão integrativa da literatura sobre a HIT e as respetivas conclusões e sugestões para aplicação na prática, ensino e investigação.

Por último, no quarto capítulo, é apresentada uma apreciação global e reflexiva sobre o processo de desenvolvimento do estágio e da revisão integrativa elaborada.

O suporte para a realização e fundamentação deste relatório assenta na pesquisa em várias fontes bibliográficas e em revistas científicas em base de dados CINAHL Plus with full text, Cochrane Database of Systematic Reviews, através da plataforma EBSCO host e Bracken Web.

1.0 PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO: UMA SÍNTESE

O projeto individual de estágio, do qual resulta este relatório, pretende dar resposta ao Regulamento do 2º Ciclo de Estudos conducentes ao grau de Mestre.

Para a obtenção do respetivo grau foi desenvolvido um estágio de natureza profissional em contexto hospitalar. Associado à opção da realização de um estágio de natureza profissional, foi também elaborado um projeto de estágio que envolve a prática clínica com objetivos definidos.

Este foi concretizado no Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila do Conde (CHPVVC), nos serviços de internamento de grávidas com complicações, núcleo de partos e serviço de puerpério.

Ao longo de um ano letivo, a sua organização criou condições para o desenvolvimento e mobilização de conhecimentos de suporte à prática baseada em evidências científicas e na prestação de cuidados especializados nas diferentes áreas de atuação do EESMO, especificamente na gravidez com complicações, no trabalho de parto e parto, nos cuidados pós-parto e parentalidade e nos cuidados ao recém-nascido (RN) e seus significativos, sendo todo o plano de cuidados norteado pelo código deontológico dos enfermeiros.

De forma a justificar a relevância da entidade de acolhimento no quadro dos objetivos definidos para o processo de aquisição de competências, são enfatizadas neste relatório as atividades desenvolvidas durante o estágio. O processo de aquisição e desenvolvimento de competências baseou-se na procura constante de evidência científica, para dar resposta às diferentes situações que se impunham nos diferentes módulos.

Cuidados de saúde baseados na evidência tal como são concebidos atualmente, baseiam-se na visão de que as decisões clínicas devem ser fundamentadas na melhor evidência científica disponível, reconhecendo contudo, a preferência do paciente, o contexto de cuidados de saúde e o julgamento do profissional de saúde (Pearson, et al., 2010). A evidência desenvolvida através de investigação clínica sistemática e metodologicamente rigorosa, enfatizando o uso

da ciência, desmotiva o uso da intuição e a experiência clínica não sistemática (Pearson, et al., 2010).

Para este percurso de aprendizagem foram delineadas as estratégias, que suportassem a prática, com base em pesquisa de evidência científica que melhor traduzisse o estado da arte da enfermagem e que também servisse de base para a construção do presente relatório.

A saúde materna diz respeito aos cuidados prestados às mulheres em idade reprodutiva e respetivas famílias, durante todos os estádios da gravidez e parto e incluindo as quatro primeiras semanas após o parto (Lowdermilk, et al., 2008).

Esta perspetiva foi por nós assumida como uma premissa para a construção de um projeto de estágio consistente com o desenvolvimento e aquisição de competências específicas. Podemos assim afirmar, que este projeto reflete o rumo pelo qual a aquisição e o desenvolvimento de competências seguiu, ou seja, pela busca incessante de basear a prática na evidência mais atual.

O projeto individual de estágio foi delineado sob as orientações determinadas pela unidade curricular Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós Parto e para dar resposta à diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2009, transposta para direito interno, lei nº 9/2009, de 4 de Março, que determina as diretrizes para a obtenção do título de EEESMO.

Através das experiências obtidas, foi possível articular e conciliar os conhecimentos teóricos e, de uma forma sustentada, pretendemos demonstrar que foi possível a aquisição de competências específicas de acordo com os objetivos pré estabelecidos.

2. A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO AMBITO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

A OE define o perfil das competências específicas do EESMO e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para esta área de especialização em enfermagem.

Neste sentido, o EESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco e assume também a sua responsabilidade no exercício das seguintes áreas de intervenção: planeamento familiar e pré-concepcional; gravidez - assistir a mulher a vivenciar processos durante o período pré-natal; parto - assistir a mulher a vivenciar processos durante o trabalho de parto e parto; puerpério - assistir a mulher a vivenciar os processos durante o período pós-natal; climatério - assistir a mulher a vivenciar processos durante o período peri-menopáusicos; ginecologia - assistir a mulher a vivenciar processos de ginecologia; e por fim; comunidade - assistir as mulheres em idade fértil, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Assim, o estágio de natureza profissional assentou nos pressupostos anteriores, tendo por objetivo desenvolver e adquirir competências específicas na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Para isso, decorreu em três unidades de cuidados do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila do Conde (CHPVVC): na unidade de Grávidas de Risco, no Bloco de Partos e no Serviço de Obstetrícia num período total de 900 horas, correspondente a um ano letivo, em regime de tutoria. Em cada um dos serviços foi possível desenvolver competências específicas e diferenciadas do EESMO, de acordo com a sua especificidade.

Através da descrição das atividades desenvolvidas nos diferentes estágios pretende-se demonstrar de que forma as competências foram adquiridas. Como já foi referido anteriormente, a procura constante de evidência científica, face à diversidade de situações, foi uma das estratégias por nós adotada, face às dificuldades com que nos deparávamos, assim como a partilha e debate de experiências e ideias entre os profissionais.

A International Confederation of Midwives (ICM) define o termo "competências" como uma afirmação dos cuidados, bem como dos conhecimentos, habilidades e comportamentos necessários da parteira para a prática segura, recorrendo sempre ao princípio da evidência científica como base de sustentação dos cuidados prestados.

Segundo a (Ordem dos Enfermeiros, 2010), o Enfermeiro Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Demonstrem também níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios, consideradas competências comuns de atuação do enfermeiro especialista e inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários e em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Segundo o (Ministério da Saúde, 2012), o EESMO tem como funções "avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos; detetar precocemente fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto e orientar corretamente cada situação; promover a educação para a saúde integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez".

Nesta perspetiva, como o exercício profissional do EESMO deve ser regido por estas premissas e pelas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros procuramos prestar cuidados à grávida com complicações, à parturiente e à puérpera, segundo uma perspetiva holística e transdisciplinar, promovendo a vigilância de saúde, identificando precocemente e tratando complicações, contribuindo para a qualidade de cuidados prestados.

O processo de aquisição de competências específicas do EESMO decorreu em diferentes contextos de estágio, de forma a experienciar o maior número de situações, que permitissem prestar um cuidado especializado.

O Estágio: gravidez, trabalho de parto e pós-parto visou a aquisição e desenvolvimento de competências no domínio da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assim, foi possível adquirir um conjunto de competências alicerçadas num corpo de conhecimentos inerentes ao desempenho como Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

A descrição das atividades e experiências de estágio neste relatório demonstram de que forma as competências foram adquiridas ao longo do período nos diferentes serviços. A sequência pela qual é feita a descrição dessas atividades obedece à ordem natural dos acontecimentos, isto é, gravidez, trabalho de parto e parto e pós-parto. Assim, a exposição das atividades de estágio, será realizada de uma forma sequencial desde a entrada da mulher na Unidade de Gravidez de Risco (UGR) com a sua passagem pelo Bloco de Partos (BP) e por fim no internamento do Serviço de Obstetrícia.

2.1. Aquisição de Competências no âmbito da Gravidez com Complicações

A gravidez, apesar de ser um evento biológico e na maioria das vezes sem intercorrências, por vezes, surgem distúrbios que podem afetar o desenvolvimento normal do feto interferir com o seu nascimento, colocar em risco a saúde da mulher e condicionar a transição para a parentalidade (Branden, 2000).

Neste sentido, a especialização de profissionais nesta área, nomeadamente, dos EESMO, reveste-se de extrema importância, porque só assim, serão capazes de dar uma resposta profissional e suficientemente capaz face às diferentes e complexas situações que podem surgir no cuidado à mulher grávida.

Em todo o mundo, ocorrem cerca de 120 milhões de gravidezes por ano, onde meio milhão de mulheres morrem em consequência de complicações durante a gravidez ou o parto, e mais de cinquenta milhões sofrem de problemas relacionados com a gravidez (Cunha, et al., 2009).

Assim, face ao panorama que nos é apresentado, faz todo o sentido que o estágio de gravidez com complicações faça parte do ciclo de estudos do Mestrado

em Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO). O objetivo major deste estágio foi o de adquirir e desenvolver competências específicas no cuidado à mulher grávida com patologia associada.

Sublinhamos como já foi referido que para dar resposta à diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2009, transposta para direito interno, lei nº 9/2009, de 4 de Março, a OE preconiza, foi realizado então o estágio: gravidez com complicações, na Unidade de Gravidez de Risco (UGR) do CHPVVC.

Além do desenvolvimento e aquisição de competências na área da patologia materna, este estágio também permitiu desenvolver o pensamento crítico, através da reflexão e da pesquisa científica sobre as diversas situações que nos foram surgindo, para sermos capazes de dar respostas alicerçadas na evidência científica, garantido a excelência dos nossos cuidados.

A vigilância pré-natal, inerente aos cuidados prestados às grávidas de risco, implicou a recruta de conhecimentos adquiridos no primeiro ano do MESMO e a pesquisa de evidência científica mais atual.

Durante a vigilância da gravidez, prestamos cuidados no sentido de aconselhar, orientar e apoiar a grávida e a sua família, promovendo a adaptação da gestante às alterações fisiológicas inerentes ao estágio gravídico. Estas competências foram também aplicadas na prestação de cuidados à mulher internada na UGR com gravidez de risco, tendo em conta as dimensões clínicas, biológicas, psicológicas e socioculturais da mesma.

O diagnóstico da gravidez faz também parte das nossas competências. Este pode ser determinado por dois métodos, por diagnóstico clínico (sinais de presunção, probabilidade e certeza) ou por confirmação laboratorial, com exame de urina ou sangue. Eram executados testes de urocultura e hematúria para detetar a presença na urina e no sangue da Hormona Gonadotrofina (HCG) (Davidson, et al., 2010).

Após a confirmação da data da gravidez, o MESMO tem competência para prever a data provável para o parto (DPP). Portanto, calculávamos a DPP considerando em primeiro lugar a data da última menstruação (DUM) que também é utilizada para determinar a idade gestacional.

A regra de Nägele foi o método utilizado mais frequentemente para determinar a DPP. Este método permite a determinação da DPP com um razoável grau de exatidão. Esta consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última

menstruação, subtrair três meses e adicionar um ano ou somar sete dias à DUM e acrescentar nove meses (Lowdermilk, et al., 2008).

Na maioria das mulheres o parto ocorre num período entre sete dias antes ou após a DPP. O rigor destes cálculos é de tal forma relevante que pode fazer toda a diferença nos procedimentos de atuação dos profissionais de saúde relacionados com o diagnóstico de uma gravidez de termo, pré-termo e pós-termo e na sua relação com os resultados materno-fetais (Lowdermilk, et al., 2008).

A transição para a parentalidade, foi também alvo da nossa atuação. Esta é iniciada pela mulher e seu companheiro, logo após a confirmação da gravidez. O autor (Martins, 2008) refere que “a transição para a parentalidade é uma das mais comuns e estudadas transições desenvolvimentais com que as famílias se confortam ao longo da sua existência”. Assim, e sendo o EESMO o principal cuidador da grávida e sua família tem um papel fulcral no processo de transição para a parentalidade. Para (Meleis, et al., 2000), as transições resultam de mudanças e transformam-se em mudanças: de vida, saúde, relacionamentos e ambientes.

No sentido de facilitar este processo, focamo-nos também no ensino de competências que permitam executar a parentalidade de forma autónoma e melhor possível. O tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais como também na saúde e desenvolvimento das respetivas crianças (Martins, 2008).

O módulo de gravidez com complicações permitiu adquirir e desenvolver as competências específicas no cuidado à grávida com patologia associada através das diversas experiências com que pudemos contactar ao longo deste processo formativo.

A OE preconiza que a vigilância de uma gravidez de médio ou alto risco sai do âmbito de atuação do EESMO, no entanto, este pode prestar cuidados à grávida de risco em interdisciplinaridade com outros profissionais e também implementar intervenções autónomas.

Uma gravidez de risco, segundo o (Ministério da Saúde, 2012), é quando a gravidez apresenta características particulares que podem condicionar o seu desfecho favorável. Já o autor (Graça, 2010) considera uma gravidez de alto risco quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto é superior à incidência na população em geral.

Devido à importância que os cuidados de enfermagem têm na recuperação destas mulheres, a preocupação com a qualidade da formação destes profissionais tornou-se um mote das políticas de saúde. Neste sentido, a Direção Geral de Saúde, refere que o EESMO determina o risco concecional de forma sistemática, em particular o risco genético, através da história reprodutiva, médica e familiar. Determina também os efeitos da gravidez sobre as condições médicas existentes, quer do ponto de vista materno, quer fetal, introduzindo as modificações convenientes, orientando de acordo com os riscos identificados, com recurso aos cuidados diferenciados, sempre que necessário.

Na UGR, pudemos verificar que as patologias mais frequentes foram: doenças hipertensivas maternas (hipertensão crónica, pré-eclampsia, eclampsia), abortamentos (espontâneo e terapêutico), ameaça de parto pré-termo (APPT) rotura prematura das membranas (RPM), hiperemese gravídica, diabetes mellitus (pré gestacional ou gestacional) e alterações do líquido amniótico (oligioâmnios e hidrâmnios).

Tivemos consciência de que o cuidado a uma grávida com complicações associadas requeria um esforço conjunto de médicos e enfermeiros, na medida em que, a gravidez de alto risco constitui um problema crítico dos cuidados médicos e de enfermagem na atualidade.

O diagnóstico de alto risco impõe uma crise situacional na família e na vida da mulher, o que por vezes não satisfaz as expectativas do casal, normas culturais, sociais ou familiares (Lowdermilk, et al., 2008). Face a esta situação, a pesquisa de evidência científica para responder ao mais alto nível às diversas situações que nos eram expostas, foi uma das estratégias para o desenvolvimento das nossas competências, assim como, a partilha de ideias e experiências com os diferentes profissionais que compunham a equipa multiprofissional.

Para que fique demonstrada a nossa capacidade de cuidar de uma grávida com patologia associada, assim como do seu círculo familiar serão, mais adiante, descritos os cuidados que lhes prestamos, bem como de que forma recrutamos os saberes previamente adquiridos.

Tendo em conta o que a OE preconiza, os nossos cuidados passaram pela informação e orientação sobre as medidas de suporte para o alívio dos desconfortos da gravidez e ao mesmo tempo concebemos, planeamos, implementamos e avaliamos intervenções que visavam a adaptação à gravidez e a deteção de desvios ao padrão normal.

A vigilância de sinais e sintomas da grávida com patologia associada foi sempre a nossa preocupação major e tínhamos em conta que o aparecimento dos mesmos nem sempre é evidente. Assim, a colheita de dados inicial, através da entrevista informal que realizávamos à grávida e consulta cuidadosa do processo resultava em formulação de diagnósticos de enfermagem apropriados para a grávida, tendo em conta toda a sua individualidade indo de acordo com o que defende (Branden, 2000).

A nossa entrevista foi sempre antecedida de uma breve apresentação da nossa parte, no sentido de esclarecer a grávida de risco e sua família acerca da pertinência da nossa presença e da demonstração de toda a disponibilidade para os ajudar. Estas ajudas que oferecíamos não se centravam apenas no cuidado da sua dimensão física, mas também a nível psicológico. Avaliávamos e apoiávamos as grávidas internadas na UGR no seu processo psicológico, para que a sua adaptação à situação de saúde fosse corretamente integrada.

Tivemos consciência, que o próprio internamento também as afetava negativamente o que nos levou a adotar estratégias do âmbito relacional para estabelecer uma relação de confiança com as grávidas e assim facilitar esta vivência e contribuir para o desfecho favorável da gravidez.

A relação terapêutica é muito importante, por este motivo, tentávamos sempre estabelecer uma relação empática para que a mulher/casal tivesse confiança no profissional de saúde e assim pudesse esclarecer as suas dúvidas. Esta relação pode ser conseguida através de um ambiente calmo e tranquilizador para a mulher/e ou casal, Assim, mostrávamo-nos sempre disponíveis para esclarecer todas as dúvidas das clientes.

Os autores (Harmon, et al., 2005) sublinham que para a maioria das famílias, a experiência da gravidez é positiva, mas para as famílias onde ocorrem problemas na gravidez essa normalidade pode ser abalada, causando uma maior sensibilidade, medo e ansiedade não só para a mulher mas também para o seu companheiro.

As famílias, cujas mulheres apresentam uma gravidez de risco necessitam de uma atenção extra para que possam manter e preservar a sua saúde. O EESMO, juntamente com as famílias, procura encontrar estratégias de *coping* que as ajudem a adaptar-se à sua situação de saúde, através da identificação dos seus medos. Sempre que detetávamos uma situação de risco, referenciávamos ao serviço de psicologia, que o CHPVVC oferecia.

À medida que o estágio foi progredindo, fomos adquirindo maior autonomia e nas várias situações aperfeiçoamos o pensamento crítico, na prestação de cuidados, bem como na realização de registos de enfermagem, procurando sempre, aprofundar os conhecimentos, com base na evidência científica mais atual, relativa às patologias mais frequentes no serviço.

Face à grande diversidade de patologias com que pudemos contactar, neste relatório será descrita uma delas mais profundamente, como meio de expor as competências adquiridas no cuidado à mulher grávida com patologia associada.

Das patologias mais frequentes no serviço, optamos pela descrição dos cuidados prestados à grávida com pré-eclampsia (PE), um dos distúrbios hipertensivos maternos mais frequentes, rotura prematura de membranas (RPM), e a vigilância da doença trofoblástica gestacional (DTG) nomeadamente referida a mola hidatiforme.

A descrição visa demonstrar as competências adquiridas na área da patologia materna e também de que forma fomos desenvolvendo o pensamento crítico.

O planeamento e implementação do processo de enfermagem foram delineados após a avaliação da situação da grávida com complicações e a identificação dos diagnósticos de enfermagem. Assim, foi desenvolvido e implementado um plano de cuidados tendo em conta a especificidade de cada caso e os resultados em saúde pretendidos para cada mulher/família.

Os cuidados implementados na nossa prática em estágio, basearam-se na promoção do bem-estar físico materno-fetal, prevenção e controlo de complicações, evitando possíveis sequelas. De todas as intervenções realizadas, enfatizamos a importância de oferecer suporte emocional à gestante e família.

A avaliação do bem-estar materno-fetal de todas as mulheres internadas na UGR foi realizada através da vigilância dos sinais vitais, pele e mucosas, comportamento da grávida e a presença de sinais e sintomas relacionados com cada patologia.

A vigilância do bem-estar fetal foi uma das nossas preocupações e alvo da nossa vigilância criteriosa.

Nos dias de hoje, com a evolução tecnológica, recorre-se a tecnologia avançada para avaliar o bem-estar fetal, como por exemplo, através da utilização do cardiotocógrafo (CTG). Mas existem outros instrumentos ainda hoje rotineiramente utilizados como o doppler e o estetoscópio de Pinard (EP).

Os batimentos cardíacos fetais podem ser detetados pelos diferentes instrumentos a partir das 10-12 semanas de gestação. Quando nos referimos a instrumentos simples, referimo-nos ao EP e ao doppler: quer o EP, quer o doppler consistem em instrumentos que permitem a auscultação dos batimentos cardíacos fetais, após a localização do foco de auscultação, que é conseguido através das manobras de Leopold.

O autor (Blake, 2008) demonstrou que o doppler é uma ferramenta essencial, sendo o método mais versátil e apropriado na auscultação intermitente dos ruídos cardíacos fetais durante a gravidez. Este mesmo autor refere que só as parteiras com experiência e com treino específico são capazes de utilizar o EP e o doppler como método de auscultação.

Na UGR a realização de cardiocotografia foi a prática mais comum, sendo utilizada nas grávidas com complicações que se encontravam no terceiro trimestre de gravidez. A evidência demonstra que o CTG é importante durante o trabalho de parto e parto, mas não é útil em determinar o estado do feto após o nascimento (Kaban, et al., 2012). No entanto, verificamos que era importante a realização da cardiocotografia na vigilância do trabalho de parto, principalmente nas grávidas com patologia associada, no sentido de avaliar o bem-estar fetal. Portanto, consideramos que é fundamental avaliar cada situação de forma individualizada (Kaban, et al., 2012).

Uma vez que foram já referidas as intervenções implementadas nos diferentes contextos patológicos vamos passar, de seguida, a explicar as mesmas.

A patologia hipertensiva da gravidez é muito frequente e está associada a uma taxa de morbilidade elevada. As consequências resultantes de um distúrbio tensional mal controlado na gravidez pode resultar em: eclâmpsia, disfunção renal, descolamento prematuro da placenta, parto por cesariana, restrição de crescimento intra-uterino (RCIU), parto pré-termo e recém-nascido leve para a idade gestacional (LIG) (Ribowsky, 2012).

A patologia hipertensiva na grávida engloba vários tipos de distúrbios: hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão crónica.

A hipertensão gestacional (HG) é a causa mais frequente de hipertensão na gravidez, o seu diagnóstico é realizado quando as grávidas apresentam a TA: sistólica > 140 mmHg ou diastólica > 90 mmHg e sem proteinúria na segunda metade da gravidez (Filho, et al., 2010). Apenas 15% a 25% das grávidas com HG desenvolvem proteinúria, o que leva à pré-eclampsia. A Hipertensão induzida pela

gravidez é uma condição na qual ocorre um vaso espasmo nas pequenas e grandes artérias.

Já o autor (Leveno, 2010) define em cinco categorias os distúrbios hipertensivos da gestação: (1) Hipertensão gestacional, (2) pré-eclampsia (PE), (3) eclampsia, (4) pré-eclampsia sobreposta à hipertensão crónica, (5) hipertensão crónica.

Devido aos vários tipos de distúrbios hipertensivos, vamos focar a descrição dos nossos cuidados, da grávida com pré-eclampsia. A HG acontece devido a consequências da gravidez e só desaparece ou diminui após o nascimento do feto. A diferença entre hipertensão crónica e gestacional consiste na tensão arterial superior aos parâmetros normais mencionados anteriormente, antes das 20 semanas da gestação (Bridges, et al., 2003).

Segundo o autor (Pilliteri, 2007) apesar de anos de investigação, a causa da doença ainda é desconhecida. A HG deve ser encarada como um diagnóstico provisório, realizado durante a gravidez, que pode evoluir rapidamente para PE. A PE pode ser classificada em leve e grave e a sua evolução pode ser muito rápida o que sugere que a avaliação destas mulheres seja muito rigorosa e frequente. Assim, ficamos atentos aos seguintes sintomas: aumento da tensão arterial, sistólica e diastólica; edema, proteinúria, elevação rápida do peso, cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal (epigástrica), oligúria (< 500ml/24h), náuseas com ou sem vômitos, convulsão, creatinina sérica, trombocitopenia, elevação das enzimas hepáticas e frequentemente associada à PE está a RCIU (Ribowsky, 2012).

Era fundamental ser consistente na execução e no registo das avaliações da TA de modo padronizado, para além da observação da hipertensão, a avaliação do edema justifica outras investigações quanto à distribuição, grau e depressão. Se não se observava edema periorbital e facial, questionava-se a grávida quanto à sua presença ao acordar. O edema pode ser descrito como de declive ou depressível. O edema de declive é observado nas extremidades inferiores, onde a pressão hidrostática é maior (Lowdermilk, et al., 2008).

Também era necessário proporcionar um ambiente calmo e sereno. O ensino à família e o apoio emocional são essenciais para evitar sentimentos como o medo e ansiedade relacionados com a pré-eclampsia. Era fundamental encorajar a grávida a verbalizar os seus medos que ajudava a diminuir a intensidade da resposta emocional. Também foi necessário ajudar a mulher a identificar e a usar estratégias de adaptação, bem como a utilização de sistemas de apoio da CHPVVC para ajudar a reduzir o medo e a ansiedade (Lowdermilk, et al., 2008).

As causas do aparecimento da pré-eclâmpsia ainda permanecem desconhecidas, mas sabe-se que esta situação é potencialmente perigosa para mãe e filho, com uma prevalência de 5,0 a 10,0 % das gravidezes (Azevedo, et al., 2009).

Esta situação pode causar complicações severas tanto maternas como fetais tais como: eclampsia, placenta abrupta, parto pré-termo, creatinina sérica, trombocitopenia, elevação das enzimas hepáticas (HELLP) (Langenveld, et al., 2011).

Nestes casos, tivemos de ter bem presentes os conhecimentos sobre sinais e sintomas da PE. Assim, a nossa vigilância incidiu sobre: aumento da pressão sanguínea sistólica e diastólica (TA); edema generalizado (face, membros superior e inferior), proteinúria, elevação rápida do peso, cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal (epigástrica no quadrante superior), oligúria (< 500ml/24h), náuseas com ou sem vômitos, convulsão, creatinina sérica, trombocitopenia, e elevação das enzimas hepáticas (Ribowsky, 2012). Nem sempre a PE faz-se acompanhar do aparecimento de proteinúria, portanto é fundamental estar desperto aos outros sintomas associados.

A conduta mais apropriada para as grávidas com pré-eclâmpsia leve, passava pelo internamento na UGR para avaliação do diagnóstico, pela vigilância e pelo aconselhamento para que se mantivessem em repouso. Dependendo da idade gestacional e do seu quadro clínico eram determinados os cuidados, desde a avaliação das condições maternas e investimento na prevenção do risco.

Quando a gestação se encontra nas 36 semanas de gestação, para (Graça, 2010) não há benefício em prolongar a gravidez. Se a gestação tem menos de 36 semanas, principalmente entre as 34-36 semanas e a situação materno-fetal está estabilizada, pode-se adotar uma atitude expectante, que inclui o repouso no leito e a monitorização contínua do bem-estar materno e fetal. A hospitalização nestes casos, segundo o autor supra citado, tem benefícios em relação a mulheres que não foram internadas com este diagnóstico, o desempenho perinatal foi mais favorável em mulheres hospitalizadas.

A nossa atuação neste estágio passou pela vigilância dos sintomas da proximidade de eclampsia e era monitorizada a TA de 4/4horas; despiste da presença de cefaleias, distúrbios visuais, dor epigástrica e monitorização de ganho de peso diário, assim como a avaliação da proteinúria. O débito urinário era vigiado (30ml/h ou 120ml/4horas), assim como a vigilância do edema (face, mãos e membros inferiores e superiores). Estávamos atentos às análises laboratoriais

prescritas pelo médico, em dias alternados (contagem plaquetas, estudo da coagulação, enzimas hepáticas, perfil bioquímico).

A avaliação das condições fetais foi também alvo da nossa vigilância. Assim, a grávida era instruída relativamente ao registo e à importância da contagem de movimentos fetais, realizada diariamente; avaliação do crescimento fetal e do líquido amniótico, atos estes, realizados pelo médico obstetra.

Relativamente à Rotura Prematura de Membranas (RPM) foi também uma patologia frequentemente observada na UGR. Esta patologia, apesar dos efeitos nefastos que pode ter no desfecho de uma gravidez, é uma situação bastante comum. A maioria das vezes o seu diagnóstico é realizado através do exame físico da grávida. No entanto, cerca de 10 a 20% dos casos, não conseguem ser diagnosticados pela simples observação, por exemplo nos casos em que há uma perda escassa ou intermitente de líquido, sendo necessário para isso, recorrer a marcadores biológicos (Marcellin, et al., 2012). Segundo este autor a RPM é definida como a rotura das membranas amniótica e coriônica, com perda do líquido amniótico antes do início do trabalho de parto, estando associada ao trabalho de parto prematuro (TPM) e infeções maternas e fetais.

A deteção e diagnóstico precoce da RPM é essencial para aplicar as medidas terapêuticas adequadas e reduzir a morbilidade e mortalidade materna e fetal. Para (Cabero, et al., 2012) a RPM é definida como a rotura espontânea das membranas fetais, antes do início do trabalho de parto, ocorrendo em cerca de 10% das gestações de termo estando associada a 60% dos partos pré-termo.

Durante o módulo de gravidez com complicações, tivemos a possibilidade de prestar cuidados a grávidas com RPM, que apresentavam gestações superiores a 35 semanas. O que podemos constatar é que em cerca de 90% dos casos, o diagnóstico de RPM é realizado pelo conhecimento da história da grávida, que revela quando iniciou as perdas de líquido e descreve a quantidade e a cor do mesmo. Na urgência era efetuado o exame vaginal por intermédio de um espécule, que confirmava o diagnóstico através da visualização do líquido escorrendo pelo orifício cervical. O toque vaginal é desaconselhado devido a um maior risco de infeção e diminui o período de latência, podendo precipitar o trabalho de parto (Lowdermilk, et al., 2008).

Após o diagnóstico de RPM, a equipa multiprofissional de saúde tem de decidir o plano terapêutico para a grávida de acordo com a sua idade gestacional. De acordo com (Marcellin, et al., 2010) o internamento hospitalar, a toma de antibióticos e de corticóides são as intervenções que devem ser implementadas.

Pelo que observamos em estágio, esta também foi a conduta adotada pelos profissionais do CHPVVC.

Assim, foi-nos possível realizar diagnósticos de RPM através de vários métodos utilizados pelos profissionais do CHPVVC. Para além do exame físico, já referido, eram realizados os testes do papel de nitrazina e da fibronectina fetal.

O teste do papel de nitrazina, permite a avaliação do valor do pH do líquido colhido, ocorrendo mudança da cor (de amarelo-esverdeado para azul escuro) (Graça, 2010). Segundo este autor, este método pode dar resultados falsos-negativos devido há coexistência na vagina de substâncias com pH superior a 6,0, como esperma, sangue, mecónio, secreções vaginais ou urina. A rotura prolongada de membranas com volume de líquido amniótico residual também está associada a resultados falsos-negativos.

O teste da fibronectina fetal consiste na deteção de fibronectina nas secreções cervico-vaginais que pode ser devido à disrupção da junção corio-decidual ou da rotura das membranas. A fibronectina é uma glicoproteína de elevado peso molecular existente no líquido amniótico, placenta e membranas. Nas situações de RPM, o teste apresentava sensibilidade, e também tem particular interesse nas situações de parto pré-termo devido ao seu elevado preditivo negativo (Graça, 2010).

Quando existe RPM, mãe e filho ficam mais susceptíveis a complicações perinatais. Tendo presente a importância do líquido amniótico, que serve como uma proteção, prevenindo a infeção, o traumatismo do feto, compressão do cordão umbilical e é importante no desenvolvimento dos movimentos fetais e respiratórios (Graça,2010).

A rotura das membranas antes do início do TP é referida como RPM, quando esta acontece antes das 37 semanas da gestação. Cerca de 90% das grávidas entram em trabalho espontaneamente dentro de 24 horas, entre as 20 e 26 semanas, o período médio é de 12 dias e entre as 32 e 34 semanas apenas 4 dias (Filho, et al., 2010).

Mesmo na vigência expectante, a maioria dos casos de RPM entra em TP no prazo de 1 semana. Quanto menor for a idade gestacional, maior é o período da latência. O termo latência refere o intervalo entre a RPM e o início do TP. (Filho, et al., 2010). A RPM é normalmente associada a infeção materna e fetal, ou seja, o risco de infeção materna e fetal aumenta com o tempo de duração da rotura.

Segundo os protocolos do CHPVVC e do autor (Graça, 2010), se a RPM ocorrer após as 34 semanas de gestação o parto é induzido após 12 horas, e nunca

passa das 24 horas devido ao elevado risco de infecção e à possível ocorrência de corioamnionite.

A infecção corioamniótica ocorre em cerca de 20% dos casos de RPM. O risco do corioamnionite após RPM está diretamente relacionado com a duração do período da latência entre a rotura e o parto (Graça, 2010). Portanto, o objetivo é diminuir o tempo de latência e a incidência de complicações. Foi fundamental iniciar a profilaxia da infecção por *Estreptococos* de grupo B (EGB). Este, se não for tratado, pode ser extremamente agressivo para o feto, associado muitas vezes a sepsis neonatal (Graça, 2010). Assim, no caso do EGB ser desconhecido ou positivo, iniciava-se a profilaxia antibiótica após as 12 horas de rotura.

Assim, tendo em conta que a RPM está relacionada com o risco de infecção, os nossos cuidados com a grávida de risco, passaram pela vigilância de parâmetros indicativos de infecção, como: taquicardia, hipertermia, contratilidade uterina e características do líquido amniótico. A avaliação do bem-estar fetal também foi alvo da nossa vigilância.

Outra situação vivenciada por nós foi o cuidar de uma grávida internada na CHPVVC com a doença trofoblástica gestacional nomeadamente referida por mola hidatiforme.

A mola resulta da fertilização de um ovo cujo núcleo se perdeu ou ficou inativo. A mola é semelhante a um cacho de uvas brancas. As vesículas cheias de líquido crescem rapidamente fazendo com que o útero tenha um tamanho superior ao esperado para a IG. Habitualmente a mola completa não contém feto, placenta, membranas ou líquido amniótico. Em cerca de 20% das mulheres com mola completa ocorre coriocarcinoma (Lowdermilk, et al., 2008).

As intervenções referentes a esta patologia foi o apoio emocional, onde foi útil a comunicação terapêutica para poder ajudar a mulher/ou casal a lidar com a perda do feto. A mulher era encorajada a verbalizar os seus sentimentos. Note-se nestas situações a importância ao recurso social, através da referenciação da situação à psicóloga do serviço que tinha em vista o aconselhamento e acompanhamento da mulher durante o internamento. Outra intervenção não menos relevante passava por explicar à mulher a importância de não engravidar durante um ano devido à vigilância rigorosa, bem como a importância de tomar um método contraceptivo, à exceção do dispositivo intra-uterino (Lowdermilk, et al., 2008).

A presença de situações que coloquem em risco a vida da grávida e do feto, faz com que a mulher fique mais vulnerável a nível emocional, principalmente em

relação ao medo sobre o seu estado de saúde e o medo de morte fetal. As mulheres com gravidezes de risco necessitam de cuidados não só a nível físico, mas também ao nível emocional. É necessário transmitir confiança, e o EESMO deve criar uma relação de empatia e de confiança com a mulher, o seu parceiro e familiares.

Neste período inicial foi-nos possível identificar a comunicação terapêutica utilizada entre enfermeiro e cliente, e observar técnicas de comunicação entre enfermeiro e família. A comunicação é uma componente muito importante que deve ser introduzida nos cuidados de saúde a esta população específica. Por esse motivo, ao longo do estágio, recrutamos conhecimentos a nível da comunicação que se mostraram válidos e muito relevantes nos nossos cuidados.

A comunicação terapêutica tem como objetivo identificar e atender as necessidades de saúde do doente e contribuir para a melhoria da prática de enfermagem ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos doentes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros (Oliveria, et al., 2005). Assim, conhecendo a importância da comunicação terapêutica e suas influências no restabelecimento da saúde dos doentes, corroboramos a posição de (Pontes, 2008) quando refere que se deve avaliar se esta ocorre, de modo que se considere relevante realizar uma reflexão sobre as interfaces desse cuidado ao doente hospitalizado, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sob o prisma do processo de comunicação.

O estudo de (Durman, 2003) revelou que apesar dos enfermeiros reconhecerem a importância da comunicação terapêutica nos cuidados prestados ao doente, apontam falhas no relacionamento interpessoal e referem uma maior necessidade em ouvir os doentes, realizar mais leituras sobre o assunto e planear as suas ações, tendo sempre em consideração o cuidado holístico. Esta tomada de consciência pelos enfermeiros, acerca da importância dos conhecimentos sobre comunicação humana, relação de ajuda terapêutica e uso consciente deste saber foi o ponto de destaque deste estudo.

Assim sendo, vê-se a comunicação como um processo que pode ser utilizado como instrumento de ajuda terapêutica. Para tal, o EESMO deve desenvolver conhecimentos sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir capacidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na prestação de cuidados à utente com uma gravidez de risco (Bertone, 2007).

O EESMO, tendo o privilégio de conviver com a grávida durante mais tempo, tem a possibilidade de desenvolver a sua capacidade de comunicação.

Segundo (Bertone, 2007), ambos experimentam um conjunto de fenómenos, sentimentos, pensamentos e reações que podem interferir beneficemente no processo de comunicação. Entre eles estão a empatia, o respeito mútuo e a confiança. Para (Stefanelli, 2005) são os três elementos chave do processo comunicativo para que esta seja efetiva, terapêutica ou adequada.

A comunicação não é simplesmente uma troca de mensagens entre o EESMO e a mulher com uma gravidez em risco, mas sim uma ação que deve ser planeada e individualizada, não sendo realizada somente por impulsos e de forma intuitiva. Ou seja, o essencial é usar a comunicação terapêutica de forma consciente e planeada para facilitar o processo interpessoal entre EESMO e utente (Bertone, 2007).

Foi fundamental ser sensível à situação de cada mulher, e prestar cuidados individualizados e adaptados a cada necessidade. Foi importante ter a capacidade de perceção para que elas sentissem a confiança de poder verbalizar os seus próprios medos e dúvidas. Quando detetávamos alguma situação que não fosse na nossa área de atuação, tínhamos também a competência de encaminhar para outro profissional de saúde, como o psicólogo.

Sendo assim, foi possível a obtenção de experiências na transferência das grávidas internadas na UGR, para a sala de partos ou para o BP. Eram transferidas para o BP em algumas situações porque havia indicação para realização de cesariana. Nesses casos eram transmitidos ao EESMO responsável pela grávida a informação essencial para a prestação de cuidados.

Após a preparação da grávida para o Bloco Operatório, os cuidados incluíram cuidados de higiene, cateterismo periférico e soroterapia. Para além disso, era importante assegurar o bem-estar fetal através da monitorização da frequência cardíaca fetal. Em algumas das experiências a grávida era transportada para a Sala de Partos em que a grávida era acompanhada pelo companheiro para a sala e apresentada ao EESMO que era responsável pela prestação dos cuidados.

2.2. Aquisição de Competências no âmbito do Trabalho do Parto

O terceiro período do estágio profissionalizante decorreu na sala de partos, permitindo a aquisição de competências específicas na prestação de cuidados à mulher em TP e parto (eutócico e distócico) e ao RN, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. A OE refere que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia tem competências para prestar cuidados à mulher e sua família durante o TP e parto num ambiente seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para este módulo definiram-se como objetivos major a aquisição e desenvolvimento de competências específicas no ato de cuidar da mulher em TP, parto, puerpério imediato e ao RN.

Assim, como nos módulos anteriores, este também decorreu no CHPVVC realizado entre 16 de Março e 26 de Julho de 2012. Para dar resposta à diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2009, transposta para direito interno, lei nº 9/2009, de 4 de Março, que determina as diretrizes para a obtenção do título de EESMO.

Como futuros EESMO, prestamos apoio e orientamos a parturiente durante TP e o período expulsivo e monitorizamos continuamente o bem-estar materno e fetal. Assim, consideramos enriquecedora esta experiência que contribuiu de forma positiva para o nosso processo formativo.

O nosso percurso também se pautou pela experiência na urgência obstétrica. Na urgência obstétrica, prestamos cuidados a grávidas que se encontravam em diferentes estádios do TP, o que foi enriquecedor, já que contactamos com parturientes nos 4 estádios do TP permitindo uma visão holística dos cuidados prestados às parturientes. O conhecimento e distinção dos diferentes estádios do TP foram conhecimentos que recrutamos e mantivemos sempre presentes. Genericamente, o TP pode dividir-se em três diferentes estádios designados por dilatação, período expulsivo e dequitadura, os quais têm características e tempos bem definidos (Graça, 2010). Em seguida será feita uma análise mais detalhada destes períodos. A Figura 1 demonstra a divisão clínica do TP (Graça, 2010).

Figura 1. Divisão clínica do trabalho de parto

Quadro 29.1. Divisão clínica do trabalho de parto

1º estágio	(Apagamento e dilatação do colo uterino)
Início	Instalação de contracções uterinas regulares
Fim	Dilatação completa do colo uterino
2º estágio	(Período expulsivo)
Início	Dilatação completa do colo uterino
Fim	Após a expulsão do feto
3º estágio	(Dequitação)
Início	Após a expulsão do feto
Fim	Após a expulsão da placenta e das membranas

Fonte: (Graça, 2010)

Segundo (Rocha, 2009) o TP é uma experiência única, é o culminar de um período gravídico no qual a mulher se defronta com grandes dualidades de sentimentos: apreensões, medos, mas também com alegrias. Proporcionar uma experiência de parto positiva, foi sempre uma das nossas preocupações e para isso tivemos sempre em consideração a cultura, as crenças e as decisões da parturiente e sua família, indo ao encontro com o que defende (Bell, 2012).

Uma das dificuldades com que nos deparamos prendeu-se com os protocolos da instituição. No entanto, o nosso esforço foi sempre ao encontro duma intervenção individualizada e culturalmente adaptada a cada parturiente. Este cuidar holístico e individualizado tinha início logo na admissão da parturiente, onde fazíamos uma entrevista informal para nos inteirmos dos seus conhecimentos no que diz respeito às fases e fisiologia do TP ou se tinha frequentado aulas de preparação para o parto. Este conhecimento permitiu-nos delinear um plano de cuidados individualizado e adaptado à realidade de cada mulher/casal. A nossa postura perante esta e a sua família foi sempre de empatia e promoção de um ambiente seguro.

Tornar o parto uma experiência única e inesquecível de forma positiva, foi um dos nossos motes. Para isso, foi fundamental direcionarmos os cuidados no sentido de ajudar/apoiar a mulher e a sua família. O primeiro contacto é o ponto de partida para uma relação de confiança entre o enfermeiro/grávida e família (Bell, 2012). Assim, se a mulher tivesse um plano de parto, era sempre utilizado como prioridade. Quando os profissionais têm em conta as preferências da mulher/casal durante o seu parto, estes sentem-se mais seguros e respeitados (Fitzgerald, 2011). Segundo este autor, os aspetos como as técnicas de alívio da dor, o posicionamento durante o parto, a opção de ingerir ou não alimentos entre outras opções, como os rituais religiosos ou culturais, contribuem para uma experiência de parto positiva. A ligação confiança que se estabelece entre a grávida/enfermeiro e o sentimento de respeito aumenta o *empowerment* contribuindo para a diminuição da sua ansiedade e proporciona resultados mais positivos no parto (Bell, 2012).

Neste estudo é possível aferir que a integração da mulher no planeamento e intervenção no seu plano de cuidados aumenta a sua confiança e diminui a sua ansiedade, promovendo assim uma elevada taxa de sucesso no parto e uma satisfação com o mesmo. A ansiedade e o medo do parto resultam, na maioria das vezes, do desconhecimento sobre o TP e os procedimentos associados (Lowdermilk, et al., 2008).

Quando a parturiente era admitida na sala de partos procedíamos à sua integração no serviço. Informávamos sobre as condições físicas da sala de partos e da possibilidade da permanência contínua de um elemento significativo da mulher que verificamos ser, na maioria dos casos, o companheiro.

Tornar o parto um momento prazeroso e íntimo para o casal foi um dos nossos objetivos a par da prestação de cuidados de excelência de enfermagem na dimensão biológica da mulher e do feto. (Branden, 2000) defende que o processo de enfermagem apresenta-se como uma oportunidade para avaliar os conhecimentos da mulher/casal, responder às suas questões e incorporar no seu plano de cuidados, conduzindo a resultados positivos do parto.

A par desta integração, através da entrevista informal, realizávamos ensinamentos adaptados ao conhecimento de cada mulher no que diz respeito aos procedimentos habituais ao longo do TP, inquiríamos a opção da parturiente no que diz respeito à gestão da dor. Relativamente a este tema, a epidural foi o método mais frequentemente escolhido pelas parturientes, no entanto, informávamos sempre sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor

que tínhamos à disposição no CHPVVC, nomeadamente: uso da bola, massagem, e musicoterapia.

Abordávamos também outras questões importantes para a prestação dos nossos cuidados durante o TP e parto, tais como: se a mulher pretendia que o RN fosse colocado pele a pele logo após o nascimento, se o companheiro pretendia fazer a laqueação do cordão umbilical, se trazia kit para a recolha de células para criopreservação e se pretendia amamentar, bem como se o pretendia fazer na primeira hora de vida do RN. A recolha da história obstétrica reveste-se de extrema importância para a prestação dos cuidados. Realizávamos a avaliação da condição social, física e analítica da parturiente, nomeadamente o grupo sanguíneo.

É de extrema importância saber o grupo sanguíneo da utente, devido à possibilidade de ocorrer doença hemolítica no RN, devido a incompatibilidade dos grupos sanguíneos ABO e RhD. Mulheres RhD negativas, ao gerarem fetos com RhD positivos (por herança paterna), podem ser sensibilizadas e o organismo responde produzindo anti-corpos anti-D, que ultrapassam a barreira placentária, podendo hemolizar os eritócitos fetais (Baiochi, et al., 2007).

Nestes casos é solicitado o teste de coombs indirecto para determinar se a mulher desenvolveu anticorpos para o antigénio Rh (Melo, et al., 2006). O teste de Coombs indirecto é repetido às 28 semanas e se o resultado continuar negativo, indica que a sensibilização não ocorreu e é administrada a profilaxia da isoimunização Rh por via injeção intramuscular (Melo, et al., 2006).

De seguida, através do partograma, que é uma representação gráfica do TP, que nos permitia acompanhar a sua evolução, documentar, diagnosticar as alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção de desvios, evitando intervenções desnecessárias (Filho, et al., 2010), identificávamos os problemas e as prioridades e planeávamos as intervenções ajustadas a cada situação.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a utilização do partograma para o acompanhamento do trabalho de parto, com o objetivo de melhorar a assistência e reduzir a morbilidade e mortalidade materna e fetal. O objetivo do partograma é fornecer uma visão pictórica do trabalho de parto, para alertar o obstetra e o EESMO dos desvios da saúde materna ou do bem-estar fetal (Lavender, et al., 2012).

A nível pessoal, a utilização do partograma no início do estágio apresentou-se como uma dificuldade, devido a algumas limitações da minha parte no domínio

da língua portuguesa. Esta dificuldade linguística também teve repercussões a nível da passagem de turno, no entanto, todo o percurso de estágio permitiu desenvolver a língua portuguesa e assim ultrapassar com sucesso esta barreira linguística.

Os registos de enfermagem relativos ao parto são de extrema importância para a continuidade dos cuidados à parturiente e permitem avaliar a qualquer momento a qualidade dos cuidados prestados à mesma. No CHPVVC, os registos eram efetuados em suporte informático e papel e incluíam dados relativos à hora e data de nascimento, o tipo de parto, o tipo de analgesia, os dados relativos à dequitação, o cordão umbilical, as perdas sanguíneas, o estado do canal de parto, a duração da rotura das membranas, a episiotomia, as lacerações e a episiorrafia.

Em relação ao RN era registado o sexo, o peso, o índice de Apgar, as anomalias aparentes, a necessidade de reanimação neonatal, a colheita de sangue do cordão. Relativamente ao trabalho desenvolvido por nós na sala de partos, tivemos a possibilidade de obter um grande número de experiências, fulcrais para o nosso desenvolvimento enquanto futuros EESMO. Algumas das grávidas às quais prestamos cuidados foram admitidas no serviço para indução do TP. Quando a grávida não entrava em TP espontâneo a partir das 41 semanas de idade gestacional, era internada para iniciar indução de TP segundo o protocolo da instituição.

O Índice de Bishop era a ferramenta utilizada na avaliação do colo uterino para determinar a necessidade do amadurecimento cervical (Filho, et al., 2010). O estudo realizado por (Barros, et al., 2012) indica que o Índice de Bishop é um instrumento adequado e determinante para prever o parto por via vaginal. Este índice engloba parâmetros clínicos avaliados pelo exame pélvico. O exame pélvico consiste essencialmente, na observação com o espécuro e o toque vaginal (Graça, 2010). Segundo (Lowdermilk, et al., 2008) o Índice de Bishop é uma escala que engloba um sistema de classificação: dilatação, apagamento, estágio, consistência e a posição do colo uterino.

Quando o colo uterino apresentava um Índice de Bishop superior a 5, era iniciada uma perfusão endovenosa de ocitocina para a indução de TP. A indução por ocitocina era baseada no seguinte protocolo da do CHPVVC: era diluído 10UI de ocitocina em 1000ml de dextrose a 5% em SF 0.9% de acordo com o que nos diz (Graça, 2010).

A ocitocina é uma hormona produzida pela neuro-hipófise cuja função é estimular as contrações uterinas. A ocitocina sintética tanto pode ser utilizada para induzir o TP como para o acelerar, isto quando um TP está a progredir lentamente devido a contrações uterinas ineficazes. (Lowdermilk, et al., 2008).

A par da administração de ocitocina, mantínhamos a monitorização rigorosa da frequência cardíaca fetal (FCF), as características das contrações uterinas e os movimentos fetais, através da cardiotocografia contínua. A ocitocina iniciava-se a um ritmo de 2mUI minuto duplicando-se a velocidade da perfusão a cada 20-30 minutos (2, 4, 8, etc, mUI/minuto) e/ou até atingirem 3 contrações em 10 minutos. O ritmo da perfusão era gerido de acordo com os dados que obtínhamos da CTG e da avaliação materna, de acordo com o que nos diz (Graça, 2010).

Todo o fármaco tem os seus efeitos secundários, por isso foi fundamental ter os conhecimentos que nos permitiram fazer a vigilância e identificação de sintomas maternos e fetais que pudessem comprometer o desfecho do parto com a utilização da ocitocina. Assim a FCF e a contratilidade uterina foram vigiadas durante a administração da mesma. Quando detetávamos alterações do traçado de CTG ou quando as contrações excediam os 60 segundos de duração, a perfusão de ocitocina era desligada ou era diminuído o ritmo de acordo com (Graça, 2010).

A hipertonia é definida pelo aumento patológico da atividade miometrial, nos casos de hipertonia uterina também podemos encontrar a taquissistolia uterina, que se caracteriza pelo aparecimento de 5 ou mais contrações num intervalo de 10 minutos (Graça, 2010). A ocitocina pode provocar a diminuição da tensão arterial e o aumento da frequência cardíaca materna. Por este motivo, a monitorização dos sinais vitais da parturiente e a vigilância do bem-estar fetal foi sempre alvo da nossa atenção após administração da ocitocina. Na Figura 2, estão descritas as intervenções que o EESMO pode implementar, quando deteta anomalias da contractilidade uterina, nomeadamente na hipertonia e taquissistolia (Graça, 2010).

Figura 2

Terapêutica da hipertonia e da taquissistolia uterina
Suspensão da administração do ocitócicos
Administração rápida de fluidos
Reposicionamento da parturiente (decúbito lateral esquerdo)
Hiperoxia intermitente com máscara (10i/minuto)

Fonte: (Graça, 2010)

As prostaglandinas, nomeadamente a dinoprostona era o fármaco mais frequentemente utilizado para a indução do TP, quando o Índice de Bishop se encontrava igual ou inferior a 5. A bibliografia refere que o uso deste fármaco apresenta uma maior segurança relativamente ao risco de hiperestimulação uterina (Filho, et al., 2010). Quando havia contra-indicação materna para o uso da dinoprostona, como situações de parturientes com asma, era utilizado o misoprostol. A grávida era informada sobre o procedimento e questionado o seu consentimento. Durante a administração da medicação, mantivemos vigilância rigorosa do bem-estar materno e fetal, este último através da monitorização com CTG.

Os riscos da indução do TP seja com ocitocina, seja com a prostaglandina, relacionam-se com a possibilidade de provocar uma atividade uterina excessiva (Graça, 2010). Por esta razão, as induções de parto eram prosseguidas sob a monitorização de cardiotocografia contínua e sempre atentos aos padrões significativos como a taquissistolia e a hipertonia. Estas duas situações podem levar a sofrimento fetal, provocando desacelerações tardias e bradicardia fetal (AWHONN, 2009). Portanto, quando detetávamos uma taquissistolia, era interrompida imediatamente a ocitocina em perfusão, procedíamos à modificação da posição da parturiente, privilegiando o decúbito lateral esquerdo que se associa à diminuição da amplitude das contrações e das desacelerações (Graça, 2010). Na admissão da parturiente na sala de partos, um outro aspeto importante a ter em consideração, era o resultado do estreptococo B -hemolítico do grupo B (SGB). O SGB é uma bactéria encontrada na parte inferior do intestino e no trato urogenital em 20% a 25% das grávidas (Davidson, et al., 2010). Estas podem transmitir o SGB e provocar infeção do feto *in utero* e durante o TP e parto. O SGB

pode causar doença invasiva severa que provoca apneia e pneumonia e pode levar a complicações neurológicas a longo prazo (Davidson, et al., 2010).

O rasteiro do SGB realiza-se por intermédio de uma colheita por zaragatoa do 1/3 inferior da vagina seguido do esfíncter anal efetuado entre as 35 e as 37 semanas de gestação (Davidson, et al, 2010). Para prevenir a transmissão ao RN, as parturientes com resultado positivo iniciavam o protocolo do CHPVVC que consistia na administração de antibiótico de penicilina de 4/4 horas até ao nascimento, de acordo com o que defende (Lowdermilk, et al., 2008).

No CHPVVC existiam protocolos de atuação para as patologias grávidas mais frequentes. Quando a parturiente tinha diagnóstico de diabetes gestacional ou diabetes pré-existente à gravidez era iniciado o protocolo de diabetes da instituição. Tivemos a possibilidade de prestar cuidados a pelo menos três parturientes com diabetes gestacional e uma parturiente com diabetes pré-existente à gravidez. Assim, era iniciado um soro glicosado a 5% a um ritmo de 150ml/h, e era monitorizada a glicemia capilar de 4/4h, associadas a um esquema de administração de insulina subcutânea também protocolado mediante os valores apresentados.

Para além desta vigilância como EESMO, realizávamos também a vigilância de sinais e sintomas de complicações da diabetes (hipoglicemia/hiperglicemia) dando resposta às competências preconizadas pela OE no que diz respeito à vigilância de parturientes com patologia associada.

Uma das competências do EESMO é determinar a viabilidade da progressão do feto por via vaginal e avaliar os diâmetros da bacia. O exame vaginal ao longo do TP é uma prática realizada de forma rotineira durante o intraparto. Antes da realização do toque vaginal, era pedida a permissão da parturiente e dada a justificação da necessidade da realização do mesmo, mantendo sempre a sua privacidade. O toque vaginal permite verificar a apresentação fetal, posição e variedade, a extinção e dilatação do colo uterino, a integridade das membranas, o plano de Hodges, ou seja, qual o nível de descida da apresentação no canal de parto e a variedade fetal (anterior, posterior ou transversa) (Graça, 2010).

Atualmente, as *guidelines* do Reino Unido recomendam que o exame vaginal deve ser realizado em intervalo regular de mais de 4/4 horas e só efetuado se for necessário. Segundo (Shepherd, et al., 2013), os exames vaginais rotineiros levam a intervenções desnecessárias. A avaliação da progressão do TP através do toque vaginal, com determinação da dilatação e extinção do colo uterino, foi uma área na qual investimos desde o início do estágio, já que esta reveste-se de

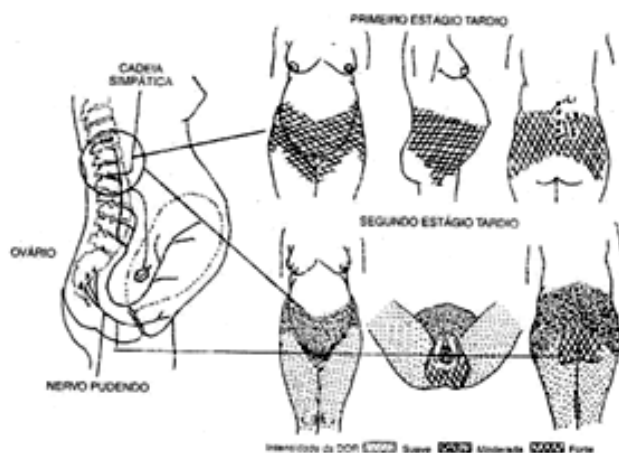
extrema importância na execução do parto. Assim, com as múltiplas experiências que tivemos durante este estágio conseguimos ultrapassar, o que consideramos uma dificuldade no início do mesmo.

Como temos vindo a referir, um dos objetivos neste estágio era proporcionar um parto com conotação positiva às mulheres que prestávamos cuidados. Para isso tivemos em atenção a dor indissociável ao TP. A experiência do TP e parto relaciona-se na maioria das vezes com a dor sentida durante o mesmo. A dor é um fenómeno desagradável, complexo e muito individual com ambos os componentes sensoriais e emocional (Lowdermilk, et al., 2008).

Na sala de partos é proporcionado à parturiente a possibilidade de optar por um TP sob o efeito da analgesia epidural que, tal como já fora referenciado, foi a mais frequentemente eleita pelas parturientes. A escolha das parturientes por esta técnica acontecia após o ensino sobre o procedimento, os riscos e benefícios e o esclarecimento de todas as dúvidas que a utente nos colocasse.

Foi fundamental avaliar criticamente cada situação. Este estágio deu-nos a possibilidade de lidar com grávidas de diferentes culturas, o que levou à possibilidade de lidar com diferentes respostas à dor. Neste sentido, o EESMO deve avaliar os efeitos fisiológicos da dor na mulher e estar atento às suas palavras, para descrever as qualidades subjetivas/adjacentes e sensoriais da sua dor (Lowdermilk, et al., 2008). A Figura 3 demonstra as vias e áreas cutâneas da dor durante o TP (Filho, et al., 2010).

Figura 3: Vias e Áreas Cutâneas da Dor Durante o Trabalho do Parto



Fonte: (Filho, et al., 2010)

Para além da analgesia por via epidural, há a possibilidade da analgesia loco-regional. No entanto, esta reveste-se de alguma controvérsia. De acordo com (Graça, 2010) a analgesia por via epidural quando aplicada precocemente antes de dois centímetros de dilatação cervical conduz a um prolongamento do TP. No

serviço, onde desenvolvi o estágio, era iniciada na maioria das vezes após os dois centímetros de dilatação cervical e quando as contrações uterinas eram regulares e dolorosas.

Para a vigilância e prestação de cuidados à parturiente, recrutamos os conhecimentos relativos à anatomia e à fisiologia da mulher e sobre a farmacologia, no sentido de estarmos cientes e atentos aos efeitos terapêuticos e adversos e das formas de administração dos vários fármacos (Graça, 2010).

Para o bloqueio subaracnoideu a parturiente adotava a posição sentada em flexão anterior. Durante este procedimento, mantínhamos a vigilância do bem-estar materno e fetal. Neste sentido, monitorizávamos a tensão arterial devido ao risco de hipotensão materna, com repercussão fetal devido aos fármacos utilizados atravessarem a barreira placentária, podendo provocar comprometimento da perfusão do oxigénio (Davidson, et al., 2010), frequência cardíaca e respiratória, sendo os dados registados no partograma. Para a prevenção da hipotensão materna provocada pela ropivacaína ou pelo sufentanil era administrado por via endovenosa a solução de lactato de ringer.

A vigilância do bem-estar materno fetal através da avaliação cuidada do traçado da CTG foi também alvo da nossa atenção, devido ao risco de bradicardia fetal associada à administração dos fármacos (Lowdermilk, et al., 2008). Relativamente ao uso da analgesia por via epidural, a evidência refere que há um aumento da incidência do parto instrumentado (fórceps, ventosa e necessidade de episiotomia) devido ao seu uso (Davidson, et al., 2010). Devido à analgesia por via epidural, as contrações uterinas deixam de ser percebidas assim como o estímulo urinário. Por este motivo, mantivemos a vigilância da formação de globo vesical e instruímos a parturiente a esvaziar a bexiga de forma intermitente, a cada 1-2 horas.

Quando detectávamos a formação de globo vesical procedíamos ao esvaziamento da bexiga por intermédio da algaliação. A formação de globo vesical pode impedir a progressão da apresentação durante o TP, provocar hipotonia da bexiga e aumenta o risco de infeção urinária (Awad, et al., 2012). Quando a parturiente não está sob o efeito de analgesia, a bexiga cheia pode aumentar a dor durante as contrações (Filho, et al., 2010).

O bem-estar da parturiente também foi uma preocupação constante na prestação dos cuidados. Neste sentido, promovíamos a deambulação e a mudança de decúbitos para lhe proporcionar maior conforto. Estas intervenções para além de aumentarem o conforto da parturiente promovem a descida fetal e a circulação

uteroplacentária (Lowdermilk, et al., 2008). A deambulação era gerida mediante as condições da parturiente.

Para promover a mobilidade e o relaxamento pélvico, facilitadores do TP, incentivávamos a parturiente, quando esta se mostrava recetiva, a utilizar a bola de parto, (Lowdermilk, et al., 2008). Quando a analgesia já estava em curso, vigiávamos as funções motoras, devido ao risco de queda. Estudos defendem que a utilização da bola de parto, durante o período pré-natal, melhora a confiança da mulher, diminui a perceção da dor e há uma correlação com a diminuição do uso de analgesia durante o parto (Chang, et al., 2011).

O parto surge após o término da gestação e um longo período de preparação e espera. O TP, apesar de curto comparativamente com a duração da gestação, é provavelmente a fase mais significativa para a parturiente. São inúmeras as modificações fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher para este se encontrar preparado para o nascimento. Para este momento, a mãe e o feto necessitam de se adaptar, anatómica e fisiologicamente durante os diferentes estádios do trabalho de parto (Evans, 2010). Os nossos cuidados tiveram início logo na admissão da mulher, promovendo sempre o bem-estar materno-fetal. Para descrever os cuidados que prestamos às parturientes nos diferentes estádios, torna-se relevante explicar as transformações que ocorrem ao longo dos diferentes estádios.

O primeiro estádio do TP consiste nas três fases seguintes: fase latente (até 3cm de dilatação) fase ativa (4 a 7 cm de dilatação) e fase de transição (8 a 10cm de dilatação) (Lowdermilk, et al., 2008). A Figura 4 descreve os padrões normais do parto (Graça, 2010) e a Figura 5 descreve o primeiro estádio do TP e os critérios correspondentes a cada fase (Lowdermilk, et al., 2008).

Figura 4: Padrões evolutivos normais do parto

	Nulípara	Multípara
1º estágio		
Duração fase latente	Até 20 h	Até 14 h
Duração fase activa	>1,2 cm/h	>1,5 cm/h
Duração fase de desaceleração	Até 3 h	Até 1 h>1
Descida da apresentação	cm/h	>2 cm/h
2º estágio		
Duração normal	Até 45-60min	Até 15-20min
3º estágio		
Duração normal	Até 30 min	Até 30 min

Fonte: (Graça, 2010)

Figura 5: Progresso Materno durante o Primeiro Estádio do Trabalho de Parto

Crítérios	Fase Latente	Fase Activa	Fase de Transição
Contracções	Ligeiras a moderadas	Moderadas a fortes	Fortes e muito fortes
	Irregular	Mais regulares	Regulares
	Intervalo de 5 a 30 minutos	Intervalo de 3 a 5 minutos 40 a 70 segundos	Intervalo de 2 a 3 minutos 45 a 90 segundos
	30 a 45 segundos		
Descida	Nulípara:0	Cerca de +1 a +2cm	Cerca de +2 a +3cm
	Multípara: -2cm a 0 cm		
Perdas vaginais	Corrimento acastanhado mucoso ou muco rosado	Muco de rosado a sanguinolento	Muito sanguinolento

Fonte: (Lowdermilk, et al., 2008)

A duração de cada fase é influenciada por fatores como a paridade, estado emocional, nível de atividade da parturiente, apresentação e posição do feto (Lowdermilk, et al., 2008). Assim, na admissão, efetuávamos o exame físico da parturiente.

Neste exame físico, através das manobras de Leopold, determinávamos a apresentação e situação fetal para determinarmos o ponto de auscultação da FCF. Monitorizávamos as contrações uterinas e através do exame vaginal determinávamos a dilatação e extinção do colo uterino, o plano em que a apresentação de encontrava, o estado das membranas amnióticas e a avaliação do líquido amniótico, no caso de haver rotura de membranas. Através da recolha destes dados, era possível determinar o progresso do TP (Lowdermilk, et al., 2008). Durante a realização deste exame físico, preocupávamo-nos sempre em manter a privacidade e a confidencialidade da parturiente, conquistando a sua confiança e minimizando a ansiedade.

Com estas atividades desenvolvidas conseguimos desenvolver capacidades e competências técnicas, científicas e relacionais no cuidado à mulher/acompanhante/família ao longo dos estádios do TP.

A rotura das membranas dá-se frequentemente durante a fase de transição do TP, definida como a rotura espontânea de membranas (REM) (Graça,2010). Após a rotura, a (American College of Obstetricians & Gynecologists, 2007) refere que 50% das parturientes têm o parto após 5 horas, e quando há REM o parto ocorre após 28 horas. Quando a REM acontece após 24h antes do parto, o risco de infeção aumenta, havendo maior probabilidade de corioamnionite (RN Maternal Newborn Nursing, 2010).

Como já referido, após a REM, existe o risco de prolapso do cordão umbilical, nestes casos, tivemos atentos ao traçado da CTG, para detetar anomalias como desacelerações. A avaliação do LA também foi alvo da nossa vigilância, relativamente à cor, à quantidade e ao cheiro. O LA deve ter uma coloração amarelo claro, sem cheiro e o volume varia entre 500 a 1200ml (RN Maternal Newborn Nursing, 2010). Se houver mecónio presente, a sua cor fica esverdeada, referida muitas vezes como “sopa de ervilha”, indicativo de sofrimento fetal (Filho, et al., 2010).

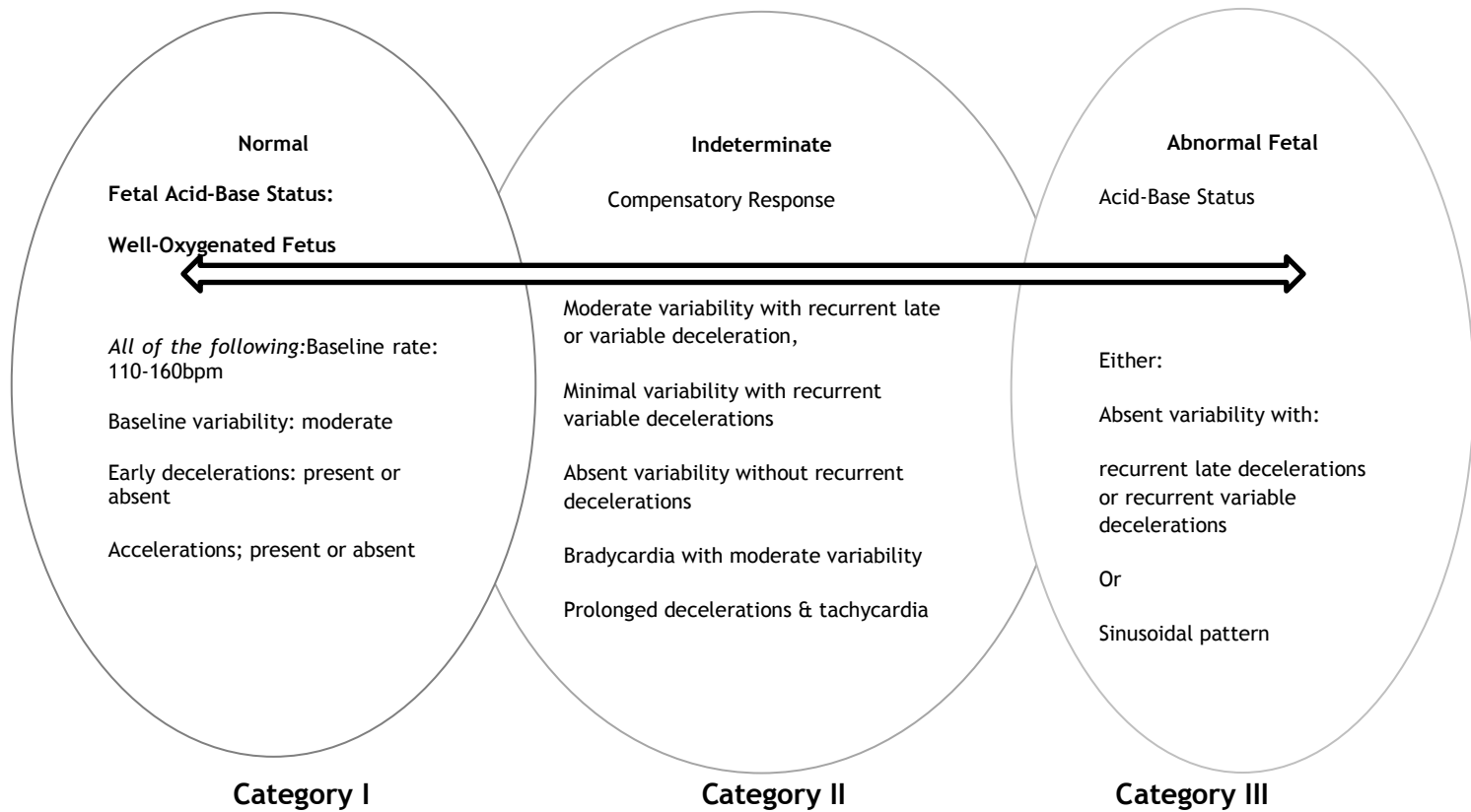
Devido ao risco de infeção, a temperatura corporal materna e a frequência cardíaca materna e fetal foram monitorizadas. No serviço, após REM ou rotura de membranas artificial, a temperatura corporal materna era monitorizada de 2 em 2 horas. A amniotomia é um procedimento através do qual se rompem as membranas

artificialmente (Filho, et al., 2010). No decorrer do estágio, tivemos a oportunidade de realizar a amniotomia. Este procedimento só era realizado quando havia indicação médica para o fazer. A amniotomia era realizada cuidadosamente, após a identificação do colo uterino e das membranas amnióticas, introduzia-se a pinça de amniotomia e rompia-se as membranas. Com a mão esquerda mantinha-se a pressão no fundo uterino mantendo a apresentação apoiada. Desta forma o LA sai lentamente e previne-se que haja o prolapso do cordão (Lowdermilk, et al., 2008). O autor (Filho, et al., 2010) defende que este procedimento não deve ser feito de forma rotineira. Não há evidência que sustente que a amniotomia acelere o parto e existem estudos que referem que aumenta a incidência da cesariana. No entanto, segundo (Branden, 2000) a amniotomia pode ser realizada para intensificar ou induzir o TP. Já os autores (Boulvain, et al., 2010) referem que a amniotomia aumenta a eficácia das contrações uterinas.

As contrações uterinas podem ser voluntárias e involuntárias e em combinação têm a função de expulsar o feto e a placenta para o exterior do útero (Lowdermilk, et al., 2008). A avaliação e vigilância das contrações uterinas fizeram parte dos nossos cuidados. Através da palpação (colocação da mão no fundo uterino) avaliávamos a intensidade, a frequência e a duração da contração. Devido à analgesia por via epidural, a parturiente por vezes não sente a contração e a palpação manual surge como um procedimento eficaz na deteção da contração uterina (RN Maternal Newborn Nursing, 2010).

A CTG também nos fornecia dados importantes sobre a contração, nomeadamente a frequência e a sua duração. A CTG é uma técnica de interpretação nem sempre fácil, requerendo um conhecimento profundo da fisiologia e fisiopatologia do feto e o treino continuado da leitura dos traçados (Graça, 2010). Através do CTG, verificávamos o nível de oxigenação do feto. Consideramos um traçado da FCF basal tranquilizador quando este se apresentava entre os 110 e 160 batimentos por minuto (bpm), a variabilidade normal (> 5ppm e <25ppm), ausência de desacelerações precoces e presença de acelerações esporádicas (Graça, 2010). A Figura 6 demonstra a resposta dinâmica fisiológica do feto durante o TP através do CTG (AWHONN, 2009).

Figura 6- Dynamic Physiologic Response Model



Fonte: (AWHONN, 2009)

A utilização do CTG intraparto é uma técnica que comporta grandes possibilidades de ajudar o EESMO a avaliar o bem-estar fetal. (Graça, 2010), a monitorização do CTG intraparto apresenta as seguintes vantagens: registo contínuo, em suporte de papel da FCF e das contrações uterinas, avaliação da variabilidade da FCF, deteção e identificação dos padrões periódicos, vigilância de vários fetos, e a possibilidade de rever o comportamento da FCF durante todo o TP (Graça, 2010).

Também é importante sublinhar as desvantagens do CTG intraparto que são: um grande investimento inicial em equipamento, possível discrepância entre diversos observadores na interpretação dos traçados e menor humanização do parto (Graça, 2010).

No CHPVVC, às grávidas de baixo risco, durante a fase ativa do primeiro estágio do TP, era realizada a monitorização com o CTG contínua, mas com algumas orientadoras de estágio, era realizada a monitorização por auscultação intermitente na fase latente do TP. Segundo (Lowdermilk, et al, 2008) a FCF deve

ser avaliada antes e após a deambulação, rotura de membranas e administração de analgésicos.

Durante o estágio, devido aos diferentes critérios seguidos pelas diferentes tutoras, a frequência de monitorização da FCF era variável. A auscultação intermitente era realizada quando a gravidez era de baixo risco e isto é suportado pelo American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) que refere que, para a vigilância fetal intraparto, desde que efetuada a intervalos específicos, a auscultação intermitente é equivalente à monitorização eletrónica contínua para a deteção de sofrimento fetal (ACOG, 2010).

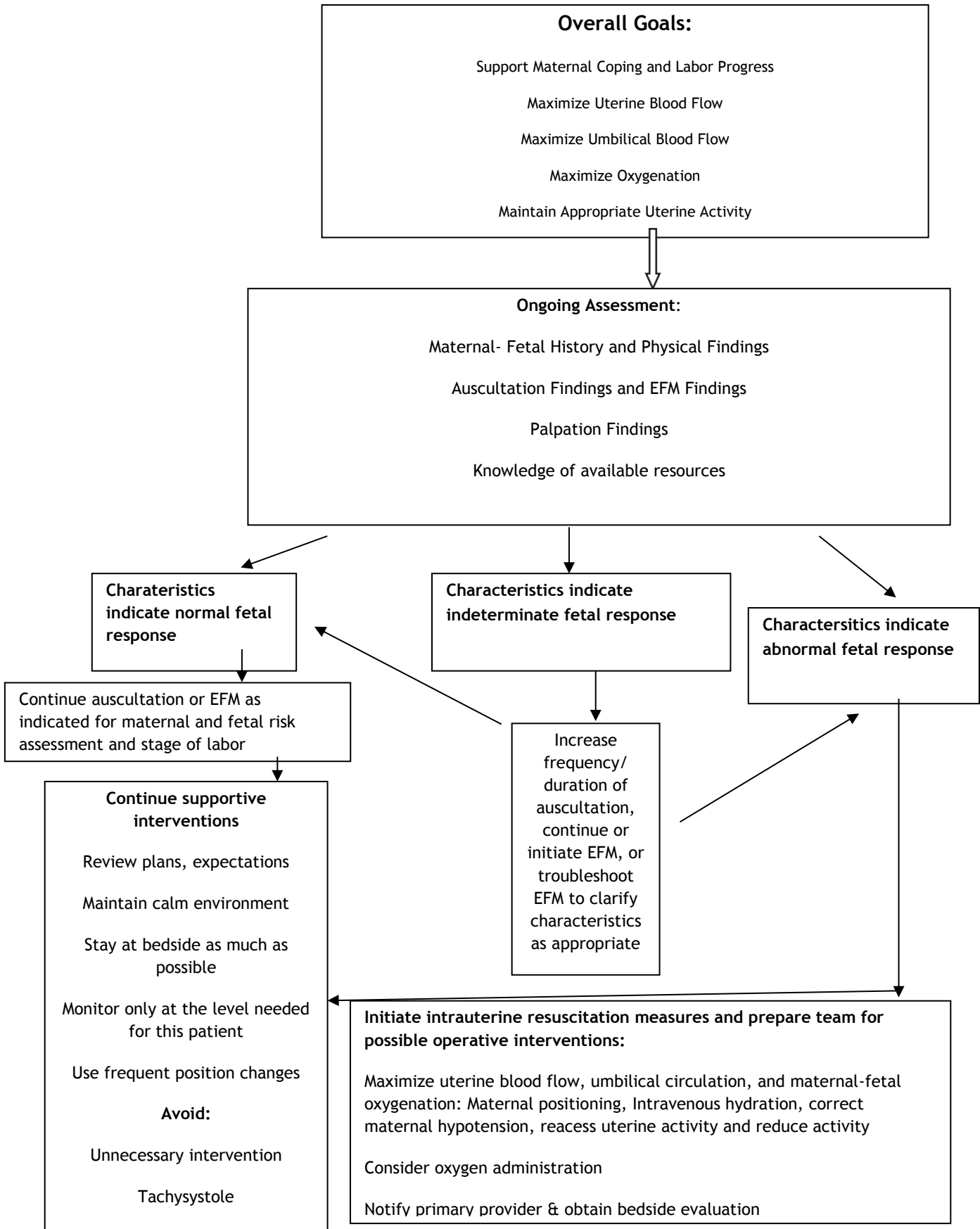
Segundo (Graça, 2010), a CTG contínua durante o TP diminui significativamente a incidência de convulsões neonatais (a maior atribuível a situações de hipoxia intraparto) mas com maior taxa de partos por ventosa/fórceps. No entanto, a (ACOG, 2005) defende que o TP em parturientes com situações de alto risco deve ser monitorizado continuamente.

Os padrões de CTG patológicos habitualmente relacionados com a ocorrência da bradicardia associada a diminuição da variabilidade ou desacelerações tardias acompanhados em pelo menos de 50% das contrações ou uma diminuição da variabilidade, são parâmetros que conferem a um traçado de CTG conotação de mau prognóstico, por estar, em geral, associado a degradação funcional do sistema nervoso central (Graça, 2010).

As situações de hipoxia fetal ocorrem num ou mais dos seguintes padrões cardiotocográficos: FCF basal apresentava menos de 100 bpm ou superior a 180 bpm, variabilidade reduzida ou nula, padrões periódicos de mau prognóstico com desacelerações tardias e desacelerações variáveis graves e por final o padrão sinusoidal (Graça, 2010).

Assim, as intervenções planeadas e implementadas por nós foram no sentido de reverter esta situação, ou seja, aumentar o fluxo sanguíneo ao útero, aumentar o débito cardíaco e a oxigenação materna de acordo com o que diz (Lowdermilk, et al., 2008). A Figura 7 demonstra o processo de diagnóstico do EESMO, bem como as intervenções efetuadas monitorização fetal (AWHONN, 2009).

Figura 7: Fetal Monitoring Decision Tree



Fonte: (AWHONN, 2009)

Neste sentido, para promover a oxigenação fetal, instruíamos a parturiente a privilegiar o decúbito lateral esquerdo. A mudança de decúbito frequente também era incentivada pelo menos de 2 em 2 horas de acordo com o que diz (Lowdermilk, et al., 2008).

Verificamos também que a alteração de decúbito materna tinha repercussões na FCF, o que comprova o que diz (Graça, 2010). Assim, perante um traçado com bradicardia implementávamos intervenções como a alteração do decúbito e iniciávamos a oxigenoterapia, sendo de seguida o obstetra contactado.

Além das anomalias da configuração e das dimensões da bacia materna, as situações tratadas seguidamente estão muitas vezes associadas a desproporção entre os diâmetros fetais e as dimensões do canal de parto, sendo causa de obstáculo ao encravamento ou a progressão fetal, configurando o que se designa por distocia mecânica. Quando estávamos perante uma distócica dinâmica, que são anomalias da apresentação, posição e dimensões do feto, da bacia materna e dos tecidos moles do canal do parto, o obstetra era contactado.

Como forma de promovermos o relaxamento e prestarmos apoio contínuo à parturiente, optamos pela utilização do método (psicoprofilático) de Lamaze, este método condiciona uma resposta da paciente às contrações uterinas simuladas, através do relaxamento muscular controlado e de padrões respiratórios adequados, em substituição do choro e da perda de controlo. Através do mesmo, promovíamos o relaxamento e a respiração adequada, conseguindo assim, manter o controlo da parturiente e facilitar o TP (Lowdermilk, et al., 2008).

Assim, fazíamos o ensino relativamente aos exercícios de contração muscular, para que a parturiente conseguisse manter o controlo. O maior controlo do seu corpo e sentimentos neste período aumenta os níveis de satisfação com o parto (Lowdermilk, et al., 2008). Quando a parturiente se encontrava muito ansiosa, não era possível realizar estes ensinamentos, sendo por isso adotada a comunicação terapêutica. Neste sentido, ressaltamos a importância da avaliação individualizada de cada mulher. A permanência de um significativo junto da mulher também aumenta o seu empowerment quando era o companheiro o acompanhante da mulher, promovíamos o seu envolvimento no plano de cuidados (Davidson, et al., 2009).

Existem várias técnicas, das quais recorreremos na prestação de cuidados às parturientes no sentido de vivenciarem o momento do parto como algo positivo. Das técnicas existentes destacamos a de distração. Segundo (Macloed, et al., 2004) a técnica de distração reduz a tensão e o stress e é benéfica na redução da

dor. A técnica respiratória, que inclui a respiração ritmada lenta, ritmada modificada e ritmada padronizada, foram também utilizadas por nós.

A música também se apresenta como um técnica não farmacológica que pode auxiliar a parturiente no controlo da dor, promovendo o relaxamento e diminuindo o medo e a ansiedade (Macloed, et al., 2004). Estas intervenções permitiram criar um clima de tranquilidade e confiança, combatendo o medo e mantendo o equilíbrio emocional da parturiente, aumentando assim o limiar da sensibilidade à dor durante o TP.

O segundo estágio do TP tem início com a dilatação cervical completa (10cm) e o apagamento (extinção) completo do colo uterino (100%) e termina com a expulsão do feto (Lowdermilk, et al., 2008).

O mecanismo do apagamento cervical consiste no aumento progressivo da atividade contrátil do miómetro durante a fase latente do TP, este fenómeno facilita a expulsão do rolhão mucoso (Graça, 2010). Durante este primeiro período abre-se o diafragma cervico-segmentário e forma-se o canal do parto, isto é, a continuidade do trajeto uterovaginal, com os dois fenómenos a predominar: o apagamento do colo ou desaparecimento do espaço cervical.

Nas múltiparas constatamos que, e tal como a literatura demonstra, ocorrem simultaneamente os dois: o colo uterino apaga-se em sincronismo com a dilatação (Filho, et al., 2010). Considera-se que a dilatação cervical está completa quando deixa de ser possível tocar em tecido do colo à frente da apresentação, que ocorre quando o diâmetro do canal atingiu os dez centímetros (Graça, 2010).

Durante o período expulsivo, orientamos a parturiente a realizar esforços expulsivos quando o reflexo de Ferguson não era sentido. Quando a mulher está sob o efeito de analgesia, este reflexo pode deixar de ser sentido, no entanto, a parturiente consegue ter a perceção de quando tem uma contração, sendo orientada para realizar o puxo dirigido nesse momento. Conforme (Bloom, et al., 2005) o puxo dirigido está desaconselhado. Este está associado a problemas relacionadas com o trato urinário e a estrutura pélvica e tem uma incidência no aumento da incidência de lacerações, episiotomia, partos instrumentados (fórceps e ventosa) e cesariana (Bloom, et al., 2005).

Neste estágio, tivemos a possibilidade de colocar as parturientes em diferentes posições, tais como, em decúbito lateral e de cócoras. Como referem os autores (Lowdermilk, et al., 2008) não existe uma posição única para o nascimento. O TP é um processo dinâmico e interativo. Assim, entendemos que a parturiente seja encorajada e assistida a posicionar-se da forma que lhe seja mais

confortável. A posição de cócoras segundo (Jansse, et al., 2012), facilita a descida fetal mas segundo (Altman, et al., 2006) há riscos envolventes nesta posição. Os estudos recentes demonstram que a posição como a de cócoras em comparação com a de litotomia está associada a um risco maior de hemorragia no pós-parto (Altman, et al., 2006).

Conforme (Jansse, et al., 2010), a posição em decúbito lateral aumenta o controlo da mulher durante os esforços expulsivos, promovendo a descida fetal e a diminuição do risco de trauma perineal. Conforme (Jansse, et al., 2012), é muito importante que a parturiente escolha a sua posição durante o segundo estágio do TP, isto beneficia a sua própria confiança e traduz -se numa maior satisfação da sua experiência.

A posição de litotomia foi a posição adotada pela maioria das mulheres durante o 2º período do TP. No sentido de promover o conforto e diminuir a ansiedade que a própria posição predispõe, assegurávamos que a parturiente apenas era colocada nesta posição muito próximo da expulsão fetal. Segundo (The Royal College of Midwives, 2012), as mulheres que eram colocadas em posição de litotomia experienciavam um maior número de intervenções e partos instrumentalizados. Conforme (The Royal College of Midwives, 2012), a posição de litotomia não facilita as apresentações em posterior, tornando o parto mais prolongado, o que provoca maior cansaço materno, dores lombares em comparação com a posição anterior.

Relativamente ao tipo de parto que executamos, todos eles foram cefálicos, o que segundo (Graça, 2010) é o mecanismo de parto mais comum. O mecanismo do parto em apresentação de vértice inclui os movimentos cardinais do parto incluindo: encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e a expulsão. O mecanismo do parto consiste numa combinação de movimentos que se conjugam harmoniosamente (Graça, 2010).

Para que o nascimento por via vaginal ocorra, o feto é obrigado a adaptar-se, durante a descida, ao canal do parto. As rotações e outros ajustamentos necessários no processo do TP do ser humano são designados por mecanismo do TP. Embora estas fases sejam abordadas isoladamente, na realidade, trata-se de uma combinação de movimentos que ocorrem simultaneamente.

As contrações uterinas modificam a postura fetal, sobretudo após o encravamento. O feto vai perdendo a sua convexidade dorsal e os membros aproximam-se do tronco, conseqüentemente, o feto perde a sua forma ovóide e

obtem um formato cilíndrico, de modo a adquirir os diâmetros mínimos que permitam uma mais fácil passagem pelo canal de parto (Graça, 2010).

O mecanismo começava pelo encravamento e diz respeito à passagem do maior diâmetro transverso da apresentação fetal através do estreito superior. Habitualmente o polo cefálico encrava fazendo coincidir o diâmetro sagital com um dos diâmetros oblíquos (direito ou esquerdo) do canal do parto (Graça, 2010).

A descida é o primeiro requisito para a progressão do TP. Nas nulíparas o encravamento pode ocorrer antes do início do TP e a descida só se verificar em fases mais tardias, nas múltíparas a descida inicia-se com o encravamento.

A flexão do polo cefálico fetal dá-se quando este encontra resistência, no colo do útero ou pelo canal do parto. Neste movimento o mento aproxima-se da face anterior do tórax, de modo a oferecer o menor diâmetro possível (o diâmetro occipitofrontal) (Graça, 2010).

A rotação interna é essencial para que o TP evolua, o maior diâmetro do estreito superior da bacia é o transverso. A rotação interna leva a deslocação do occipital no sentido da sínfise púbica (movimento de 45° nas variedades anteriores e de 90° nas variedades transversas), colocando-se o diâmetro ântero-posterior do canal do parto. Para sair, a cabeça do feto necessita de rodar, e inicia-se a nível das espinhas isquiáticas, mas só fica completa quando a apresentação atinge a pequena bacia. Em cada contração, a cabeça fetal é orientada pela bacia óssea e pelos músculos do pavimento pélvico (Lowdermilk, et al., 2008).

Tanto os músculos elevadores do ânus como a bacia óssea desempenham um papel importante na rotação anterior. A existência de traumatismo de parto anteriores ou a anestesia regional podem comprometer a função destes músculos (Lowdermilk, et al., 2008).

A extensão acontece quando o polo cefálico fetal, fletido, atinge o plano da vulva. Isto resulta do efeito combinado de duas forças: a exercida pela contração uterina, atuando mais posteriormente, e a exercida pela resistência oferecida pela sínfise púbica e pelo pavimento pélvico. Quando a cabeça do feto atinge o períneo, sofre uma deflexão anterior provocada por este. O occipital passa primeiro sobre o bordo inferior da sínfise púbica, depois a cabeça emerge por extensão: primeiro o occipital, depois a face e por fim o mento (Lowdermilk, et al., 2008).

Nesta fase do mecanismo do parto da extensão, e com os esforços expulsivos voluntários, a cabeça aparece no intróito vaginal. Ocorre o coroamento quando a porção mais larga da cabeça (diâmetro biparietal) provoca distensão da

vulva (Lowdermilk, et al., 2008). Nesta altura, aplicávamos gel para lubrificar o períneo e ajudar na distensão dos tecidos e facilitar a expulsão da cabeça fetal.

Assim, nesta fase do coroamento utilizávamos as mãos para controlar o nascimento da cabeça, e a manobra de Ritgen que permite a extensão da cabeça, protegendo desta forma a musculatura perineal e assistir a parturiente no controlo voluntário dos esforços expulsivos. Segundo (Lowdermilk, et al., 2008) a manobra de Ritgen previne lesões fetais intracranianas, evita lesões durais ou subdurais e previne lacerações vaginais ou perineias, protege os tecidos e reduz a dor perineal no período pós-parto.

Durante o coroamento verificávamos a necessidade da realização de episiotomia. A episiotomia consiste numa incisão no períneo para aumentar o diâmetro vaginal. Esta impede ou minimiza o trauma dos tecidos do canal do parto, facilitando a descida e a expulsão do feto (Filho, et al., 2010). Esta técnica quando efetuada, não deve ser muito precoce devido ao risco de perda sanguínea por um período de tempo longo, até ao parto, se tardiamente é difícil controlar as lacerações extensas. Esta deve ser realizada quando a apresentação fica visível durante uma contração (Cunningham, et al., 2012).

Apesar de ser uma técnica utilizada na assistência ao parto, a utilização da mesma foi sempre ponderada visto que a evidência científica que nos diz que esta técnica agrava a dor no pós-parto, aumento o risco de hemorragia, a infeção e a ocorrência de lacerações de terceiro e quarto grau (Weeks, et al., 2001).

As episiotomias efetuadas eram na porção médio-lateral, segundo (Filho, et al., 2010) este procedimento aumenta o risco de dor pós-parto. Portanto, o uso da episiotomia deve ser reservado a casos particulares como quando estamos perante uma distocia de ombros, ou pelve, na utilização de fórceps ou ventosa (intervenção médica), e não deve ser realizada de forma rotineira (Filho, et al., 2010).

Após a saída da cabeça fetal verificávamos a existência de circulares cervicais do cordão umbilical, era sempre realizada uma palpação suave para identificar a presença de circulares. Tivemos a oportunidade de experienciar uma circular apertada, no entanto, foi fácil de a remover, não tendo constituído um problema. Nesta situação tentávamos passar o cordão por cima da cabeça do feto, logo após, o cordão era clampado em dois pontos, cortado entre esses dois pontos e rapidamente antes de o nascimento acontecer.

Após a expulsão da apresentação inicia-se o próximo passo do mecanismo do TP que é a rotação externa, isto é, o polo cefálico retoma a sua atitude

anterior à rotação interna, ou seja, se o occipital estava numa posição esquerda, roda novamente nesse sentido esquerdo e vice-versa. Este movimento é designado como restituição. Esta rotação de 45 graus volta a realinhar a cabeça do feto com o dorso e os ombros (Graça, 2010).

Durante a rotação externa, aplicávamos uma mão de cada lado da cabeça do feto, era exercida pressão suave para baixo e para a frente, para que o ombro anterior pudesse emergir por baixo da sínfise púbica, de seguida enquanto exercíamos pressão suavemente na direção oposta, surgia o ombro posterior (Graça, 2010).

Tivemos a oportunidade de experienciar uma situação de distocia mecânica, nomeadamente uma distocia de ombros durante a fase da rotação externa. A distocia de ombros é uma emergência obstétrica relativamente rara e imprevisível, que pode causar graves complicações para o feto e para a parturiente.

A distocia de ombros é definida como a dificuldade da extração do feto ao nível da cintura escapular depois de expulso do polo cefálico, é o bloqueio da expulsão dos ombros do feto anteriormente pela sínfise púbica e posteriormente pelo promontório (Graça, 2010). Neste caso em particular, o feto era macrossómico (peso do recém-nascido superior a 4000g) o que segundo (Marques, et al., 2011) é reconhecido como um fator de risco para a distocia de ombros. Outros fatores de risco para a distocia de ombros incluíam a diabetes materna, a história de distocia de ombros em parto anterior e o segundo estágio do parto prolongado (Marques, et al., 2011).

O sinal mais evidente da distocia de ombros é a evidência da retração da cabeça fetal imediatamente após a sua expulsão (sinal da tartaruga) (Graça, 2010). Assim, logo que foi feito o diagnóstico de distocia de ombros, foi efetuada a episiotomia para alargar o espaço pélvico posterior. A primeira manobra que foi efetuada foi a hiperflexão das coxas da parturiente, suportado firmemente por outro EESMO, esta manobra é referida como manobra de McRoberts (Marques, et al., 2011).

Por fim, a expulsão é o ultimo componente do mecanismo do trabalho de parto, isto acontecia quase imediatamente após a rotação externa, a saída dos ombros e o resto do corpo fetal era rapidamente expulso. Conforme (Lowdermilk, et al., 2008), a segurança do feto era primordial, e tivemos que ter atenção à sua saída, que por vezes pode ser muito rápida. A mão direita mantinha a proteção do

períneo, e finalmente o corpo emergia e era observada a hora de nascimento e registrada.

Logo após o nascimento, era verificado o estado do RN, este era limpo e estimulado através da massagem táctil (nas costas de cima para baixo). A avaliação do RN era realizada de imediato após o nascimento, verificando a permeabilidade das vias aéreas e o índice de Apgar.

O índice de Apgar permite uma rápida avaliação da necessidade de reanimação, baseado em cinco parâmetros que indicam o estado fisiológico do RN: (1) a frequência cardíaca, (2) a frequência respiratória, (3) tônus muscular, (4) a irritabilidade reflexa, (5) a cor da pele. Segundo (ACOG, 2002) o índice Apgar não prevê resultados neurológicos, mas é útil para descrever a transição do RN para o ambiente extra-uterino.

Faz também parte das competências do EESMO, prestar cuidados ao RN, no sentido de o avaliar e estabilizar logo após o nascimento. Em relação à reanimação do RN na sala de partos, ela consiste na assistência ao RN no período crítico da transição da vida fetal para a vida extra-uterina. Tivemos sempre a responsabilidade de antecipar estas situações, com a adequada preparação do equipamento necessário para a reanimação neonatal.

Após o nascimento do RN, garantíamos uma fonte de calor, posicionávamos corretamente o RN sob a fonte de calor, e promovíamos a secagem suave da pele. Também mantínhamos as vias aéreas permeáveis, através do posicionamento do RN, a aspiração da orofaringe e das fossas nasais (Graça, 2010).

Realizávamos uma avaliação física e se o RN apresentasse dificuldades respiratórias ou gemido, ou se fosse detetada alguma anormalidade o pediatra era imediatamente contactado, quando se tratava de um RN de risco. (Branden, 2000).

Era protocolo do serviço a profilaxia ocular como medida de prevenção da infecção ocular, era aplicado um agente profilático como a eritromicina no interior do globo ocular. Esta aplicação segundo (Workowski, et al., 2002) é uma medida de precaução contra a conjuntivite neonatal que pode ser contraída durante a passagem através do canal do parto materno. O agente profilático era realizado após o contacto inicial com os pais, conforme referem (Lowdermilk, et al., 2008) a profilaxia deve ser adiada para que o processo de vinculação e apego seja estabelecido.

Devido ao RN ter maior risco de hemorragia devido à imaturidade de fatores de coagulação provocados pelo déficit da vitamina k, administrávamos como protocolo da instituição uma única dose de vitamina K 0.5mg a 1 mg por via intramuscular.

Após o nascimento do RN e a sua estabilização, monitorizávamos o peso, o comprimento e o perímetro cefálico, e por fim era colocado a pulseira de identificação, com o dispositivo de segurança neonatal (Huggs), e era de imediato registado no programa de segurança.

De seguida, o RN era colocado em contacto com a pele da mãe e coberto com um lençol previamente aquecido. Existem algumas vantagens de contacto pele a pele como: mantém o bebé aquecido, promove o processo de vinculação e promove a amamentação precoce (Bystrova, et al., 2009).

Tendo em conta a importância que a vinculação tem no desenvolvimento da criança e na criação de afetividade entre a mãe e o bebé, facilitávamos o contacto precoce pele com pele com a mãe e com o pai (Bystrova, et al., 2009).

Este estudo indica que o contacto pele-a-pele, com a duração de 15 a 60 minutos depois do nascimento, tem influência positiva na vinculação e na afetividade materna e neonatal.

Num estudo de coorte prospetivo, realizado por (Mikielkostyra, et al., 2001) ao analisaram um grupo de 1250 crianças polacas com três anos de idade, sobre a influência do contacto pele-a-pele, logo após o nascimento e durante a amamentação, inferem que o contacto pele-a-pele superior a 20 minutos após o nascimento aumenta a duração da amamentação exclusiva (Pereira, 2006).

Assim, procuramos sempre que as condições maternas e do RN o permitissem, promover o processo de vinculação precoce entre mãe/RN e pai/RN. Neste sentido, o RN era colocado pele-a-pele com a mãe, envolvido num campo seco, aquecido e esterilizado, permitindo que o casal estabelecesse os primeiros laços de afeto com o seu filho a par da vigilância contínua do RN e do bem-estar materno, mantendo-nos atentos à perda sanguínea, sinais vitais e estado de consciência (Lowdermilk, et al., 2008).

O CHPVVC tem protocolos estabelecidos para promover a vinculação, incluindo o contacto pele-a-pele entre mãe e RN na 1ª hora da vida; a amamentação era iniciada logo após o nascimento e o alojamento era conjunto no serviço do Puerpério. Segundo (Pereira, 2006) o alojamento conjunto estimula e promove o aleitamento de acordo com as necessidades da criança, tornando a

amamentação mais fisiológica e natural e fortalece os laços afetivos entre mãe e filho através do relacionamento precoce.

O terceiro estágio do trabalho de parto corresponde ao período de tempo desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta, e exige por parte do enfermeiro especialista, uma vigilância cuidadosa no controlo do descolamento rápido e a expulsão da placenta (Lowdermilk, et al., 2008).

Tivemos também a oportunidade de realizar colheitas de sangue do cordão umbilical para preservação de células estaminais por criopreservação, obedecendo aos requisitos exigidos para este procedimento como garante a conservação da referida colheita.

A dequitação, que corresponde à expulsão da placenta e membranas fetais é indicada pelos seguintes sinais: a contração firme do fundo do útero, a mudança da forma discóide do útero para uma forma flobular ovoido, uma saída súbita de sangue através do intróito vaginal, e por final verificamos um aumento aparente do tamanho do cordão umbilical à medida que a placenta descia para o intróito vaginal (Lowdermilk, et al., 2008).

A diminuição do risco de hemorragia no pós-parto, através da intervenção ativa no terceiro estágio do TP, apresenta-se como um importante meio na redução da mortalidade e morbidade materna. Contrariamente à estratégia ativa, a estratégia expectante constitui uma abordagem não intervencionista, envolvendo a não administração de uterotónicos, a espera pelos sinais de separação da placenta e da expulsão espontânea da placenta (auxiliada pela gravidade, esforço materno e/ou estimulação mamilar).

A evidência científica sugere que a abordagem ativa está associada a uma diminuição significativa do risco de hemorragia no pós-parto. Existem diversos tipos de agentes uterotónicos disponíveis, alvos de ensaios clínicos aferindo as respetivas vantagens e desvantagens. O mais utilizado foi a ocitocina, o que vai ao encontro com o que os autores (Cabrita, et al., 2007) defendem.

Optamos por uma abordagem ativa para controlar o descolamento da placenta. Assim, era iniciada a ocitocina logo após o nascimento e realizada uma tração controlada do cordão umbilical, que segundo (Lowdermilk, et al., 2008) diminui o risco de hemorragia durante o terceiro estágio do TP.

Para retirar a placenta, recorriamos à manobra de Jacob-Dublin que é um movimento para a receção da placenta, e para que a mesma e as membranas fiquem intactas durante a sua expulsão (Filho, et al., 2010). O mecanismo pelo qual tivemos mais oportunidade de contactar foi o de Schultz, no qual a placenta

aparece primeiro pela sua face fetal lisa, e poucas vezes através do mecanismo de Duncan que apresenta uma aparência escura e enrugada da face materna.

Faz parte das competências do EESMO, e fora executada por nós após o parto, a observação rigorosa da placenta quanto à forma, local de inserção do cordão, integridade e forma dos cotilédones, integridade das membranas, presença dos dois folhetos, âmnios e córion. Segundo (Lowdermilk, et al., 2008), esta observação é executada para garantir que não haja retenção de fragmentos placentares ou das membranas.

Também avaliamos o cordão umbilical quanto à presença dos 3 vasos (2 artérias e uma veia, tamanho). A observação do cordão umbilical é muito importante para despiste de possíveis malformações congénitas no RN muitas vezes associadas por exemplo a uma artéria única. Também o comprimento do cordão umbilical era um dado muitas vezes justificativo de alterações do comportamento fetal ao longo do TP.

Após a dequitação inicia-se o quarto estágio do parto, isto é, as primeiras 2 horas após o parto (Lowdermilk, et al., 2008) Assim, procedíamos de imediato à massagem uterina para certificação da formação do globo de segurança de Pinard, e depois outra avaliação 2 horas após o parto.

De seguida, observávamos o períneo relativamente à episiotomia e presença de lacerações. As lacerações do períneo, vagina, útero e dos tecidos de suporte ocorrem durante o nascimento do RN. As lacerações do períneo são definidas com base na sua profundidade por 4 graus (Graça, 2010).

Tivemos a oportunidade de observar as lacerações de primeiro grau, onde a laceração se estende através da pele e das estruturas superficiais aos músculos e as lacerações de segundo grau, que se estendem através do períneo (Cunningham, et al., 2012).

A episiorrafia foi um procedimento no qual tive alguma dificuldade de execução inicialmente, mas ao longo do estágio foi ultrapassada. Era importante também avaliar a dor perineal de acordo com a situação e estado particular da puérpera. Em diversas situações, para a diminuição do edema e do desconforto era aplicado gelo no períneo (Cunningham, et al., 2012).

Um dos nossos focos também era a prevenção da distensão da bexiga. Sendo assim, nesta fase é importante incentivar a mulher a urinar, já que o globo vesical pode provocar a descompressão uterina (Lowdermilk, et al., 2008).

No CHPVVC, a conduta após o parto eutócico em relação à vigilância do puerpério imediato, é que a puérpera permaneça na sala de partos até ao final do

4º estágio. Neste sentido, ficamos atentos a sinais e sintomas de hemorragia, nomeadamente a tensão arterial, a frequência cardíaca, o estado de consciência e a perda sanguínea (quantidade).

Duas horas após o nascimento, e desde que o estado geral da puérpera estivesse estabilizado prestávamos os cuidados de higiene perineal, vigiávamos a perda sanguínea vaginal, a formação do globo de segurança de Pinard, o canal vaginal e o períneo, averiguando a existência de edema ou hematoma.

Ao mesmo tempo eram realizados os ensinamentos no sentido de dotar a puérpera de conhecimentos e capacidades para manter a higiene do períneo e também para que esta fosse capaz de reconhecer complicações no pós-parto, temática que será aprofundada no capítulo seguinte.

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a hemorragia pós-parto corresponde a uma perda sanguínea maior ou igual a 500 ml, com origem no trato genital, durante as primeiras 24 horas após o parto.

Após o esvaziamento uterino e expulsão da placenta a vasoconstrição produzida pela contração uterina constitui o principal mecanismo de hemostase (Cabrita, et al., 2007). Segundo estes autores, a maioria das mortes maternas resulta de complicações no terceiro estágio do TP, em particular de hemorragia pós-parto.

Na primeira hora de vida do RN, promovíamos a amamentação. Enquanto prestávamos apoio na amamentação, estabelecíamos diálogo com a puérpera de maneira a que esta pudesse verbalizar as suas emoções e sentimentos experienciados durante o TP e parto. Sem dúvida que um dos grandes objetivos dos cuidados de enfermagem no puerpério é assistir a mulher/família durante a transição inicial para parentalidade, nomeadamente a amamentação.

O contacto precoce durante a primeira hora de vida tem um efeito positivo no estabelecimento da produção de leite no primeiro dia. Este resultado sugere a importância da estimulação precoce da amamentação aproveitando a presença de um maior reflexo neural da mãe que se reflete em maior produção de leite (Pereira, 2006).

Idealmente, segundo as recomendações da OMS/UNICEF, o RN deverá ser colocado à mama na primeira meia hora de vida, dando cumprimento ao citado na quarta medida da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés “Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento”, esta prática é adotada no CHPVVC e com a qual colaboramos. Esta medida valoriza a precocidade da

primeira mamada, que para (Pereira, 2006) está associada no sucesso do aleitamento materno

Após o quarto estágio, acerca de 2 horas após o parto, se o RN e a puérpera estivessem estabilizados, eram transferidos para o puerpério.

2.3. Aquisição de Competências no âmbito do Autocuidado pós-parto e parentalidade

A realização do terceiro módulo do estágio profissionalizante teve lugar no serviço de puerpério do CHPVVC, visando a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstrétrica no cuidado à puérpera e RN.

A prestação de cuidados à puérpera, RN e a sua família, são indispensáveis para a aquisição de competências parentais capazes de promover a parentalidade saudável e responsável, bem como identificar precocemente alterações importantes na saúde e no bem-estar do binómio/família (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Assim, através das experiências vivenciadas neste estágio e da procura constante de evidência científica sobre os temas emergentes, houve a possibilidade de desenvolver capacidades técnicas e científicas para cuidar da mulher no período crítico que é o puerpério, do RN e da sua família.

Fez também parte da nossa prestação de cuidados a capacitação da puérpera e dos seus significativos para cuidarem do RN autonomamente, promovendo a transição para a parentalidade de forma saudável (Cardenas, et al., 2012).

Assim, os nossos ensinamentos incidiram em temas como: as alterações fisiológicas no período puerperal, a amamentação, a sexualidade, a contraceção, a prevenção de acidentes e os cuidados ao RN. Todo o nosso percurso pautou-se pela progressiva autonomia na planificação e implementação de cuidados, através do recurso à evidência científica e ao pensamento crítico. Permitiu-nos também um crescimento a nível pessoal e profissional.

O puerpério é o período compreendido desde o nascimento do RN até a regularização de todas as funções fisiológicas, considera-se que este processo tem uma duração de seis semanas (Branden, 2000).

Segundo (Lowdermilk, et al., 2008) o puerpério também é classificado como o quarto trimestre da gravidez. Já (Graça, 2010) define o puerpério como um estado de alteração emocional provisório, em que existe maior vulnerabilidade psicológica, associada a uma readaptação física, emocional, familiar e socioeconómica, representado a transição para a parentalidade.

Durante este período, o organismo adquire as características do período pré-concepcional. As alterações mais significativas envolvem o sistema reprodutor e os processos hormonais que regulam as suas funções (Branden, 2000).

O período puerperal sendo um estado de adaptação a um novo papel, necessita de um conjunto de cuidados especializados ao binómio/família. Neste sentido, demonstramos disponibilidade para esclarecer dúvidas, promovemos a autoconfiança da mulher/família, capacitando o casal para a transição de unidade de casal para a unidade familiar e nas famílias em que já existiam filhos, proporcionamos a integração do novo membro familiar.

Como já referimos, a promoção da autonomia da puérpera e da sua família para cuidarem do RN foi uma preocupação da nossa parte. Fomentávamos a harmonia, a comunicação e a interação entre a mãe-pai-bebé o que foi fundamental para desenvolver sentimentos de afeto e de segurança, aspetos que contribuem para aprofundar e desenvolver a relação desta tríade (Graça, 2010).

O puerpério é um período delicado, quer para a mulher, quer para o seu companheiro/família. O sucesso da transição para a parentalidade, depende, segundo (Cardenas, et al., 2012) da forma como a mulher lida com esta transição e dos recursos que estão disponíveis para o fazer. Assim, a sua saúde mental e física devem estar no seu melhor para que esta seja capaz de lidar com situações complicadas que se impõem nesta fase, como por exemplo, as questões relacionadas com a amamentação.

O nosso papel perante a fragilidade da mulher, característica do puerpério, foi de apoio, tratamento individualizado, adaptando os ensinamentos às necessidades evidenciadas por cada uma das mulheres. Para (Meleis, et al., 2000), as transições resultam de mudanças e transformam-se em mudanças de vida, saúde, relacionamentos e ambientes, no sentido de facilitar o processo de transição para a parentalidade. O tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais como também na saúde e desenvolvimento das respetivas crianças (Martins, 2008).

Assim, o EESMO estando mais próximo da mulher, tem um papel fulcral neste processo, identificando diagnósticos e planejando e implementando intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica, garantindo assim a excelência dos cuidados.

Neste sentido, fazíamos a avaliação psicossocial que incluía a observação da adaptação à parentalidade evidenciada pela interação da puérpera e do seu companheiro com o RN. Alguns sinais são capazes de evidenciar se a adaptação está, ou não, a ser corretamente integrada. Assim, estávamos atentos à forma como os pais reagiam ao choro da criança, como respondiam às necessidades do RN e como compreendiam o estado emocional da criança.

Quando não detetávamos os indicadores anteriormente mencionados, era necessário investigar mais profundamente o que estava a interferir com o processo normal da adaptação, o que por vezes, segundo (Barbosa, et al., 2012) pode ser um despiste para a depressão pós-parto.

As perturbações de humor são a patologia mental mais frequente no período pós-parto, habitualmente revelam-se 4 semanas após o nascimento (Graça, 2010). Estas perturbações podem interferir com a vinculação do RN e com a integração familiar, podendo colocar em causa a segurança e bem-estar materna e do RN.

O *blues pós-parto* traduz uma situação transitória caracterizada por alterações do humor, irritabilidade, labilidade emocional, ansiedade, insónia, diminuição da concentração e crises de choro. Conforme (Graça, 2010) o *blues pós-parto* afeta cerca de 40% a 80% das puérperas e os sintomas manifestam-se com mais intensidade por volta do 5º dia após o parto, havendo um alívio dos sintomas após duas semanas do parto.

Tendo por base este conhecimento, a alta era rigorosamente planeada e discutida com a mulher e o seu companheiro, no sentido de informar ambos acerca das alterações de humor esperadas, para que possam encarar esta modificação de forma transitória. Deste modo, eram realizados ensinamentos sobre os sintomas que fossem compatíveis com o desenvolvimento de depressão pós-parto.

A depressão pós-parto surge no primeiro ano após o parto e pode ter consequências sérias na vida da mulher. A sua vida familiar pode ser afetada e pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados ao RN (Graça, 2010).

Segundo (Barbosa, et al., 2012), os fatores de risco para a depressão pós-parto, incluem depressão pré-natal, baixa auto-estima, insegurança em relação ao RN, ansiedade pré-natal, falta de suporte social, relação marital

problemática, história de depressão, *blues pós-parto*, ser solteira, baixa condição socioeconómica e gravidez não planeada ou indesejada.

O estudo de (Hodnett, et al., 2004) demonstrou que as intervenções de suporte no período pós-parto podem ser eficazes no alívio da depressão pós-parto. Os sintomas podem ser incapacitantes para a mulher, tais como a fadiga excessiva, insónia, dificuldade de adaptação, ideação de suicídio e sentimento de incapacidade de ser mãe (Hodnett, et al., 2004). Perante esta realidade, o EESMO assume o papel de promotor da interação relacional entre a mulher e seus significativos e demonstra disponibilidade e interesse pela sua situação, aumentando assim a sua sensação de bem-estar e autocontrolo.

Como já referimos, a transição para a parentalidade saudável, é um dos objetivos que o EESMO delinea no cuidado à puérpera e sua família. Assim, os nossos esforços eram no sentido de promover esta adaptação através do acompanhamento da mulher durante a prestação de cuidados, para que fosse possível detetar as suas dificuldades, através da criação de uma relação de confiança e empática para que a mesma fosse capaz de verbalizar, sem receio as suas dúvidas e inseguranças (Branden, 2000). Este acompanhamento próximo, segundo (Cardenas, et al., 2012) minimiza as dificuldades de adaptação ao novo papel parental.

Procuramos criar espaços de negociação e partilha de informação, através de uma atitude de empatia e confiança, efetuando uma avaliação inicial de enfermagem com uma colheita de dados pormenorizada, valorizando sempre os aspetos psicossociais da família. A nossa avaliação consistia na revisão do registo pré-natal, TP e parto. Tivemos presente que a importância desta revisão prendia-se com a possibilidade de ocorrerem eventuais emergências no puerpério, como a hemorragia, decorrentes de situações do TP e parto.

Na mulher saudável, a hemorragia é provavelmente a complicação mais potencial durante este estágio. As situações que podem predispor a puérpera à hemorragia é o parto precipitado, a macrosomia fetal (peso superior a 4000g), a multiparidade ou o parto induzido (Lowdermilk, et al., 2008).

A vigilância da involução uterina faz parte das competências do EESMO. Este processo tem início logo após o parto, no qual o útero situa-se cerca de 2 cm abaixo do umbigo e ao fim de 12 horas situa-se cerca de 1 cm acima do umbigo (Lowdermilk, et al., 2008).

A involução uterina ocorre cerca de 1 a 2 cm a cada 24 horas (Lowdermilk, et al., 2008). Assim, no puerpério estávamos atentos aos sinais e sintomas indicativos

de atonia uterina ou subinvolução, que segundo (Lowdermilk, et al., 2008) é a incapacidade do útero retornar ao seu estado não gravídico. As causas mais comuns de subinvolução são a retenção de fragmentos placentares e a infecção.

A causa mais comum de hemorragia é a atonia uterina, ou seja, a incapacidade do músculo uterino contrair firmemente. No sentido de prevenirmos esta situação, efetuávamos a massagem uterina e preveníamos a distensão vesical, intervenções que vão ao encontro do que (Graça,2010) refere.

A distensão vesical, segundo (Chao-Lun, et al., 2004) provoca a deslocação do útero e afasta-o da linha média do abdómen, impedindo a sua contração normal. Para prevenir a distensão vesical incentivávamos a puérpera a urinar nas primeiras 4 horas após o parto.

A primeira micção habitualmente coincidia com o primeiro levante. Neste procedimento, tínhamos em conta o risco de hipotensão ortostática. A retenção urinária, segundo (Chao-Lun, et al., 2004) resulta do prolongamento do TP, partos instrumentados, traumatismo e edema perineal e a utilização da analgesia epidural. Quando havia incapacidade por parte da mulher para urinar, considerávamos a algaliação intermitente, que segundo (ACOG, 2005) é a estratégia mais adequada.

As mulheres que foram submetidas a cesariana, ou que receberam anestesia exigem atenção e vigilância apertadas. Segundo o protocolo de vigilância de recuperação pós-anestésica, a puérpera era mantida em repouso no leito pelo menos durante 6 horas, e no caso da anestesia ter sido raquidiana, o período de repouso era de 12 horas, sendo o autocuidado realizado no leito.

Para prevenir e diminuir as complicações tromboembólicas, incentivávamos a mulher a realizar exercícios de flexão e extensão alternada dos pés, movimento de rotação da articulação tibiotársica, flexão e extensão alternadas das pernas. Estes exercícios são efetuados no leito para promover a circulação dos membros inferiores, agindo assim de acordo com o que recomenda (Lowdermilk, et al., 2008).

Relativamente à perda sanguínea, vigiávamos a quantidade através da avaliação da extensão da saturaçã do penso perineal, avaliamos a quantidade como sendo escassa, ligeira, moderada ou abundante. (Lowdermilk, et al., 2008).

Esta perda sanguínea define-se como lóquios. Os lóquios vão adquirindo diferentes características à medida que o tempo progride. Inicialmente os lóquios são de cor vermelho vivo e pode conter pequenos coágulos. Realizávamos ensin

à puérpera no sentido de ficar desperta para sinais indicativos de complicações, como alterações na quantidade, cheiro e coloração dos lóquios.

Quando detetávamos hemorragia, a principal intervenção implementada era a massagem uterina até que o útero se apresentasse firme. Quando esta intervenção não resolvia a situação, contactávamos imediatamente o obstetra.

O risco de infeção também está subjacente ao período puerperal. Assim, as infeções que podem ocorrer neste período estão relacionadas com a infeção urinária, a endometrite puerperal, a infeção da ferida cirúrgica, a mastite e a infeção da episiorrafia (Graça, 2010). O autocuidado higiene é de extrema importância para a prevenção da infeção puerperal. Assim, a puérpera era instruída a fazer a lavagem perineal e a limpar-se no sentido da uretra para o ânus e a trocar o penso higiénico várias vezes. Este procedimento para além de prevenir a infeção favorece a cicatrização (Lowdermilk, et al., 2008). Estávamos também atentos a sintomas como o aumento da temperatura corporal (38°C), o edema da região perineal e o cheiro dos lóquios.

Segundo (Lowdermilk, et al., 2008), o cuidado ao RN por parte da mãe e do pai pode provocar ansiedade. Quando detetávamos uma situação de ansiedade por parte dos pais era realizado o ensino de forma faseada para não sobrecarregá-los com demasiada informação. No CHPVVC, era fornecida a informação em papel, que continha a descrição dos principais cuidados ao RN. Para ajustar as prioridades em relação aos ensinamentos, seguimos as pistas parentais no que diz respeito ao défice de conhecimentos em determinadas áreas de cuidados ao RN.

Durante o internamento das mulheres, tivemos oportunidade de realizar vários ensinamentos, entre os quais: manutenção da temperatura corporal do RN; ensino sobre as causas possíveis da elevação da temperatura (ex., excesso de roupa, stresse provocado pelo frio durante o banho do RN), o ensino sobre a prevenção de acidentes e a segurança rodoviária (uso de cadeira para transportar o bebé no carro e o seu funcionamento, prevenção de quedas,), sinais de alerta (temperatura elevada ou baixa, acompanhada por agitação do RN, letargia, irritabilidade, e choro); formas de promover a normalização da temperatura corporal como: vestir o bebé de maneira adequada, protegê-lo da exposição direta ao sol), sobre a respiração do RN, reflexos normais do RN como o espirro e posicionamento para dormir (Lowdermilk, et al., 2008). Em relação ao posicionamento do RN para dormir a (American Academy of Pediatrics, 2000) recomenda que este deve ser colocado em decúbito dorsal para diminuir a incidência da Síndrome da Morte Súbita do Lactente.

Detetamos que os pais apresentavam muitas dúvidas em relação à eliminação intestinal do RN. Assim, fazíamos o ensino em relação às características das dejeções do mesmo e ao número de micções esperadas para um dia (6 a 8), realizamos também o ensino sobre sinais de alerta do RN como a dificuldade respiratória, cianose consequente da alimentação ou não, letargia, choro inconsolável, exsudado sanguinolento ou purulento do cordão umbilical, desenvolvimento de secreções oculares (Lowdermilk, et al., 2008).

O autocuidado higiene do RN era um momento propício para fazermos a observação da condição física do mesmo e aproveitávamos este momento para dotar os pais de conhecimentos e capacidades através do ensino, instrução e treino relativamente à técnica do banho.

Aproveitávamos também este momento para fazer o ensino sobre os cuidados com o cordão umbilical. O objetivo dos cuidados efetuados ao coto umbilical é prevenir e identificar precocemente a infeção, designada por onfalite. O coto do cordão umbilical é um excelente meio para o crescimento bacteriano, podendo ser facilmente infetado, por isso a importância de ensinar aos pais os sinais de infeção (edema, rubor, secreção purulenta e aparência e odor que podia ser indicativo de infeção (Alda, et al., 2011) e como fazerem a antisepsia do mesmo em casa (Lowdermilk, et al., 2008).

No CHPVVC estava protocolado fazer a antisepsia do coto do cordão umbilical com álcool a 70%. As atuais recomendações para os cuidados ao cordão umbilical da Association of Womens Health, Obstetric and Neonatal Nurses incluem que a limpeza com água esterilizada ou uma solução de limpeza com pH neutro é o suficiente para prevenir a infeção. Estudos levados a cabo pelos autores (Buchan, et al., 1998) referem que a antisepsia do coto umbilical com álcool demorava mais tempo a sua queda do que em comparação com a secagem natural. Um estudo mais recente de (Alda, et al., 2011) afirma que a secagem natural ou simples limpeza com água versus utilização do álcool também demonstrou que o tempo de queda do coto umbilical foi menor e não houve uma diferença significativa no que diz respeito à prevenção da infeção.

Assim, durante o percurso de estágio consideramos fundamental fazer uma pesquisa mais aprofundada sobre esta prática, a qual também diz respeito às competências do EESMO.

Uma situação muito recorrente nos RN é a icterícia (hiperbilirrubinémia) fisiológica. Esta ocorre geralmente após 24 horas de vida, e ocorre em 60% dos RN, sendo mais grave nos prematuros. Para prevenir a ocorrência de icterícia de início

precoce ligada aos padrões de amamentação, era ensinado à puérpera a importância de serem alimentados frequentemente, para que o colostro, considerado como laxante natural promovesse a rápida eliminação do mecônio diminuindo a incidência de icterícia. Segundo (Lowdermilk, et al.,2008) as mamadas mais frequentes estão associados a níveis mais baixos de bilirrubina.

No puerpério administrávamos a imunoglobulina anti-D (Rh) dentro das 72 horas após o parto às puérperas com Rh-negativo e com um teste de Coombs negativo. Esta injeção é administrada por via intramuscular e pretende evitar a sensibilização da puérpera para produzir anticorpos anti-Rh, a primeira dose deverá ter sido administrada às 28 semanas de gestação.

O plano nacional de vacinação (PNV) prevê que o RN seja vacinado nos primeiros dias após o nascimento com as vacinas de hepatite B (VHB) e contra a tuberculose, provocado pelo bacilo de Calmette e Guérin (BCG). A administração do BCG só pode ser efetuada se o RN apresentasse um peso igual ou superior a 2kg, de acordo com as orientações da OMS. No serviço de puerpério do CHPVVC também se efetuava o rastreio auditivo.

A amamentação foi sem dúvida uma área onde investimos muito, devido à importância que esta acarreta. O leite materno é o alimento mais completo nutricionalmente. A prevalência do aleitamento materno até aos 6 meses de vida do RN, nos países ocidentalizados, é um objetivo primordial da Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS recomenda a amamentação exclusiva até aos seis meses e associada a outros alimentos até aos dois anos ou mais de vida da criança (WHO, 2009).

As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida (Levy, et al., 2008).

Portanto, neste sentido implementávamos estratégias centradas na educação acerca da importância do aleitamento materno, visando a sua divulgação de forma mais consciente (Pontes, et al., 2012). Estes autores referem que a prática da amamentação sempre foi realizada ao longo da história, e tem apresentando oscilações no período de duração, dependendo da época ou situação cultural em que se encontravam as mulheres.

Entretanto, o número de mães que optam por fórmulas infantis em detrimento ao leite materno é crescente ocasionando um aumento da mortalidade infantil. (Pontes, et al., 2012) Referem ainda que há baixos índices de adesão da

amamentação, e esta situação pode ser consequência da falta de informação da população ou até mesmo da orientação inadequada proporcionada pelos profissionais de saúde.

Um dos obstáculos à amamentação prende-se com a chamada “subida do leite”. O estudo de (Levy, et al., 2008) aponta alguns fatores percussores da desistência por parte das mulheres de amamentar tais como: os níveis de stress, a ansiedade, a dor e o tumulto emocional ocorridos durante o parto e no pós-parto imediato, acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período pós parto imediato, durante a estadia da mãe e do bebé no hospital.

Assim, assumimos aqui um papel fundamental na manutenção da amamentação. Os processos naturais por vezes não funcionam como deviam, podendo ocorrer problemas em 80% das puérperas (Brendemm, 2013). Para podermos resolver estes problemas associados à amamentação, foi necessário recrutar os conhecimentos já previamente adquiridos relativamente à fisiologia e aos determinantes sociais e psicológicos (Brendemm, 2013).

Uma das dificuldades mais frequentemente verificada foi a adaptação do RN à mama. O estudo de (Brendemm, 2013) demonstra que a eficácia da amamentação no primeiro mês de vida do RN prova que é necessário a ajuda do EESMO. Este mesmo estudo indica que mais de 37% das puérperas encontram problemas associados com a pega, os mamilos vermelhos e gretados, dolorosos e ingurgitamento mamário. Estas situações provocam na maioria das vezes a interrupção da eficácia da amamentação, e em muitas vezes acabam por recorrer ao leite artificial (Brendemm, 2013).

Assim, tornou-se imperativo realizar ensinamentos junto das puérperas que promovessem o aleitamento materno e estimulassem a participação conjunta entre a puérpera e familiares. Tivemos em conta os aspetos biopsicossociais individuais e coletivos, a autonomia e a cultura, visando a adesão materna à amamentação (Pontes, et al., 2012). O estudo dos autores (Choi, et al., 2008) referem que quando a mulher tem *empowerment* a sua adesão é maior. A nossa postura perante as dificuldades da mulher foi sempre de apoio, empatia e estimulação para que não desistisse perante as adversidades, tentávamos promover o *empowerment* através de frases e reforços positivos (Brendemm, 2013). Os autores (Choi, et al., 2008) referem que o *empowerment* dado à mulher dava-lhe confiança e segurança.

Segundo o estudo dos autores (Barnett, et al., 2013) as perceções e a experiência da amamentação são barreiras que as puérperas enfrentam no pós-

parto. A relação estabelecida com os enfermeiros influenciava a adesão à amamentação. Frequentemente as mulheres verbalizavam o medo de não terem leite suficiente para alimentar o RN (Barnett, et al., 2013).

Como já referimos, o ingurgitamento mamário e os mamilos fissurados são complicações que podem surgir. É comum existir uma tensão suave nos mamilos durante os primeiros dias da amamentação. Mas quando a puérpera sentia dor severa nos mamilos, abrasão, mamilos gretados e fissurados, estas situações decorriam da pega incorreta do RN (Barnett, et al., 2013).

Assim, implementámos algumas medidas para tratar e prevenir esta situação, como: ensino sobre a higiene das mamas sem a utilização de sabão, aplicação de leite no mamilo após a mamada e a correção da pega que é evidenciada por: boca bem aberta a rodear o mamilo e aréola, queixo deve tocar na mama, lábio inferior virado para fora e as bochechas devem ficar arredondadas durante a deglutição (Lowdermilk, et al., 2008).

O ingurgitamento mamário é a distensão dolorosa das mamas, que pode ocorrer devido ao esvaziamento ineficaz da mama. Acontece habitualmente nos 3 a 5 dias após o parto com a descida do leite, ocorrendo congestão vascular, acumulação do leite materno no tecido, provocando edema e a obstrução da drenagem linfática (Lowdermilk, et al., 2008).

A aplicação de compressas frias também pode ajudar no alívio da dor (Lowdermilk, et al., 2008). Nestes casos, a puérpera era aconselhada a amamentar o RN a cada 2 horas, massajando as mamas durante a mamada. Foi também importante ensinar a puérpera a importância de aplicar compressas frias para reduzir o edema e a dor após a mamada. Outros problemas derivados da amamentação podem surgir, como o bloqueio dos ductos mamários, a mastite ou a candidíase.

Foi importante ensinar à puérpera, algumas estratégias para estimular o RN a ser amamentado, tais como: massajar as costas, as mãos e os pés; acalmar quando está agitado, segurá-lo junto ao corpo, reduzir os estímulos ambientais, colocar o bebé em contato da pele da mãe ou do pai no sentido de facilitar o processo da amamentação.

Para promover a adesão das mulheres à prática da amamentação realizávamos ensinamentos relativamente às vantagens do aleitamento materno; demonstrávamos às mães como amamentar e manter a lactação, e sobre a frequência da amamentação (amamentação em horário livre e o número de mamadas deve ser de pelo menos 8 refeições em 24 horas), sobre a utilização da

chupeta, ensinávamos que estas não eram recomendadas até que o aleitamento materno fosse estabelecido, indo ao encontro com o que diz (Howard, et al., 2003). A utilização da chupeta tem sido associada a uma menor duração do aleitamento materno, lesão dos mamilos e produção do leite insuficiente (Howard, et al., 2003)

O Royal College of Midwives considera que pelo menos 98% das mulheres são fisiologicamente capazes de amamentar e que a decisão de amamentar na maioria das mulheres é anterior ao parto (Pereira, 2006). A nossa experiência também se pautou pelo contacto com mulheres que decidiram não amamentar. Nestes casos, demonstramos respeito e aceitação pela sua decisão. Fomentamos sempre a prática da amamentação através da promoção de sentimentos de confiança na puérpera que amamentava.

O planeamento da alta era cuidadosamente elaborado. Os temas mais abordados junto das puérperas foram: a atividade sexual, a contraceção, o aconselhamento relativamente ao aleitamento materno. Salientávamos a importância da consulta de revisão do puerpério, da 1ª consulta de saúde infantil, da vacinação, do diagnóstico precoce ao recém-nascido (Teste de Guthrie), a vigilância do ganho ponderal do recém-nascido e a prevenção de acidentes.

A preparação para a alta deve começar desde o primeiro contato com a puérpera, por este motivo a relação com a mesma deve basear-se na confiança, e tentávamos conseguir através da criação de uma relação empática.

No CHPVVC, o tempo normal de internamento das puérperas era de 24 a 48 horas após um parto vaginal e 72 horas após uma cesariana. O centro de saúde da área da puérpera também era contactado através de carta direcionada ao enfermeiro de família.

Neste momento, também abordávamos temas como a sexualidade (3 a 4 semanas as relações sexuais podem ser reiniciadas desde que não provoquem desconforto ou dor), contraceção; prevenção da obstipação; sobre a dieta e os cuidados a ter com a mesma enquanto amamenta; a importância do repouso; o reinício da atividade física de forma gradual e acerca da medicação que pode tomar neste período (Lowdermilk, et al., 2008)

A relação estabelecida com a puérpera foi fundamental para o sucesso das intervenções implementadas que visavam a transição para a parentalidade saudável e a autonomia da mesma no seu autocuidado e no cuidado ao RN.

O cuidar é o entendimento do significado do nascimento de um bebé na vida da mulher, tendo em conta que a mãe necessita de um espaço e tempo de calma

e de todas as figuras significativas na prestação de cuidados, de acordo com a sua individualidade e o seu bem-estar físico e psicológico. A consciencialização da importância do acompanhamento da mulher desde o estágio pré-concepcional, bem como durante o seu ciclo da vida reprodutivo, detém um papel preponderante no seio da equipa de saúde no sucesso dos cuidados (Graça, 2010).

É um direito da mulher ter o acompanhamento de enfermagem que preste cuidados sistematizados, fundamentados cientificamente e que procurem excelência da sua atuação. É dever do EESMO garantir essa assistência, trabalhando não só na sua reabilitação e tratamento das patologias, mas também na prevenção da doença e promoção da saúde, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde.

3. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: A IMPLEMENTAÇÃO DA HIDROTERAPIA NA REDUÇÃO DE PARTOS MEDICALIZADOS

Esta revisão integrativa da literatura visa problematizar e refletir sobre a utilização da hidroterapia (HIT), como intervenção do EESMO, durante o TP no sentido de averiguar o seu efeito na redução dos partos medicalizados.

A evidência científica sugere que a utilização da HIT na prática parece uma escolha menor, mas que produz efeitos positivos na prestação de cuidados de enfermagem durante a gravidez, TP e parto, trazendo satisfação e benefícios a longo prazo para as mulheres e para os seus bebés (Lamaze Internacional Education Council, 2004).

Por considerarmos que a utilização da HIT pode ser uma intervenção que o EESMO pode implementar de forma autónoma e reconhecendo os seus efeitos positivos, optamos por efetuar uma pesquisa científica por intermédio da revisão integrativa, tal como já referimos. Assim, procedemos à pesquisa de artigos sobre o efeito da HIT na diminuição do parto medicalizado, na base de dados da EBSCHOST, e no Bracken Web limitando a procura num intervalo entre os anos de 2000 e 2013.

Desta pesquisa, foi possível concluir que a HIT é uma intervenção segura e que traz grandes benefícios para a mulher e para o feto. Aferimos também que causa maior satisfação na experiência de parto e reduz significativamente os partos medicalizados, especificamente do uso da epidural.

A escolha da HIT como tema a desenvolver no projeto de investigação, prendeu-se com o interesse pessoal em utilizar esta técnica no âmbito profissional, com o objetivo de humanizar o parto e diminuir o número de partos medicalizados. Apenas com o conhecimento holístico da HIT como técnica no alívio da dor é possível implementá-la na prática.

O modelo de assistência à mulher em trabalho de parto, preconizado pela obstetrícia mais tradicional, recorre muito frequentemente à utilização de

medicação e da intervenção humana, muitas vezes classificada como intervenção não natural.

Atualmente têm surgido novas investigações que exploram o lado natural do parto, uma prática que por vezes não é utilizada em Portugal, mas existe evidência, que relata os benefícios da HIT durante o processo de maternidade, especificamente no trabalho de parto.

Houve organizações como The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and The Royal College of Midwives of the United Kingdom têm desenvolvido recomendações centrados na utilização desta técnica durante o TP para os profissionais de saúde.

Esta publicação refere que é necessário existirem protocolos na prática e que os EESMO devem ser formados sobre esta técnica para a poderem utilizar na prática (Gould, et al., 2007).

A (Organização Mundial de Saúde, 1996), apresentou um documento que inclui parâmetros do parto natural e discute a sua importância, apresentando recomendações de como apoiar o parto natural.

O Parto Natural é definido pela (OMS,1996) como “sem indução, sem a utilização dos instrumentos, que não seja por cesariana e sem epidural, sem anestesia geral ou anestésico local antes ou depois o nascimento”.

Perante esta realidade é de extrema importância a necessidade da utilização de métodos que asseguram a definição do “Parto Natural” recorrendo à utilização de métodos não farmacológicos como a HIT.

A Mother-friendly Childbirth Initiative, preconizada pela OMS, é uma iniciativa para as instituições e os profissionais de saúde adotarem práticas com a mesma filosofia em vários países. Esta iniciativa foi criada em parceria com The Coalition for Improving Maternity Services (1996) e é designada para promover os cuidados maternos e reduzir os custos utilizando métodos alternativos (Maternity Care Working Party, 2007).

Perante a realidade económica em que Portugal se encontra, a HIT é uma intervenção de baixo custo, apresentando-se como uma alternativa viável para a sua utilização em comparação com outras intervenções com maior custo, como o caso da epidural.

Em Portugal foi desenvolvido o projeto, Pelo Direito ao Parto Normal- Uma Visão Partilhada onde está descrito que “o nascimento é um processo fisiológico, no que se devesse intervir para corrigir desvios da normalidade, e os profissionais de saúde que neles participam são o garante de um ambiente de confiança,

segurança e privacidade, que respeita o direito a informação e decisão esclarecida, a individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres” (Catarino, G., et al. 2012).

Vários países procuraram encontrar estratégias para promover o parto normal, seguindo as orientações da OMS, que define o parto como um evento fisiológico na vida da mulher, com a menor intervenção técnica possível, de modo a que a parturiente possa tomar decisões informadas e possa participar ativamente no decurso do parto, garantindo o acesso, a segurança e a qualidade na assistência ao parto normal (Catarino, G., et al. 2012).

Perante estas recomendações, o EESMO, deve ponderar perante a preferência da mulher e adotar as medidas que facilitam o seu processo de gravidez, e o nascimento do seu filho de forma a promover satisfação materna, e otimizar a sua experiência, que é única na sua vida.

A escolha do método para o alívio da dor depende de uma combinação de fatores, incluindo as necessidades particulares da mulher, o seu desejo, a disponibilidade do método desejado, e o conhecimento da parte dos profissionais de saúde na utilização dos métodos não-farmacológicos (Lowdermilk, et al., 2008).

O EESMO expõe várias intervenções para diminuir a ansiedade, a tensão e o medo durante o trabalho de parto e parto e para garantir que haja o mínimo de complicações. No entanto, além de intervenções farmacológicas, como analgésicos e/ou anestesia, os profissionais de saúde também devem explorar as inúmeras intervenções não-farmacológicas e educar a mulher/casal sobre as opções que estão disponíveis.

A utilização da HIT no parto e nascimento tem sido uma prática comum pelo mundo fora há mais de 50 anos (Harper, 2005). Nos anos 60, Michel Odent revolucionou a obstetrícia francesa recorrendo a uma piscina insuflável que coloca à disposição das parturientes e descobriu então os benefícios do uso da água no TP (Odent, 1990).

Os benefícios do meio aquático, durante o TP são conhecidos há milhares de anos. Conforme (Rocha, 2009) “que no Egipto antigo, sacerdotes e sacerdotisas nasciam na água. Afrodite, deusa grega do amor, nasceu na espuma das ondas da maré e que tribos indígenas socorrem-se da água, há centenas de anos, com sabedoria, para aliviar os desconfortos do TP”.

Entre a última década a literatura sugere que em alguns casos as intervenções atuais são desnecessárias e interferem na satisfação materna e no

processo natural do intraparto e mesmo no período pós-parto incluindo na amamentação (Tracy, et al., 2007).

A evidência recente demonstra que estas intervenções têm tido consequências drásticas na qualidade dos cuidados maternos. Conforme (Tracy, et al., 2007) as intervenções médicas quando utilizadas podem ser uma ferramenta válida, mas é fundamental que os profissionais de saúde pensem nos riscos e nos benefícios da utilização dos métodos, e devem optar por aquele que é o mais apropriado para a mulher. Os métodos preventivos e com mais segurança e menos invasivos têm resultados positivos (Tracy, et al., 2007).

Segundo (Castro, et al., 2013) esta prática é recomendada pela OMS, com o intuito de humanizar a assistência obstétrica que contribui para o resgate do parto normal e o protagonismo da mulher na parturição.

Segundo (Lowdermilk, et al., 2008), a HIT consiste em banhos de banheira, chuveiro ou com jacto de água (banhos de hidromassagem), com água quente (à temperatura corporal ou inferior) e é uma medida que pode ser utilizada para aumentar o conforto e o relaxamento durante o TP.

A utilização da HT durante o TP está a ser universal e os profissionais de saúde nomeadamente os EESMO, têm vindo a utilizar a hidroterapia durante o TP (Benfield, 2002).

Muitas unidades de parto em Portugal estão equipados com banheiras alocados para esse fim e alguns hospitais desenvolveram protocolos para a sua utilização. No entanto, apesar de sua crescente disponibilidade, muitos negligenciam as parturientes a usar esta intervenção, devido à falta de conhecimento sobre HIT e sua eficácia e recorrem à epidural como único meio de controlo da dor. É no anteparto e intraparto que a mulher mais pode beneficiar dos efeitos positivos da água (Odent, 1990).

Assim, é importante o EESMO, aprofundar os seus conhecimentos numa área em que pode ser autónomo e ter um papel relevante nos diferentes períodos do TP.

Neste sentido, seguimos o caminho da pesquisa de evidência científica sobre o tema, para averiguarmos os riscos e benefícios desta prática assim como aferir a segurança da sua implementação e até que ponto esta pode ter um papel relevante na redução do parto medicalizado.

3.1. Introdução ao Problema

Na última década, o nascimento tem sido um evento centrado nos partos medicalizados e em alguns casos tem provado que essas técnicas são efectivas e promovem a vida. Mas há evidência científica que demonstra que nem todas as técnicas são efectivas nem universalmente benéficas (Harper, 2005).

Segundo (Catarino, et al., 2012) a assistência ao parto tem evoluído ao longo dos tempos, de forma a “reduzir as taxas da mortalidade e morbidade materno-infantis. No entanto, a implementação de práticas altamente tecnológicas e sofisticadas, que contribuíram para melhorar os resultados perinatais, conduziram a uma assistência no parto mais uniformizada, mais intervencionista destituindo a mulher do seu papel ativo, causando-lhe um clima de insatisfação e medo”.

Por este motivo, têm surgido movimentações condutoras da mudança das práticas na assistência ao parto, originado pela insatisfação de alguns profissionais, bem como pela exigência de algumas mulheres e famílias (Catarino, et al., 2012).

Há cada vez mais a preocupação de implementar o conceito de humanização do TP, pois surge a necessidade de compreender a dor sentida pelas mulheres e conhecer as formas de alívio que, como enfermeiros, podemos utilizar nos cuidados prestados às mesmas. Contudo, tal como refere (Rocha, et al., 2009) parto e a dor no parto foram encarados de forma diferente ao longo do tempo e nas diferentes sociedades.

Essa dor resulta de complexas interações de carácter inibitório e excitatório e embora os seus mecanismos sejam semelhantes aos da dor aguda, existem fatores específicos do trabalho de parto de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica que interferem no seu limiar. Desta forma, as opções não farmacológicas podem auxiliar a parturiente no alívio da dor (Bruggemann, et al., 2010).

A manutenção do equilíbrio emocional durante o TP é fundamental, pois quando os níveis de adrenalina estão altos, o sistema nervoso simpático é imediatamente ativado, aumentando os níveis plasmáticos da hormona libertadora de corticotrofinas, da hormona adeno corticotrófico do cortisol, comprovando que

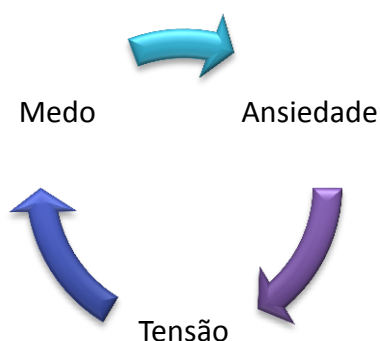
o stress é um mecanismo biológico adaptativo e de defesa (Bruggemann, et al., 2010).

Segundo (Lowe, 2002) a dor é um fenómeno desagradável, complexo e muito individual com ambos os componentes sensorial e emocional e o desconforto experienciado durante o TP e parto tem duas origens, viscerais e somáticas e a intensidade da dor pode ser afetada por factores fisiológicos.

A ansiedade está associada ao aumento da dor durante o TP. A ansiedade e o medo excessivo causa uma maior secreção de catecolaminas o que faz aumentar o estímulo pélvico até ao cérebro, devido à diminuição do fluxo sanguíneo e ao aumento da tensão muscular que por vezes potencia a dor (Lowe, 2002).

O medo, a tensão e a ansiedade estão interligados. É necessário aliviar a tensão para ultrapassar o medo e assim, eliminar a dor. Na Figura 8, está representado o ciclo de sentimentos que afeta a parturiente e a sua experiência durante o TP.

Figura 8: O Ciclo de Sentimentos durante o Trabalho de Parto



Fonte: (Lowe, 2002)

Segundo (Couto, 2003), “A maioria dos defensores da preparação para o parto concorda que as principais causas de dor, durante o trabalho de parto, são o medo e a tensão, que transformam uma sensação natural e fisiológica numa sensação dolorosa. ”Ainda segundo o mesmo autor, a perda de controlo sobre o parto e uma conseqüente redução da satisfação das mulheres, tem sido a causa do crescimento de um movimento pró-parto natural.

Segundo (Duarte, et al., 2005) a maternidade é um processo complexo com grande significado para a mulher. Assim, o medo da dor no TP é algo que a afeta negativamente, o que condiciona a sua preparação para o parto. No entanto, há várias alternativas que podem ajudar a aliviar qualquer tipo de receio ou medo, que é agravado durante o período que antecede o parto e o próprio parto em si.

Como referem (Duarte, et al., 2005) a maioria das mulheres sente dor durante o TP, e cada uma delas tem uma resposta diferenciada à dor. Assim, é importante verificar em que medida os fatores obstétricos poderão influenciar as expectativas e a percepção desses cuidados.

O estudo de observação efetuado por (Duarte, et al., 2005) verificou se as expectativas em relação aos métodos de alívio da dor, ou o medo da dor do TP são algo que aterroriza muitas mulheres e as leva a pensar negativamente acerca do momento mais importante das suas vidas.

A maioria das mulheres sente que os seus sentimentos não são compreendidos, principalmente no que diz respeito ao medo e ansiedade inerentes ao parto, por este motivo, acabam por sucumbir ao parto que lhes é imposto e não o que realmente desejavam (Enning, 2000).

Contudo, cada vez mais, as mulheres desejam ter um parto de acordo com a sua expectativa. Devido a esta crescente autonomia e responsabilidade por parte da mulher em assumir o “seu parto”, é importante dotá-la de conhecimentos acerca da dinâmica e processo fisiológico da dor. A dor é multifatorial, e a mulher expressa-a de forma diferente, tendo em conta a sua capacidade de reagir à dor, bem como as técnicas utilizadas para a aliviar (Rocha, 2009).

Existem várias técnicas para auxiliar a gestão da dor. Estas técnicas têm surgido ao longo do tempo para diminuir estas experiências negativas que as mulheres têm vivenciado e relatado. Ainda assim, é importante assegurar que a utilização da HIT é uma prática segura. Para colmatar essa questão, alguns autores verificaram a segurança da aplicação da HIT no TP e descreveram a experiência das gestantes submetidas a esta intervenção.

Assim, consideramos fundamental perceber a mecânica da Hidroterapia, ou seja, quais são as práticas inerentes a esta técnica. Segundo (Lowdermilk, et al., 2008), a parturiente ao instalar-se numa banheira com água até aos ombros, ou abaixo destes, durante 1 a 2 horas, tem inúmeros benefícios imediatos. Segundo (Lowdermilk, et, al., 2008), a flutuação provocada pela água, proporciona relaxamento generalizado do corpo e alívio temporário do desconforto e da dor.

No entanto, a maioria das mulheres utiliza a hidroterapia durante 30 a 60 minutos de cada vez. Se durante o banho a temperatura da mulher e a FCF aumentarem ou se o TP se tornar menos eficaz (por ex., caso se torne mais lento ou precipitado), a mulher é aconselhada a sair da banheira e a regressar mais tarde. Os banhos repetidos com algumas interrupções podem ser mais eficazes no

alívio da dor em trabalhos de parto longos, do que a permanência na água mais prolongada (Lowdermilk, et al., 2008).

Os sinais vitais devem encontrar-se dentro dos valores normais e a mulher deve encontrar-se na fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto (colo uterino com pelo menos 5 cm de dilatação), na medida em que, se ela se encontrar na fase de latência as contrações podem abrandar e prolongar o trabalho de parto (Lowdermilk, et al., 2008).

A monitorização da frequência cardíaca fetal (FCF) é efetuada através do Doppler, fetoscópio ou monitorização externa sem fios, sendo que a monitorização interna está contra-indicada durante a utilização da hidroterapia. As membranas podem estar intactas ou já ter decorrido a sua rotura, devendo neste caso, assegurar-se que o líquido amniótico apresenta características normais (Lowdermilk, et al., 2008).

Torna-se evidente que a intervenção do EESMO é tão importante na parte da vigilância como deve haver ações desenvolvidas para diminuir o nível de *stress* e a ansiedade da mulher durante o trabalho de parto, e gerir o fenómeno multidimensional que é a dor (Bruggemann, et al., 2010).

A partir dos resultados, pretendemos manter, mudar ou adaptar novas práticas às realidades profissionais e contribuir para a construção contínua de um corpo de conhecimentos de enfermagem baseado na evidência científica mais atual.

3.2. Método

A prática baseada em evidência consiste num novo paradigma, que implica a pesquisa incessante de conhecimento atualizado associado também à experiência profissional do enfermeiro, de forma a conduzir à tomada de decisão nos cuidados prestados, tendo em conta a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EESMO, definidas pela (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para a implementação destas competências na prática, foi necessário como referido anteriormente, formular a pergunta que vai servir de fio condutor para a realização desta revisão integrativa. O desenvolvimento do tema foi efetuado

através de uma revisão integrativa, que é qualitativa pela sua natureza de análise de conteúdo aos artigos posteriormente identificados.

A revisão integrativa da literatura inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam de ser preenchidas com a realização de novos estudos (Baena, et al., 2013).

Conforme (Baena, et al., 2013) a revisão integrativa é consistida por 7 fases: a seleção de hipótese ou pergunta orientadora, a pesquisa da literatura, a seleção da pesquisa que vai ser incluída na revisão, a definição da pesquisa primária (qualitativo) ou (quantitativo), a análise dos estudos, a interpretação dos resultados e a discussão dos resultados sobre uma análise crítica.

Tendo por base os pressupostos da revisão integrativa da literatura, procedeu-se à elaboração da pergunta orientadora deste trabalho:

“A implementação da hidroterapia promove a redução de partos medicalizados?”

O objetivo deste estudo foi analisar se a utilização da HIT, como método não farmacológico para alívio da dor, influencia a redução do número de partos medicalizados inclusivamente na utilização da epidural. A identificação dos artigos com relevância para este estudo, consistiu na pesquisa em bases de dados disponíveis na plataforma EBSCO host da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e da plataforma do Bracken Web da Queen’s University do Canadá.

Após a elaboração da questão e da pesquisa bibliográfica inicial, ficaram patentes alguns dos termos mais utilizados relativamente à temática em estudo.

Para responder à segunda e terceira fase da revisão integrativa da literatura procedeu-se à pesquisa e colheita de dados.

Realizou-se o levantamento bibliográfico na pesquisa nas bases de dados da Escola Superior de Enfermagem do Porto e Queen’s University (Bracken Health Sciences Library Web), CINAHL Plus with Full Text, Cochrane Center Register of Controlled Trials, Database of Abstracts of Reviews of Effects, OvidSP MEDLINE, PubMed, EMBASE, Web of Science, Cochrane Library.

Foram usados os seguintes descritores, utilizando a linguagem booleana, nas bases de dados acima descritas: com os termos de (Hydrotherapy AND epidural AND pain management), (intervention AND, water AND midwife) e (Hydrotherapy AND coping AND intervention) e foram identificados 49 artigos que compuseram a

revisão. A maior parte dos estudos foi efetuada em 2000-2013, da América do Norte (EUA) (Canada), e na Comunidade Europeia (Reino Unido) (Suíça).

Quanto à confiabilidade, foram escolhidos os artigos que apresentavam o texto integral, publicados em português e inglês.

A cultura da pesquisa científica não é fácil de implementar, é necessário os enfermeiros terem conhecimentos da metodologia de pesquisa e terem habilidade para articularem a teoria com a prática, o chamado “decision making”, ou seja, terem a capacidade de mudar as práticas enraizadas sempre que a evidência científica se superiorize (Heaslip, et al., 2012).

3.3. Resultados

Relativamente aos resultados obtidos, após a pesquisa efetuada, obtivemos um total de 49 artigos, dos quais foram selecionados 7 com relevância para o nosso estudo.

O critério de exclusão para os restantes artigos prendeu-se com o facto de não corresponderem a revisões sistemáticas, serem de outras disciplinas, não estarem disponíveis ou pelo próprio título.

Dos 7 artigos seleccionados, 2 artigos são estudos randomizados controlados, 1 é uma revisão sistemática, 2 são estudos comparativos descritivos, 1 estudo experimental randomizado e 1 estudo de observação comparativa prospetiva.

Grande parte da literatura sobre hidroterapia consiste em estudos de observação, que são conduzidos sem a ação do investigador, que simplesmente observa e mede o objeto de estudo sem intervir ou modificar qualquer aspecto que esteja a pesquisar, no estudo de observação de (Almeida, et al., 1990) os investigadores observavam o efeito da HIT nas participantes.

A utilização de evidência científica mais atual é considerada essencial para poder cuidar com qualidade. A chave para essa qualidade é a pesquisa. É essencial os enfermeiros terem competências para articular os resultados das suas pesquisas baseadas na evidência científica com a prática (Heaslip, et al., 2012).

De forma a que possam ser facilmente consultados os resultados da nossa pesquisa, elaborou-se um quadro com informação relativamente ao nível de evidência dos estudos escolhidos, autores, ano de publicação, fonte, país, objeto de estudo, metodologia, resultados, conclusão e nível de evidência.

Tabela 1- Análise dos Artigos

Autores (Ano)	País	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão	N.E
Benfield Rebecca (2002)	Journal of Nursing Scholarship Reino Unido	Avaliar a literatura atual sobre HIT, especificamente durante o TP, bem como a utilização de intervenções medicas	Revisão Sistemática da Literatura Estudos sobre hidroterapia foram identificados via pesquisa de literatura e bases electrónicas	Não houve infecção materno ou neonatal com membranas intactas ou de roturas. A HIT não afeta o índice de Apgar do RN. Facilita a descida do feto, diminui o tempo de TP e há uma menor necessidade epidural e de analgésico, bem como da realização de cesariana.	A revisão revela a importância do apoio do EESMO durante a HIT. A HIT é uma intervenção efetiva para o alívio rápido da dor e ansiedade associado ao TP. Deve haver mais estudos experimentais sobre HIT para que esta prática seja melhor sustentada em evidência científica.	I
Silva, F. et al (2006)	Revista Escola Enferm USP Brasil	Identificar a influência do banho de imersão na duração do primeiro período clínico do parto e na frequência e duração das contrações uterinas.	Estudo Experimental, Randomizado Ensaio Clínico Os dados foram colhidos numa maternidade pública. A amostra era constituída por 108 parturientes, 54 no grupo controle e 54 no experimental, que fizeram uso do banho de imersão.	Os resultados demonstraram que o banho de imersão não modificou a duração do TP e a frequência das contrações uterinas. No entanto, a duração das contrações foi estatisticamente menor no grupo experimental	Concluiu-se que o banho de imersão é uma alternativa para o conforto da mulher, durante o trabalho de parto por oferecer alívio à parturiente sem interferir na progressão do parto não trazendo prejuízos para o recém- nascido.	II
Stark, M. et al (2009)	Association of Women´s Health, Obstetric and Neonatal Nurses E.U.A	Determinar as barreiras do enfermeiro na utilização da hidroterapia no TP. Efetiva no alívio da dor, na redução da ansiedade, no encorajamento, no relaxamento e na promoção do auto-controlo	Estudo Comparativo Descritivo N- 401 intraparto enfermeiros, (n- 225 enfermeiros neonatal e n-176 enfermeiros perinatal) numa conferência nacional de AWHONN através de um Questionário de percepção na utilização da HIT	Características da instituição e não individuais eram associadas com a percepção na utilização da HIT. As enfermeiras que reportavam a utilizavam de epidural e cesariana portavam também mais barreiras na utilização da HIT.	A cultura tem influência na percepção acerca das barreiras relacionadas com o uso da HIT no TP. Para implementar técnicas como a HIT é necessário um ambiente de apoio, em base protocolos adequados, e recursos adequados acessíveis aos profissionais, e os autores relatam a importância da necessidade de sucesso nas relações colaborativas entre a equipa multidisciplinar.	II

Dallenbach, R. et al (2006)	Arch Gynecol Obstet Suíça	Avaliar o efeito da HIT na mulher e feto em comparação com partos em que não é utilizada a HIT.	Estudo de Observação Comparativo Prospetivo N-513 parturientes com gravidez de baixo-risco durante os anos 1998-2002: Grupo de Estudo: N-89 que tiveram HIT durante TP e Parto, Grupo controlo 1: N-133 que tiveram HIT durante o TP, Grupo controlo 2: N-146 Parto espontâneo vaginal, Grupo controlo 3: N-145 Parto Intervenção Médica (Ventosa, forcep, cesariana)	Houve diferenças observadas no que diz respeito aos parâmetros maternos, que incluíram a utilização de analgésico durante o parto, sendo este mais utilizado no Grupo 2 e 3; houve incidência de lacerações de 1º e 2º grau no grupo de estudo e grupo 1, mas mais episiotomias no Grupo 2 e 3 e a duração do 1º e 2º estágio do TP foi mais prolongado no grupo 1, 2 e 3; o 3º estágio demorou mais tempo no grupo de estudo. Não houve diferenças nos grupos observados no que se refere aos parâmetros fetais que incluíam Apgar, e pH sanguíneo Venoso e arterial, internamento neonatal e situações de infeção	O estudo indicou que a utilização de HIT efetuado em gravidezes de baixo risco é seguro e não é associado com complicações materno-fetais. A utilização da HIT no TP e parto demonstra significativamente uma diminuição na utilização da epidural como fármaco analgésico. É necessário mais pesquisa efetuada para suportar a prática, e é fundamental uma vigilância apertada na monitorização fetal e materna.	I
Burns, E. et al (2012)	Birth Issues in Perinatal Care Reino Unido	Descrever e comparar características maternas, eventos intraparto, intervenções médicas, manifestações materno-fetais durante a utilização de banheira durante o TP e Parto	Análise Descritivo Comparativo 8,924 Grávidas de baixo risco N- 2,100 nas unidades de parteiras N- 4,130 nas unidades de Obstetria N- 2,694 no domicílio	Houve mais intervenção médica nas unidades de obstetria do que nas unidades de parteiras domicílio. Havia mais partos induzidos na unidade de obstetria de que nas clínicas de parteiras, e não houve nenhuma indução no domicílio. Havia mais utilização de epidural (analgesia) nos serviços de obstetria de que nas clínicas de parteiras e no domicílio O estudo revelou que a utilização de HIT no TP conduz a uma menor intervenção por parte dos profissionais de saúde, bem como a um menor trauma perineal. As mulheres nas unidades de obstetria estão mais predispostas a intervenções medicas.	A utilização da imersão na água (hidroterapia) era associada com parto espontâneo. Havia diferenças na prática da enfermeira especialista nas unidades de obstetria versus nas clínicas de parto.	I
Dilmen, U. et al (2012)	Journal Turkish-German Gynecology and Assoc Alemanha	Documentar a prática do parto na água e avaliar o efeito da imersão durante o parto ou nascimento no efeito do bem-estar materno fetal e fazer uma comparação com os resultados assim como comparar a segurança entre partos vaginais e partos em que se recorre a analgesia epidural.	Estudo Prospetivo Comparativo Ensaio Clínico N-207 parturientes que utilizaram HIT no TP e Parto. N-204 parturientes sem HIT N-191 parturientes sem HIT e com epidural	Parturientes com HIT tiveram menos induções e episiotomias em comparação aos outros grupos, mas tiveram mais lacerações perineais de 1º e 2º grau. Não houve diferenças no feto, incluindo Apgar ou internamento neonatal. A hidroterapia não causa aumento de risco e não tem efeitos adversos no feto e RN e não foram documentadas infeções neonatais	O estudo demonstrou vantagens com a utilização da HIT através da redução da dor, intervenção obstétrica, assim como da indução e episiotomia. A HIT no parto é um método alternativo que pode ser utilizado na gravidez de baixo risco tendo como alvo as mulheres que optam por esta intervenção.	II

Meei-Ling, M. et al (2013)

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses Tailândia	Determinar a eficácia da água do chuveiro na parturiente, bem como documentar as experiências da mulher aquando do 1º estágio do trabalho de parto.	Ensaio Controlado Randomizado N-92 grávidas participaram no ensaio. N- 41 no grupo de controlo e N-39 no grupo experimental. Participantes no grupo experimental receberam HIT por chuveiro por 20 minutos. A dor associada a trabalho de parto e parto foram avaliados utilizando a escala visual de dor (VASP)	As participantes que receberam a intervenção de chuveiro reportaram uma redução significativa da dor aos 4 cm e 7 cm de dilatação em comparação com as participantes que não foram alvo desta intervenção, assim como uma maior satisfação materna após o parto.	Com esta intervenção há consequências benéficas do ponto de vista físico. E a utilização do chuveiro é efetivo em termos de custos, é conveniente e fácil de utilizar. É considerado como um método não-farmacológico de redução da dor. Esta intervenção ajuda a mulher a participar no seu processo de trabalho de parto, fazendo com que este seja encarado como uma experiência positiva, promovendo a satisfação materna.	II
---	---	---	--	---	----

3.4. Discussão

Tendo por base as etapas que uma revisão integrativa comporta, surge-nos a discussão como a última etapa da mesma. Na presente discussão é apresentada a interpretação, a síntese e os resultados obtidos, após a análise dos artigos contidos para o nosso estudo.

Assim, perante a questão de partida: A implementação da hidroterapia promove a redução de partos medicalizados? Tentamos então responder à mesma através da análise cuidada dos artigos selecionados. Os vários artigos analisados fazem referência aos vários benefícios da HIT durante o TP e parto.

É importante realçar que um ponto em comum entre todos os artigos é a relação entre a imersão da água durante o TP e o empowerment que esta promove. O empowerment resultante da utilização desta técnica está também relacionado com a sensação de bem-estar e com a intimidade que a HIT promove (Dilmen, et al., 2012).

Da análise dos artigos, aferimos que é essencial que o EESMO encare a dor da mulher como algo central na prestação de cuidados, mas também que tenha a preocupação de promover um parto humanizado.

As conclusões da revisão integrativa revelam que a HIT demonstra ser uma prática segura. O estudo de (Monzoni, et al., 2009) indica que a HIT durante o TP promove a sensação de relaxamento e o alívio da dor, minimizando riscos relacionados ao parto e às intervenções farmacológicas (Monzoni, et al., 2009).

Diversos investigadores como (Dilmen, et al., 2012) e (Stark, et al., 2008) comprovaram a importância da intervenção da HIT na fase ativa do trabalho de parto, a partir dos 4-5 cm de dilatação.

Este facto é explicado pela diminuição da produção das catecolaminas, o que leva a um aumento dos níveis de ocitocina (que estimula as contrações uterinas) e de endorfinas (que reduz a percepção de dor). Além disso, as bolhas de água e o contacto com a mesma estimulam os mamilos o que também aumenta a produção de ocitocina (Dilmen, et al., 2012).

Os efeitos fisiológicos positivos da HIT facilitam as interações neurohormonais do TP, reduzem a dor sentida pela parturiente e facilitam a progressão do TP (Dilmen, et al., 2012).

No estudo de (Stark, et al., 2008) está descrito que a HIT tem efeitos terapêuticos. Estes provocam várias mudanças fisiológicas que ocorrem durante a imersão na água; a flutuação na água é a diminuição da pressão hidrostática que diminui a resistência para os músculos aliviando a pressão associada.

O facto da parturiente estar imersa na água promove a liberdade de movimentos e facilita que mude de posição. A água também promove o relaxamento, reduzindo os níveis hormonais responsáveis pelos sentimentos como o medo, e tendo um efeito direto no colagénio dos tendões, facilitando o TP e parto (Odent,1990).

No estudo feito por (Dilmen, et al., 2012) está descrito que a parturiente que estava imersa na água, tinha menos dor do que as que tinham analgesia epidural. Faz ainda referência que a água reduz significativamente a dor, através da redução da ansiedade, do medo e da tensão e isso leva à diminuição da necessidade da analgesia.

Os autores (Cammu, et al., 1994) demonstraram que a utilização da analgesia e da anestesia diminuiu significativamente nas mulheres que optaram por utilizar a HIT (imersão de água) durante o 1º estágio do TP.

No estudo feito por (Akhalghi, et al., 2009) a duração do 2º estágio do TP foi mais curto quando a HIT era utilizada em comparação com as mulheres que não a utilizaram. Demonstrou também que há benefícios associados à HIT, como já referimos anteriormente, na medida em que a água oferece a flutuação para a

parturiente conseguir movimentar-se e encontrar a posição mais confortável, para além de aliviar a pressão. Devido a este movimento livre, o parto ocorre mais depressa e o feto desce mais rápido no canal de parto.

Também foi descrito neste estudo que a imersão na água reduz a incidência da episiotomia, devido ao facto do feto adotar uma posição mais fletida e relaxada, a mulher pode assim facilmente explorar várias posições que maximizam os seus parâmetros da bacia pélvica (Burns, et al., 2009).

Um dos objetivos que foi enumerado neste trabalho passava por identificar se a utilização da HIT conduzia a uma redução da prática de episiotomia/lacerações e partos instrumentados. Assim, e segundo os autores (Dilmen, et al., 2012) a imersão da mulher na água e o parto na água, reduzem as intervenções obstétricas, tais como a indução do TP e a episiotomia. No entanto, referem que houve mais lacerações perineais em comparação com o grupo de controlo. O estudo também refere o aumento da dilatação do colo uterino, a diminuição da pressão arterial, o alívio da dor, e refere a diminuição da necessidade da aplicação das estratégias farmacológicas como a analgesia (Monzoni, et al., 2009).

No estudo realizado por (Burns, et al., 2009) foi evidenciada uma redução significativa na utilização da analgesia devido à redução da dor sentida pelas mulheres quando utilizavam a HIT. Também fora descrito neste mesmo estudo que a imersão da parturiente na água aquando do primeiro estágio do TP, principalmente nas fases ativa e de transição, conduzem a um relaxamento por parte da mulher tendo como repercussão uma redução na utilização da epidural, bem como de outros analgésicos.

O que fora referido anteriormente vai ao encontro do objetivo que foi delineado no início deste trabalho, no qual se pretendia investigar qual o efeito da HIT durante os diferentes estádios do TP e parto, bem como os seus riscos e benefícios aquando do nascimento.

Para implementarmos uma prática é importante avaliarmos os seus riscos. Assim, averiguámos nos estudos os efeitos da HIT no feto. As variáveis avaliadas foram: o risco de infeção e a termorregulação.

Encontramos alguns estudos que apontam para o risco de infeção. Alguns dos estudos selecionados, demonstram que as taxas de infeção fetal não são afetadas quando a HIT é utilizada, mesmo quando há rotura de membranas (Eckert, et al., 2001). O estudo desenvolvido por (Blanco, et al., 1993) refere que não há um acréscimo na taxa de corioamnionite ou endometrite.

No entanto, o estudo de (Murray, et al., 2002) refere um risco de infecção associado à HIT quando as condições de higiene não são asseguradas. Assim, torna-se relevante realçar a importância do papel do EESMO no que diz respeito à manutenção das condições de higiene no local onde decorre o parto, medida esta indispensável para a prevenção de infecção.

O estudo de (Monzoni, et al., 2009) demonstra não terem sido identificadas alterações clínicas como hipotermia, hipertermia, taquicardia, alterações de pressão arterial, de pulso e de frequência respiratória com o uso da HIT. Todas as parturientes no estudo referiram sensação de bem-estar relacionada com o alívio da dor e o relaxamento durante e após o banho de chuveiro.

O estudo de (Benfield, 2002) concluiu serem necessárias mais pesquisas sobre os efeitos da temperatura do banho, acerca da frequência cardíaca fetal, do débito cardíaco, da pressão arterial diastólica e da temperatura corporal.

Conforme a revisão feita por (Castro, et al., 2013), os benefícios desta prática no alívio da dor durante o TP passam pela redução da dor durante este período, sem interferência na progressão do TP.

A revisão integrativa do (Dallenbach, et al., 2006) defende que a utilização deste método tem importância e promete ser uma alternativa aos métodos tradicionais. No entanto, a sua utilização deve ser excluída nas situações de gravidez de risco, uma vez que se torna necessária a realização de mais pesquisas sobre o efeito nas gravidezes de risco. Sendo assim, e segundo os autores citados anteriormente esta prática só deve ser utilizada em gravidezes de baixo risco até que a evidência científica comprove o contrário.

Os profissionais e as parturientes relatam as vivências de HIT como sendo uma experiência agradável e relaxante, acreditando que a técnica acelera o TP. Esta oferece benefícios como o bem-estar fisiológico, o aumento da sensação de relaxamento e do conforto durante o TP, deste modo, deve ser incentivada como intervenção do EESMO durante o TP (Benfield, 2002).

Através da análise do estudo efetuado por (Benfield, 2002) foi possível compreender quais as repercussões que esta prática apresenta na satisfação/insatisfação do casal/grávida. Assim, pode afirmar-se que este objetivo foi atingido com sucesso.

Da análise do estudo realizado por (Stark, et al., 2009), conclui-se que, mesmo nos serviços em que esta prática é implementada com frequência, não existe um esforço por parte dos profissionais de saúde para realizarem uma pesquisa baseada na evidência científica. Sendo assim, a implementação da HIT

não baseada em suporte científico fidedigno pode conduzir a complicações que, seriam evitadas, se os profissionais estivessem sensibilizados para esta temática.

A cultura em que os enfermeiros exercem a sua prática influencia os seus próprios cuidados de enfermagem e a utilização da HIT.

Sendo assim, cabe aos enfermeiros dotados de conhecimentos sobre esta temática, a sensibilização dos profissionais de saúde para uma prática baseada na mais recente evidência científica, visando não só a melhoria dos cuidados prestados pelo enfermeiro, mas também a obtenção de mais ganhos em saúde para o cliente.

Após a análise dos artigos constatamos que a hidroterapia, utilizada como método não-farmacológico durante o trabalho de parto e parto, é uma prática segura, que traz benefícios para a mulher reduzindo os partos medicalizados.

3.5 Conclusão da Revisão Integrativa da Literatura

A revisão integrativa efetuada revela a necessidade da realização de novos estudos acerca da utilização da técnica de HIT como estratégia não farmacológica. Estes permitirão a descoberta de novas e atuais evidências que promovam a implementação da HIT de uma forma segura, diminuindo também a ocorrência de complicações.

O uso da água durante o TP sendo uma intervenção natural, não farmacológica, sem efeitos secundários provou reduzir a procura de analgesia sintética no combate à dor de parto, e só deve ser utilizada em gravidezes de baixo-risco (Gould, 2007).

A implementação da HIT necessita de um acompanhamento por parte do EESMO, não só pelo facto de possuir conhecimentos e competências necessárias à prestação de cuidados especializados à parturiente, feto e toda a atmosfera envolvente (incluindo a prevenção e/ a intervenção em eventuais complicações), mas também pelo facto do enfermeiro especialista possuir conhecimentos baseados em evidências científicas relativas a esta prática. Assim, esta intervenção estabelece uma ligação de confiança, de segurança e otimiza a experiência da mulher relativamente ao parto promovendo uma interação entre a parturiente e o EESMO, alcançando assim a iniciativa preconizada pela OMS e pela OE .

O EESMO necessita de implementar intervenções na sua área de competência, no sentido de promover a satisfação materna, e o bem-estar materno fetal, numa forma individualizada, consciente e com dignidade.

Os efeitos positivos da HIT são físicos, mas também segundo os investigadores (Meei-Ling, et al., 20013) há uma redução significativa de custos no mundo de obstetrícia, uma vez que, devido à redução das intervenções médicas é uma prática com poucos custos quando comparada com outras intervenções. Além disso, ajuda a mulher a participar no seu processo de TP e demonstra ser uma experiência positiva que promove a satisfação materna (Meei-Ling, et al., 2013).

A equipa de enfermagem tem a perceção das barreiras no uso da HIT no TP. Para poder utilizar este método, é necessário um conjunto de fatores: um ambiente de apoio, com os protocolos adequados e os recursos para que isso

aconteça associados sempre o às relações colaborativos entre a equipa de saúde de profissionais (Stark, et al., 2009).

Através da revisão integrativa efetuada pode verificar-se que em vários dos estudos efetuados a HIT tem demonstrado efeitos positivos no bem-estar materno-fetal. Assim, o EESMO deve estar sempre informado acerca da atual evidência científica acerca dos efeitos desta intervenção, possibilitando a determinação de qual a melhor forma de intervir em cada contexto clínico.

Só assim é possível que o EESMO preste cuidados de saúde adequados e individualizados, promovendo a humanização dos cuidados e a promoção de uma transição para a parentalidade saudável.

Em gesto de conclusão, pode acrescentar-se que a HIT durante o TP é recomendada como uma prática benéfica que contribui para o alívio da dor, garantindo o conforto à parturiente e demonstrando uma redução nos partos medicalizados (Castro, et al., 2013).

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISIONALIZANTE E AS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Este capítulo engloba uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas durante o estágio profissionalizante, nas diversas áreas da enfermagem da saúde materna e obstétrica que possibilitou a consolidação das competências preconizadas pela OE e refletir sobre as várias atividades realizadas nos diferentes módulos.

Este relatório de estágio, está dividido em duas partes, a primeira reflete o percurso efetuado no Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim e Vila do Conde, que decorreu no serviço de autocuidado pós-Parto e parentalidade, no serviço de internamento de grávidas de risco até ao último, no núcleo de partos. Ao longo de um ano letivo, a sua organização criou condições para o desenvolvimento e mobilização de conhecimentos de suporte à prática baseada em evidência científica e na prestação de cuidados especializados nas diferentes áreas de atuação do EESMO.

Nas diferentes vertentes do estágio: gravidez com complicações, trabalho de parto e parto, e pós-parto e parentalidade RN e seus significativos, todo o plano de cuidados fora norteado pelo código deontológico dos enfermeiros.

De forma a justificar a relevância da entidade de acolhimento, no quadro dos objetivos definidos para o processo de aquisição de competências, são enfatizadas neste relatório as atividades desenvolvidas durante o estágio.

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências baseou-se na procura constante de evidência científica, para dar resposta às diferentes situações que se impunham nos diferentes módulos.

Os cuidados de saúde baseados na evidência, tal como são concebidos atualmente, baseiam-se na visão de que as decisões clínicas devem ser fundamentadas na melhor evidência científica disponível, reconhecendo contudo, a preferência do paciente, o contexto de cuidados de saúde e o julgamento do profissional de saúde (Pearson, et al., 2010).

A evidência desenvolvida através de investigação clínica sistemática e metodologicamente rigorosa, enfatizando o uso da ciência, desmotiva o uso da intuição e a experiência clínica não sistemática (Pearson, et al., 2010).

Para este percurso de aprendizagem delineamos as estratégias, que suportassem a prática, com base na pesquisa de evidência científica que melhor traduzisse o estado da arte da enfermagem e que também servisse de base para a construção do presente relatório.

A saúde materna diz respeito aos cuidados prestados às mulheres em idade reprodutiva e respetivas famílias, durante todos os estádios da gravidez e parto incluindo as quatro primeiras semanas após o parto (Lowdermilk, et al., 2008).

Esta perspetiva foi por nós assumida como uma premissa para a construção de um projeto de estágio consistente com o desenvolvimento e aquisição de competências específicas. Podemos assim afirmar que, este reflete o rumo pelo qual a aquisição e o desenvolvimento de competências seguiu, ou seja, pela busca incessante de basear a prática na evidência mais atual.

O projeto individual de estágio foi delineado sob as orientações determinadas pela unidade curricular Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós Parto e para dar resposta à diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2009, transposta para direito interno, lei nº 9/2009, de 4 de Março, que determina as diretrizes para a obtenção do título de EESMO.

Para este foram adquiridos competências que permitam intervir no domínio dos cuidados de enfermagem especializados na vigilância e cuidado da grávida com complicações, em trabalho de parto, parto e no puerpério; e os objectivos foram cumpridos.

Através das experiências obtidas, foi possível articular e conciliar os conhecimentos teóricos e, de uma forma sustentada, demonstrar que foi possível a aquisição de competências específicas de acordo com os objetivos pré estabelecidos.

A multiplicidade de experiências vivenciadas nas diferentes situações possibilitou a construção e validação de conhecimentos muito gratificantes e que, assumimos, terem contribuído para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional e a orientação prestada pelas tutoras foi vista como uma preciosa ajuda quer na solidificação e integração de conhecimentos essenciais ao processo de desenvolvimento, quer na aquisição de competências.

A International Confederation of Midwives (ICM) define o termo "competências" como uma afirmação dos cuidados, bem como dos conhecimentos,

habilidades e comportamentos necessários da parteira para a prática segura, recorrendo sempre ao princípio da evidência científica como base de sustentação dos cuidados prestados.

Segundo a (Ordem dos Enfermeiros, 2010), o Enfermeiro Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Demonstram também níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

A definição das competências do Enfermeiro Especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Seja qual for a área de especialidade, todos os Enfermeiros Especialistas partilham um grupo de domínios, consideradas competências comuns de atuação do enfermeiro especialista e inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários e em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Segundo o (Ministério da Saúde, 2012), o EESMO tem como funções “avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos; detetar precocemente fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto e orientar corretamente cada situação; promover a educação para a saúde integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez”.

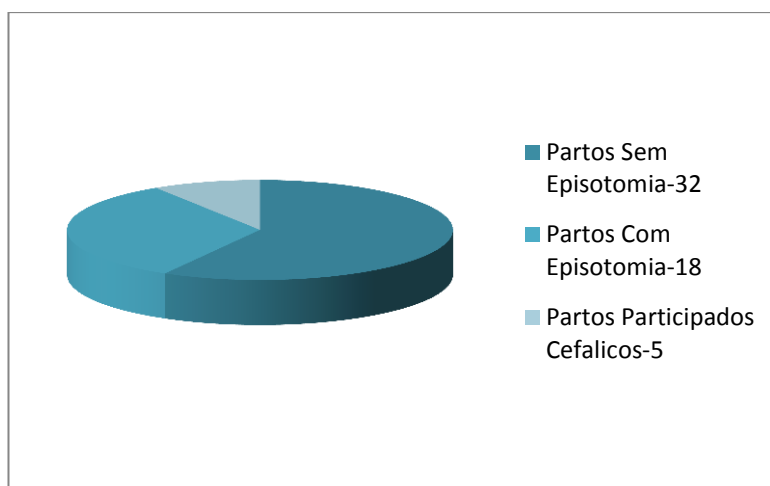
Nesta perspetiva, como o exercício profissional do EESMO deve ser regido por estas premissas e pelas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros procuramos prestar cuidados à grávida durante o TP, parto e pós-parto segundo uma perspetiva holística e transdisciplinar, promovendo a vigilância de saúde, identificando precocemente e tratando complicações, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.

Dando resposta à diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005 que regulamenta o reconhecimento das

qualificações profissionais da Parteira, o número de partos realizados, a vigilância de pelo menos 40 grávidas com e sem complicações, das 100 puerperas e dos seus recém-nascidos estão descritos no Anexo II, complementando as competências preconizadas pela OE para a atribuição do título de Especialista.

Para além dos factos refletidos anteriormente neste relatório de estágio, na Figura 9, abaixo citada, encontra-se a representação gráfica do número total de partos realizados com e sem episiotomia assim como os partos participados.

Figura 9- Número de partos realizados com e sem episiotomia assim como os partos participados cefálicos.



Refletindo sobre o percurso de estágio profissionalizante, podemos concluir que foi realizado de uma forma sistemática e suportado em evidência científica.

A realização do estágio profissionalizante na CHPVVC proporcionou as condições para a sua concretização, do ponto de vista organizacional e de recursos humanos, que foram uma mais-valia para a aquisição das competências.

Note-se também a contribuição deste estágio para a entidade de acolhimento, a CHPVVC, através do desenvolvimento da análise crítico-construtiva das práticas, com vista a melhorar os cuidados prestados, e na partilha de conhecimentos mais recentes adquiridos durante o MESMO.

Assim, a segunda parte do trabalho focou-se sobre o método não-farmacológico, a HIT, e o seu efeito na redução dos partos medicalizados.

Verificou-se uma necessidade premente da realização de mais estudos relativamente a este fenómeno no sentido de dar maior consistência a esta área do conhecimento.

Este método está a ser utilizado por diversos países, no entanto, não foi ainda promovido na instituição onde decorreu o estágio.

A revisão integrativa demonstrou que quando o método não é efetuado, é devido à falta de apoio nas instituições. Torna-se assim necessário uma maior reflexão com os profissionais para que estes reconheçam os benefícios desta intervenção.

A revisão integrativa da literatura permite constatar que o EESMO deve utilizar a HIT como um método não-farmacológico na sua prática mas também escutar quais os anseios das parturientes relativamente ao TP (Rocha, 2009).

Neste percurso de estágio constatamos que a HIT não era familiar para os profissionais, principalmente para a maioria das parturientes. Assim, esta prática deveria ser introduzida durante a preparação para o parto, através do ensino às grávidas/casais sobre métodos não-farmacológicos no alívio da dor. Trabalho relevante está a ser desenvolvido pelo CHPVVC, na criação de condições para que os cursos de preparação para o parto sejam realizados em meio aquático, uma iniciativa do hospital em parceria com a Varzim Lazer, que cede as suas instalações para que os futuros pais tenham uma melhor preparação para o momento do nascimento do filho.

A revisão integrativa efetuada permite assegurar que o HIT é uma prática segura e tem uma redução nos partos medicalizados e que apresenta benefícios na diminuição significativa da perceção dos desconfortos durante o TP e pós-parto.

Portanto, considero a pertinência de se investigar acerca desta temática para a melhoria da prática do EESMO, no sentido de compreender mais e intervir de acordo com a evidência científica, produzindo ganhos em saúde.

Segundo (Rocha, 2009), as implicações para a prática de Enfermagem sugerem uma profunda reflexão relativamente à forma como os EESMO se relacionam com a parturiente e lidam com as suas necessidades específicas no processo da maternidade.

No entanto, como refere (Rocha, 2009) no âmbito da formação em Pós-Licenciaturas de Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica, os currículos deveriam comportar um aporte de conhecimentos específicos relativos a estes métodos naturais de relaxamento e controlo da dor de parto, tanto a nível teórico como a nível prático, através de visitas de estudo ou de possibilidade de estágio em locais onde a utilização do HIT fosse já uma realidade.

Implementar sessões informativas e formações nos serviços de obstetrícia sobre a HIT; formar um grupo de Enfermeiro Especialistas em Obstetrícia, que criassem uma iniciativa a nível nacional com todos os hospitais, especificamente nos serviços de obstetrícia, e estas iniciativas eram dadas como prémios, no

sentido de diminuir as intervenções médicas de forma a promover a utilização do método não-farmacológico.

O projeto individual de estágio foi delineado sob as orientações determinadas para a unidade curricular Estágio: Gravidez, trabalho de parto e pós parto e pela diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2009, transposta para direito interno, lei nº 9/2009, de 4 de Março, que foi conseguido através de empenho, esforço e incitativa e que passou também pela concretização de um sonho pessoal e recontextualização de saberes.

CONCLUSÃO

Chegando ao final deste percurso, que marca o início de um novo ciclo profissional, conseguido através de um contínuo acumular de experiências durante o estágio profissionalizante e também na procura constante de evidência assente no conhecimento, posso afirmar que não poderia estar mais satisfeita.

Consideramos que este estágio constituiu uma excelente oportunidade de integrar e desenvolver os conhecimentos adquiridos, relativos ao exercício profissional do EESMO, de forma a desenvolver competências no processo de maternidade na vigilância das gravidezes normais e de risco, trabalho de parto, parto e puerpério imediato.

Os cuidados de enfermagem prestados foram sempre aliados ao espírito de aprendizagem, desenvolvendo o sentido crítico com as situações inerentes à prática de enfermagem em colaboração com os outros profissionais da equipa de saúde.

O presente relatório descreve uma reflexão acerca da importância de todo este percurso para o crescimento profissional e pessoal. O desenvolvimento e aquisição das competências como futura EESMO exigiram, diariamente, uma consideração sobre os fundamentos da prática dos cuidados de enfermagem especializados, estimulando assim o desenvolvimento da profissão.

Esta análise do nosso percurso formativo teve como principal objetivo uma reflexão sobre a concretização do projeto de estágio, vivências e do processo de aprendizagem.

Para os atingir com sucesso contamos com o apoio e motivação da nossa tutora de estágio Enfermeira Sónia Brandão, que ao longo deste percurso foi orientando e proporcionando oportunidades, que permitiram atingir as competências exigidas. A partilha de saberes e experiências com as várias orientadoras foi também motor para a aquisição de novos conhecimentos.

As novas terapias na assistência ao parto geram oportunidades para os profissionais de saúde no que diz respeito à possibilidade de escolhas na forma de

cuidar com segurança e eficácia, e com práticas baseadas na mais atual evidência científica.

Para a implementação de terapêuticas não-farmacológicas deve seguir-se criteriosamente a utilização de padrões de cuidados estabelecidos por meio de métodos considerados e adotados ao local a ser aplicado.

Esses indicadores de saúde contribuem para a melhoria da vigilância da gravidez e para os cuidados profissionalizados no trabalho de parto. Embora o parto seja um fenómeno natural no ciclo vital da maioria das mulheres, ele tem sido transformado, lentamente, numa situação de controlo humano necessário, no sentido de reduzir os riscos inerentes, reduzir as taxas de morte neonatal e obter melhores indicadores de saúde (Rocha, 2009).

A revisão integrativa da literatura efetuada, associada a esta pesquisa constante de evidência científica que fundamenta a nossa prática, durante este estágio profissionalizante, permitiu-nos uma compreensão holística do processo de cuidar nas várias áreas da saúde materna, assim como a utilização da HIT durante o TP e parto e o efeito na redução de partos medicalizados.

A componente de investigação que compõe este relatório de estágio, como já referi, garante a excelência dos cuidados prestados, entendendo que é este o ponto de partida na formação do EESMO.

O incentivo à utilização de técnicas não-farmacológicas ao alívio da dor favorece o cuidado humanizado às mulheres em trabalho de parto. Assim, considero de extrema importância a necessidade de formação de elementos construtivos para melhorar as condições e experiências das gestantes com o parto. Para a abordagem da temática em questão, tornou-se imprescindível perceber os benefícios e as consequências desta intervenção durante o processo da maternidade, ainda que esta prática já esteja em vigor a nível mundial.

Existe evidência científica que demonstra os benefícios e a diminuição significativa da perceção dos desconfortos durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto, quando a hidroterapia é utilizada como uma forma de relaxamento e, de acordo com (Monzoni, et al., 2009), a HIT oferece benefícios como bem-estar fisiológico, aumento da sensação de relaxamento e do conforto durante o trabalho de parto. Sendo assim, e com base no que fora anteriormente citado, deve ser incentivada a sua prática.

Segundo (Benfield, 2002), embora os efeitos psicofisiológicos maternos e fetais de HIT em TP permanecerem obscuros, ocorrem algumas alterações durante a imersão do corpo na água. Estes factos podem estar associados a uma má

experiência de parto, à depressão pós-parto ou a problemas na relação mãe-bebê, sendo, por isso, essencial apostar em mais investigação nesta área.

Relativamente às sugestões para o ensino e para as futuras investigações, diríamos que esta revisão integrativa da literatura pode ser uma oportunidade para o crescimento e o enriquecimento da reciprocidade entre parturientes e enfermeiros, como profissionais de saúde, nos seus cuidados prestados. Pode ainda constituir um reforço à forma de agir destes profissionais, promovendo a sua própria identidade como o EESMO e proporcionando a aquisição de uma nova visão em relação ao parto.

No âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, no qual foram adquiridos os conhecimentos e competências preconizadas pela OE, pode concluir-se que os objetivos foram atingidos, dando resposta aos resultados esperados.

Pode então afirmar-se que no final deste trajeto, enquanto futura EEESMO, que o objetivo será sempre o de promover a experiência da mulher durante o seu processo de maternidade de uma forma consciente, responsável e com dignidade seguindo a importância desse papel como (Ina May Gaskin) afirma : “whenever or however you give birth, your experience will impact your emotions, your body, and your spirit for the rest of your life”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajadi, A.M., et al. 2006. The effect of amniotomy on the outcome of spontaneous labour in uncomplicated pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 7, 2006, Vol. 26. pp.631- 634.

Altman, D., et al. 2006. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions – a randomized controlled trial. *An International Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2, 2006, Vol. 113.

American Academy of Pediatrics. 2000. Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome. Changing concepts of sudden infant death syndrome: Implications for infant sleeping environment and sleep position. *Pediatrics*. 3, 2000, Vol.105. pp. 650-656.

American College of Obstetricians & Gynecologists. 2007. Premature rupture of membranes. *Practice Bullentin*. Washington, DC. 2007, Vol.80.

American College of Obstetricians and Gynecologists. 2010. Induction of labor. *Practice Bulletin. Obstetrician Gynecology Practice Bullentin*. 2, 2010, Vol.114. pp.386-397.

American College of Obstetricians and Gynecologists. 2010. Intrapartum fetal heart rate monitoring. Washington DC. *Technical Bullentin*. 2010, Vol.132.

Association of Women´s Health, Obstetric and Neonatal Nurses.2009. *Fetal Heart Monitoring: Principles and Practices 4th Edition*. Fetal Heart Monitoring Program. Kendall Hunt Professional. 2009.

Association AD. 2008. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2008 Vol. 31. pp. 55-60.

Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2005. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP (versão BETA 2). 2005. ISBN 972-98149-5-3.

Awad, Michael, et al. 2011. Bladder drainage during labor: A randomized controlled trial. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 8, 2011, Vol.38. Doi: 10.1111/J 1447-0756.2011.01837x.

Azevedo, A, et al. 2009. Percepções e Sentimentos de Gestantes e Puérperas sobre a Pré-Eclâmpsia. *Revista saúde pública*. 11, 2009, Vol. 3. pp 347-358.

Azevedo, Anabela A. 2003. Incontinência urinária - Impacto no feminino. Coimbra : FORMASAU, 2003. 971-8485-55-7.

Baeana, M, et al. 2013. Validation Studies in Nursing: Integrative Review. *Rev Rene*. 1, 2013, Vol.14. pp. 218-228.

Barbosa, L, et al. 2012. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012, Vol. 34. pp. 143-148.

Bell, Kathleen M. 2012. Centering Pregnancy: Changing the System, Empowering Women and Strengthening Families. *International Journal of Childbirth Education*. 2012, Vol. 27.

Blake, D. 2008. Pinards: out of use and out of date? *British Journal of Midwifery*.6, 2008, Vol.16.

Bloom, S, et al. 2005. A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *The American Urogynecologic Society & The Society of Gynecologic Surgeons*. 5, 2005, Vol. 192. pp. 1692-1696.

Blum, L. 2007. Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*. *Psyc Articles*.1, 2007, Vol.24. pp. 45-62

Boulvain, M, et al. 2010. Membrane sweeping for induction of labour (Review). *The Cochrane Library*. I, 2010, Vol. I.

Branden, P. 2000. Enfermagem Materno Infantil 2 Edição. Enfermagem Prática. Springhouse Cooperation. Reichman Afonoso Editores. 2000.

Bridges, E., et al. 2003. Hemodynamic monitoring in high-risk obstetrics patients: Hypertension and Preeclampsia. Critical Care Nurse. 5, 2003, Vol. 23.

Briggs, Joana Institute. 2009. The management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding. Best Practice.4, 2009, Vol. 12. pp. 17-20.

Brockington, F, e Wilson, D. 2006. The postpartum bonding questionnaire: A validation. Archives of Women's Mental Health. 2006, Vol. 9. pp 233-42.

Burroughs, A. 1995. Uma Introdução á Enfermagem Materna. Artes Médicas. 1995.

Bystrova, Ksenia, et al. 2009. Early Contact versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later. Wiley Periodicals, Inc. 2, 2009, Vol. 36.

Cabrita, S, et al. 2008. Summary of recommendations for adult immunization. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). <http://www.immunize.org/catg.d/p2011.pdf>.2008.

Cardenas, C, et al. 2012. Coping and adaptation process during puerperium. Colombia Médica. 2, 2012, Vol. 43.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2006. Understanding intimate partner violence: Fact sheet. http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/ipv_factsheet.pdf.2006.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2006. Intimate partner violence during pregnancy: A guide for clinicians. <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/violence/IntimatePartnerViolence/.2006>

Centers for Disease Control and Prevention. 2008. Measuring intimate partner violence. Victimization and perpetration: A compendium of assessment tools. National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC).http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/Compendium/Measuring_IPV_Victimization_and_Perpetration.htm. 2008.

Chang, C, et al. 2011. Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: a randomized controlled trial in Taiwan. 6, 2011, Vol. 27. pp.293-300. ID: 8510930.

Chao-Lun, C, et al. 2004. Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and long-term clinical impact. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology. 4, 2004, Vol. 42. pp.367-370.

Chapman, V e Charles, C. 2009. The midwife's labour and birth handbook -2nd edition. Wiley-Blackwell. United Kingdom Blackwell Publishing Ltd. 2009.

Crum, K. 2006. Maternal physiological changes. Maternity Nursing, 7th ed. St. Louis, MO: Elsevier.2006.

Cunha, Margarida, et al. 2009. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DESEMPENHADAS POR ENFERMEIROS. Esc Anna Nery Rev Enferm. 1, 2009, Vol. 13.

Cunningham, F, et al. 2005. Williams Obstetrics. New York: McGraw-Hill.2005.

Davidson, M, et al. 2009. Contemporary Maternal-Newborn Nursing Care- 7th Edition. Pearson, New York. 2009.

Devone, D, et al. 2012. Cardiography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing review. The Cochrane collaboration. <http://www.thecochranelibrary.com>. 2012.

DeFrances, C, et al. 2007. National hospital discharge survey: annual summary with detailed diagnosis and procedure data. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat. 13, 2007, Vol. 165.

Driscoll, J. 2006. Postpartum depression: How nurses can identify and care for clients grappling with this disorder. AWHONN Lifelines, Blackwell Synergy. 5, 2006, Vol. 10. pp. 400- 409.

Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2010.Regulamento do segundo ciclo de estudos . Porto. s.n, 2010.

Evans, A. 2010. Manual de obstetrícia 7th Edição. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. 2010.

Filho, Jorge R. e Montenegro, Carlos A. 2010. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 978-85-277-1603-1.

Fitzgerald, Tamara. 2011. Let families write a birth plan. Patient Education Management. 2011.

Graça, Luís M. 2005. Medicina Materno Fetal. Lousã : LIDEL, 2005. 978-972-757-325-7.

Hastings-Tolsma, M, et al. 2007. Protecting the perineum. American Journal of Maternal Child Nursing. Ovid. 3, 2007, Vol.32. pp.158-64.

Harmon, S, et al. 2005. Family Health Care Nursing 3rd Edition Theory, Practice & Research. Family Nursing with Childbearing Families Chapter 10. 2005, pp.277.

Heaslip, Vanessa, et al. 2012. Professional Issues: Reflecting on nurses views on using research in practice. British Journal of Nursing. 22, 2012, Vol. 21. pp. 1341

Hodnett, E, et al. 2004. Caregiver support for postpartum depression. Cochrane Review. Chichester, UK; John Wiley & Sons. 2, 2004.

ICM e FIGO. 2003. Management of the Third Stage of Labour to Prevent Postpartum Haemorrhage. 2003, Vol. 83.

ICM e WHO. 2006. Managing eclampsia. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2006. 92 4 154666 2.

International Confederation of Midwives. 2010. Essential competencies for basic midwifery practice Global Standards. www.internationalmidwives.org.

Jansse, T, et al. 2012. Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. Informa Care UK, Ltd. 1, 2012, Vol. 33. pp. 25-31. ISSN 0167-482X print/ISSN 1743-8942 DOI: 10.3109/0167482X.2011.642428

Kaban, Alpaslan, et al. 2012. The success of cardiotocography in predicting permanent outcome. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2, 2012, Vol. 3. pp.168-171.

Kitzinger, S. 1996. *The Complete Book of Pregnancy and Childbirth*. New York: Alfred A. Knopf Publishers. 1996.

Karlstrom, A. e Engstrom-Olofsson, R. e Norbergh, K. 2007. Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 5, 2007 , Vol. 36. pp.430-40.

Langenveld, Josje, et al. 2011. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild preeclampsia between 34 and 37 weeks' gestation (HYPITAT-II): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011, Vol. 11.

Leifer, G. 2005. *Maternity nursing: An introductory text*, 9th ed. St. Louis: Elsevier. 2005.

Leveno, Kenneth. 2010. *Manual de Obstetricia de Williams - complicações na gestação*. São Paulo : ARTMED, 2010. 978-85-363-2183-7.

Levy, L, et al. 2008. *Manual de Aleitamento Materno - Edição Revista*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF. 2008.

Lowdermilk, Dietra L. e Perry, Shannon E. 2008. *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusodidacta, 2008. 978-989-8075-16-1.

Martins, C. 2008. *Transição para a Parentalidade*. Programa de doutoramento em enfermagem: revisão da literatura. Universidade de Lisboa. 2008.

Marques, J, et al. 2011. Distocia de ombros: uma emergência obstétrica. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. *Acta Médica Portuguesa*. 4, 2011, Vol. 24. pp. 613-20.

McKinney, E, et al. 2005. *Maternal-child nursing*, 2nd ed. St. Louis: Elsevier. 2005.

Meleis, A. 2007. *Theoretical Nursing: development and progress*. 4^a Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007.

Meleis, A, et al. 2000. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 1, 2000, Vol. 23. pp. 12-28.

Melo, V, et al. 2006. Assistência Pré-Natal. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2006.

Mercer, R. 2004. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. 3, 2004, Vol. 36. pp.226-32.

Ministério da Saúde.1993. Orientações Técnicas: Vigilância Pré-natal e Revisão do Puerpério. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar revista. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 1993, pp.10.

Ministério Da Saúde. 2012. Gestaçao de Alto Risco 5ª Edição Secretaria de Atençao à Saúde. Manual Técnico. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2012.

Murdoch, C. 2001. A Screening Questionnaire for Mother-infant Bonding Disorders. *Archives of Women's Mental Health*. 2001, Vol.3. pp. 133-140.

NICE. 2006. Postnatal Care. Routine postnatal care of women and their babies. London : Royal College of General Practitioners, 2006.

Oliveira, Graça, et al. 2012. Reanimação do recém-nascido de termo na sala de partos. *Consensos Neonatologia*. 2012.

Oliveira, Graça, et al. 2012. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Reanimação do Recém-nascido de termo na sala de partos: consensos Neonatologia 2012. [Online] 2012. [Citação: 26 de Janeiro de 2013.] http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Reanimacao_RN_Termo_Sala_Partos_Janeiro_2012.pdf.

Ordem, Enfermeiros. 2010. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e ginecológica. 2010.

Patient Education Management. 2012. Childbirth Education, <http://www.evergreenhospital.org>. Evergreen Hospital Medical Center. 2012, Vol.5.

- Pearson, Alan, et al, 2010. O modelo de cuidados de saúde. Instituto Joanna Briggs. 2010.
- Pereira, M. 2006. Aleitamento materno: Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2006.
- Pilitteri, A. 2007. Maternal & Child Health. Nursing Care of the Childbearing & Childrearing Family. Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
- Ribeiro, M, et al. 2013. Estudos de Validação na Enfermagem: Revisão Integrativa. Rev Rene. 1, 2013, Vol.14. pp. 218-228.
- Ribowsky, Jennifer. 2012. Pregnancy-Induced Hypertension. Clinician Reviews. 2012, Vol. 22.
- Rocha, Ivanilde, et al. 2009. O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. Revista Escolar de Enfermagem. 4, 2009, Vol. 43.
- RN Maternal Newborn Nursing. 2010. Intrapartum Nursing Care. Labor & Delivery Processes. 2010, pp. 128-141. www.atitesting.com.
- Shepherd, A, et al. 2013. The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. Women And Birth: Journal of the Australian College of midwives. New York: Elsevier. 1, 2013, Vol. 26. pp. 49-54.
- Watts, N. 2004. Screening for domestic violence: A team approach for maternal-newborn nurses. AWOHNN Lifelines 3, 2004, Vol. 8. pp.210-19.
- Weeks, J, et al. 2001. Trends in the use of episiotomy in the United States. Birth Journal. 3, 2001, Vol. 28. pp. 152-160.
- World Health Organization. 1996. Care in normal birth: A practical guide. Geneva: World Health Organization. 1996.
- World Health Organization. 2007. Promoting the health of mothers and newborns during birth and the postnatal period. Geneva : World Health Organization. 2007.
- World Health Organization. 2009. Baby-friendly hospital initiative. Geneva: World Health Organization. 2009.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DOS ARTIGOS INCLUIDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

Akhçaghi, A, et al. 2009. Experience of water birth delivery in Iran. Arch Iran Med. 2009, Vol. 12. pp.468-471.

Almeida, Filho, e Rouquayrol, M. 1990. Introdução à Epidemiologia Moderna. Apce Produtos do Conhecimento e ABRASCO.1990.

Beech, B. 2000. Waterbirth: Time to move forward. AIMS Journal. 2, 2000, Vol.12.

Bell, K. 2012. Centering Pregnancy: Changing the system, empowering women and strengthening families. Interantional Journal of Childbirth Education. 1, 2012, Vol. 27.

Benfield, R, et al. 2010. The effects of Hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamic. Biology Research Nursing. 12, 2010, Vol.28. <http://brn.sagepub.com/content/12/1/28>.

Benfield, R. 2002. Hydrotherapy in Labor. Journal of Nursing Scholarship, 4, 2002, Vol.34. pp. 347-352.

Blanco, J, et al. 1993. Water immersion and the effect on labor. Journal of Nurse Midwifery. 6, 1993, Vol. 38.

Brüggemann, O, e Gayeski, M. 2010. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Texto Contexto Enferm. 4, 2010, Vol.19. pp. 774-82.

Burns, E, et al. 2012. Characteristics, Interventions, and Outcomes of Women Who Used a Birthing Pool: A Prospective Observational Study. Birth issues in Perinatal Care. 3, 2012, Vol. 39.

Burns, E, et al. 2009. Immersion in water in labor and birth (review). The Cochrane Library. 2009, Vol. 2. pp. 1-76.

Catarino, G, et al. 2012. Documento de Consenso- Pelo Direito ao Parto Normal- Uma Visão Partilhada. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras e Ordem

dos Enfermeiros. Dia Internacional do Enfermeiro Especialista de saúde materna e Obstétrica/Parteira. 2012.

Cammu, H, et al.1994. To bathe or not bathe during the first stage of labor. Acta Obstet Gynecol Scand Vol.73. pp. 468-72.

Chard, T, et al. 2000. A retrospective comparison of water births and conventional vaginal deliveries. Journal of Obstet Gynecol. 2000, Vol.91. pp. 15-20.

Castro, A, et al. 2013. Hidroterapia como método não farmacológico para o alívio da dor durante o Trabalho de Parto. VIII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal II Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. 2013.

Chieh-Yu, L, et al. 2013. Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. JOGNN. 2013, Vol.42. pp. 19-28; 2013. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x

Church, L. 1989. Water birth: One birthing center's observations. Journal of Nurse Midwifery.4, 1989,Vol. 34.

Cunha,M. 2009. Assistência Pré-natal: Competências Essências Desempenhadas por Enfermeiros. Revista de Enfermagem. 2009,Vol.13.

Colliere, M. 1989. Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lidel. 1989.

Couto, Germano. 2003. Preparação para o Parto: representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural. Loures: Lusociência. 2003, ISBN: 972-8383-63-0

Dallenbach, R, 2006. Water birth, more than a trendy alternative: a prospective, observational study. Arch Gynecol Obstet. 2006. Vol.274. pp. 355-365. Doi: 10.1007/s00404-006-0208-1

Dasilva, F, et al. 2007. A randomized controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. Midwifery. 2007, Vol.25. pp. 286- 294.

Dekker, L. 2012. Water Birth Part 2: The evidence. Giving Birth Based on Best Evidence. Evidence Based on Birth. 2012.

Dilmen, U, et al. 2012. The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. Turkish-German Gynecological Education and Research Foundation. 2012, Vol.13. pp.45-59.doi:10.5152/jtgga.2012.03.

Eckert K, et al. 2001. Immersion in water in the first stage of labour: a randomized controlled trial. Birth Journal. 2001, Vol. 28. pp. 84-93.

Enning, C. 2000. O Parto Na Agua- Um guia para pais e parteiros. Edição Brasileira. 2000.

Ehrlich, A .2009. Evidence-based medicine. Water immersion during labor reduces analgesia use. The Clinical Advisor. 2009.

Enkin, M, et al. 1996. The effects of whirlpool baths in labor: A randomized, controlled trial. Birth Journal. 3,1996,Vol. 23.

Gau, M., et al. 2013. Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. JOGNN. 2013. Vol.42. pp.19-28; DOI: 10.1111/j.1552-6909.2012.01424.

Gould, D. 2007. Waterbirth: From ordinary to extraordinary. British Journal of Midwifery. 1,2007, Vol.15.

Harper, B. 2005. Gentle birth choices. Rochester, Vermont : Healing Arts Press. 2005.

Jovanovic, R. 2009. Parto Na Agua- uma nova causa familiar. Ariana Editora. 2009.

Lowe, N. 2002. The nature of labor pain. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 5, 2002, Vol.186.pp.16-24

Mazoni, S, 2009. Hydrotherapy during labor: a case report of safe practice. Arquivo Ciências da Saúde. 2009,Vol.16. pp.40 - 44.

Macloed, K, et al. 2004. Método para um parto suave - escolha uma gravidez saudável e um parto tranquilo. A Estrela Polar. 2004.

Maternity Care Working Party. 2007. Making normal birth a reality: Consensus statement from the Maternity Care Working Party. United Kingdom. 2007.

Nichols, F. 1996. The effects of hydrotherapy during labor. *Journal of Perinatal Education*, 1, 1996, Vol.5.

Odent, M. 1990. *Water and sexuality*. London:Arkana. 1990.

Octavio, M, et al. 2013. Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth—The Brazilian nurse midwives' view , *Elsivier Midwifery*. 2013, Vol. 29. pp.99-106

Shaw-Battista, J. 2009. *Optimal outcomes of labor and birth in water compared to standard maternity care*. University of California, San Francisco. 2009.

Raymonde, G. 2011. *Midwifery in a new context: expanding our reference points and embracing new representations of pregnancy and birth*. *Midwifery*. 2011, Vol.27. pp.360-367

Rocha, Vitor. 2009. *A ÁGUA COMO MEIO ALTERNATIVO PARA O NASCIMENTO NATURAL* Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto. *Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem*. 2009.

Rocha, A, et al. 2009. *Cuidados no alívio da dor: perspectiva da parturiente*. Centro de estudos em educação, tecnologias e saúde. 2009, pp. 299-309.

Simkin, P, et al. 2002. *Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic review of five methods*. *AJOG*. 5, 2002, Vol.186. pp.131-159.

Seigel, P. 1960. *Does bath water enter the vagina?* *Obstetrics and Gynecology*. 1960, Vol. 15.

Stark, M, et al. 2009. *Barriers to the Use of Hydrotherapy in Labor*. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.AWHONN.JOGNN*.2009, Vol.38.pp.667-675.Doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01065.x

Stark, M, et al. 2008. *Observing Position and Movements in Hydrotherapy: A Pilot*. *JOGNN*.2008, Vol.37.pp.116-122. 2008. DOI: 10.1111/J.1552-6909.2007.00212.x

Silva, Fatima, e Oliveria, Sonia. 2006. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. Rev Esc Enferm USP. 1, 2006, Vol. 40. pp. 57-63. www.ee.usp.br/reeusp/

Tracy, S, et al. 2007. Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: A population-based study. Women and Birth. 3, 2007, Vol. 20. pp. 41-48.

Wheatherspoon, D. 2011. Current Practices in Easing Discomfort from Labor and Delivery: Alternative and Medical Practices. International Journal of Childbirth Education. 4, 2011, Vol. 25.

ANEXO

**Anexo I - Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do
Conselho de 7 de Setembro de 2005**

**Anexo II - Regulamento das Competências Específicas do
EESMO da Ordem dos Enfermeiros**

Anexo III - Mapa do Número e Tipo de Partos Realizados e Participados

Data	Parturientes			Partos Executados		Partos Participados	
	Risco	Normais	Com Episiotomia	Sem Episiotomia	Pélvicos	Cefálicos	
29.03.12		X	X				
29.03.12	X			X			
02.04.12		X		X			
03.04.12		X	X			X	
03.04.12		X		X			
19.04.12		X	X				
19.04.12		X	X				
01.05.12		X		X		X	
01.05.12		X		X			
03.05.12		X		X			
03.05.12		X	X				
03.05.12		X	X				
07.05.12	X			X			
07.05.12		X		X			
07.05.12		X		X			
14.05.12		X		X			
15.05.12		X		X			
15.05.12		X	X				
16.05.12		X		X			
22.05.12		X		X			
24.05.12		X		X			
04.06.12		X		X			
06.06.12	X			X		X	
07.06.12		X	X				
07.06.12	X		X				
08.06.12		X		X			
08.06.12	X					X	
08.06.12		X	X				
11.06.12		X	X				
12.06.12	X			X			

18.06.12		X	X	
20.06.12	X			X
20.06.12		X	X	
21.06.12		X		X
21.06.12		X		X
28.06.12	X		X	X
28.06.12	X			X
28.06.12	X			X
29.06.12		X	X	
29.06.12		X	X	
02.07.12	X		X	
05.07.12		X		X
05.07.12		X		X
11.07.12		X		X
11.07.12	X			X
11.07.12	X			X
16.07.12		X		X
21.07.12		X		X
23.07.12		X	X	
25.07.12		X		X
25.07.12		X		X

