

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

O IMPACTO DO PLANO DE PARTO NA TOMADA DE
DECISÃO DA MULHER PARA A SATISFAÇÃO NO PARTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Vanessa Maria de Nossa Senhora dos Santos

Porto | 2020

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O IMPACTO DO PLANO DE PARTO NA TOMADA DE
DECISÃO DA MULHER PARA A SATISFAÇÃO NO PARTO

THE IMPACT OF THE BIRTH PLAN ON WOMEN'S DECISION
MAKING FOR SATISFACTION IN CHILBIRTH

Estágio profissional de natureza profissional

Sob a orientação

Da Professora Maria Vitória Parreira

Vanessa Maria de Nossa Senhora dos Santos

Porto | 2020

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório de estágio marca o fim de um percurso altamente desafiador, mas que se revelou um dos mais importantes e prazerosos da minha vida, tanto pessoal como profissionalmente. Foram dois anos intensos em que obtive conhecimentos e adquiri competências que levarei para o meu futuro.

Não poderia, portanto, deixar de agradecer às pessoas que me ajudaram a percorrer este caminho de uma forma mais tranquila e me apoiaram ao longo deste percurso.

Gostaria de agradecer, profundamente, à Professora Vitória Parreira, minha orientadora durante este percurso, por todo o apoio, disponibilidade constante, paciência, transmissão de conhecimento, acompanhamento e dedicação que sempre me transmitiu e que foi de extrema importância para que eu concluísse esta etapa.

À Prof^a Alexandrina Cardoso, como coordenadora do MESMO, pelo estímulo e compreensão para que este projeto chegasse ao seu término.

A todos os professores que durante estes dois anos contribuíram com os seus conhecimentos para o meu crescimento profissional.

A toda a equipa do Bloco de Partos e Serviço de Obstetrícia do Hospital Pedro Hispano pelo acolhimento caloroso e especialmente à Enfermeira Ana Estevão, Francisca Outeiro e Nazaré Amado por todo o apoio, compreensão, suporte e oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram.

À minha família e amigos próximos pela transmissão de força, motivação, apoio e incentivo constante.

Ao Luís por acreditar em mim, pelo orgulho e apoio demonstrado e por estar sempre presente para me incentivar.

Às minhas colegas de mestrado que me acompanharam e ajudaram durante este percurso.

A todos os casais, famílias e recém-nascidos que cuidei durante esta trajetória pelo voto de confiança e por me permitirem aprender.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção Geral da Saúde

DPP - Data Provável do Parto

EESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

g - Gramas

HPH - Hospital Pedro Hispano

ICN - International Council of Nurses

IG - Idade Gestacional

ITP - Indução do Trabalho de Parto

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

mg - Miligrama

mg/dl - Miligramas por decilitro

ml - Mililitro

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PPT - Parto Pré-termo

RCIU - Restrição de Crescimento Intrauterino

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

RN - Recém-nascido

RPM - Rotura Prematura de Membranas

SDR - Síndrome de Dificuldade Respiratória

SGB - Estreptococos do Grupo B

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

TA - Tensão Arterial

TP - Trabalho de Parto

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

RESUMO

O presente relatório de estágio de natureza profissional tem como objetivo descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nas áreas da gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e pós-parto, de acordo com as diretrizes do Regulamento de Competências de Cuidados Especializados definido pela Ordem dos Enfermeiros, bem como o regulamento do segundo ciclo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Os cuidados prestados nas diferentes áreas de atuação tiveram como base o desenvolvimento das práticas, tendo em conta a evidência científica atual, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados. Procedeu-se a uma fundamentação teórica e posterior reflexão do processo de enfermagem de cuidados especializados prestados à mulher, casal, recém-nascido e família, através da identificação de focos de atenção, diagnósticos e intervenções, sustentados na prática baseada na evidência, tendo como propósito promover uma experiência de parto satisfatória e uma transição saudável para a parentalidade.

O parto é um processo normal e fisiológico, mas que acarreta medos e dúvidas, no qual o ambiente e os cuidados prestados exercem grande influência, sendo de extrema importância que esta experiência seja positiva e satisfatória para a mulher/casal.

O plano de parto é um documento em que a mulher, após obter informação adequada, expressa as suas preferências durante o trabalho de parto e parto podendo contribuir para a autonomia, empoderamento, tomada de decisão e satisfação com a sua experiência de parto. Assim, recorreremos à revisão integrativa da literatura como a metodologia mais indicada para a elaboração deste estudo, que tem como objetivo compreender qual o contributo da utilização do plano de parto e o seu impacto na satisfação e tomada de decisão da mulher, durante o trabalho de parto e parto.

Os resultados deste estudo demonstram que a utilização do plano de parto surge como uma ferramenta que influencia positivamente a satisfação da mulher, na sua experiência de parto, embora seja necessário a realização de mais estudos que venham corroborar ou reafirmar esta evidência, dado que o plano de parto surge em alguns dos artigos como um recurso insignificante para a satisfação da mulher com a sua experiência positiva de parto.

Palavras-chave: plano de parto, trabalho de parto, parto, satisfação, empoderamento.

ABSTRACT

The purpose of this professional internship report is to describe the process of acquisition and development of midwifery skills, in the areas of pregnancy with complications, labor, delivery and postpartum, according to the guidelines of the Specialized Care Skills Regulation defined by the Portuguese Council of Nursing, as well as the regulation of the second cycle of the Master's Course in Midwifery, from Escola Superior de Enfermagem do Porto.

The care provided in the different areas of activity was based on the development of practices, considering the current scientific evidence, in order to improve the quality of care. Thus, a theoretical foundation and subsequent reflection on the nursing process of specialized care provided to women/couple, newborn and family was carried out, through the identification of focuses of attention, diagnoses and interventions, supported by evidence-based practice with the purpose of promoting a satisfactory delivery experience and a healthy transition to parenting.

Childbirth is a normal and physiological process, but one that causes fears and doubts, in which the environment and the care provided exert great influence, being extremely important that this experience is positive and satisfactory for the woman/couple.

The birth plan is a document in which the woman, after obtaining adequate information, expresses her preferences during labor and delivery and can contribute to autonomy, decision making and satisfaction with her birth experience. Thus, we resort to an integrative literature review as the methodology indicated for the elaboration of this study, which aims to understand the contribution of the use of the birth plan and its impact on the satisfaction and decision making of women during labor and delivery.

The results of this study demonstrate that the use of the birth plan emerges as a tool that positively influences the satisfaction of women with their birth experience, although it is necessary to carry out further studies that corroborate or reaffirm this evidence, given that the childbirth plan appears in some of the articles as an insignificant resource for women's satisfaction with their positive childbirth experience.

Keywords: birth plan, labor, delivery, satisfaction, empowerment.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES E A ADPTAÇÃO À PARENTALIDADE	19
2. TRABALHO DE PARTO E PARTO: O FOCO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À MULHER, CASAL E FAMÍLIA	37
2.1. Revisão Integrativa da Literatura: O impacto do plano de parto na tomada de decisão da mulher para a satisfação no parto.....	56
2.1.1. Introdução à problemática em estudo	58
2.1.2. Metodologia	60
2.1.3. Apresentação e Discussão de Resultados	61
2.1.4. Conclusão	75
3. O PÓS-PARTO E A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	79
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	101
CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Número de grávidas acompanhadas na Unidade de Grávidas de Risco	22
QUADRO 2: Número de parturientes cuidadas no Bloco de Partos.....	37
QUADRO 3: Matriz síntese dos artigos selecionados	63
QUADRO 4: Número de puérperas e RN cuidados no serviço de Obstetrícia.....	81
QUADRO 5: Síntese do registo de experiências.....	101

INTRODUÇÃO

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) permite a realização do estágio de natureza profissional com relatório final. Foi esta a nossa opção em realizar os três módulos que fazem parte integrante do referido estágio que decorreu no Hospital Pedro Hispano (HPH), na Unidade de Grávidas de Risco, no Bloco de Partos e no serviço de Obstetrícia durante o período de setembro de 2018 a julho de 2019.

A elaboração do relatório de estágio contempla o processo de cuidados, atividade diagnóstica e intervenções centrados na mulher/casal, recém-nascido e família, segundo as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO).

Na realização deste estágio profissional tivemos, ainda, como referência os pressupostos publicados no regulamento de competências e padrões de qualidade, dos cuidados especializados, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), de acordo com a Diretiva 2005/36/CE, ou seja, em conformidade com a Lei número 26/2017 de 30 de maio, que transpõe para o direito interno português a Diretiva 2013/55/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de novembro de 2013, que altera a Diretiva 2005/36/CE, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais.

Neste contexto, pretendemos desenvolver competências no domínio da investigação problematizando práticas, contextos e processos de cuidados de enfermagem no âmbito da gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e pós-parto, permitindo a melhoria de cuidados e ganhos em saúde, tendo para isso utilizado a prática baseada na evidência (PBE), visto ser um método que integra o uso da melhor e mais recente evidência disponível combinada com experiência e avaliação clínica possibilitando a melhoria de cuidados.

Tendo em conta o supracitado consideramos relevante problematizar o recurso ao plano de parto e o seu impacto na satisfação e tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto e parto. O nosso interesse por esta temática surgiu durante o estágio no Bloco de Partos, visto que percebemos que eram escassos os casos em que as mulheres admitidas traziam consigo um plano de parto e para além disso, este documento gerava alguma divisão e controvérsia entre os profissionais de saúde. Apesar disso, existia um documento elaborado pela Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), denominado Plano de Nascimento, que permitia à mulher descrever as suas preferências em campos de resposta aberta que incluíam a primeira, segunda e terceira fase do trabalho de parto e um

campo dedicado a informações que devíamos saber sobre a mulher, tais como as suas expectativas e receios.

Tendo em conta estas circunstâncias consideramos pertinente investigar esta temática, já que, o plano de parto está inserido numa posição de destaque entre as condutas que devem ser encorajadas durante a gravidez, com o objetivo de compreender qual o contributo da utilização do plano de parto e o seu impacto na satisfação e tomada de decisão da mulher, durante o trabalho de parto e parto. A finalidade é contribuir para a tomada de decisão informada da mulher, permitindo que esta tenha maior autonomia durante o trabalho de parto e conseqüentemente uma experiência de parto satisfatória. Para além disso, pretende-se contribuir para que o EESMO adeque as suas intervenções de acordo com as necessidades individuais e preferências de cada mulher, de forma a promover o bem-estar materno e fetal.

Em termos de estrutura, o presente relatório encontra-se organizado em quatro capítulos distintos, de forma a tornar a sua leitura mais clara. O primeiro, segundo e terceiro capítulos dizem respeito à aquisição de competências desenvolvidas durante os três módulos integrantes do estágio de natureza profissional: gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e pós-parto. No segundo capítulo encontra-se também a revisão integrativa da literatura, metodologia escolhida para a elaboração deste estudo, que vai desde a introdução à problemática em estudo, opção metodológica, apresentação e discussão de resultados e por fim as conclusões obtidas. Por último, o quarto capítulo contempla uma análise crítico-reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento de competências desenvolvidas durante o estágio de natureza profissional.

Para terminar importa destacar que este relatório descreve o nosso percurso, baseado na evidência científica atual, pelo que, ao longo do percurso formativo e da construção deste relatório foi realizada pesquisa bibliográfica no sentido de procurar conhecimento, de modo a suportar as nossas intervenções, com o recurso a bases de dados existentes na plataforma *EBSCOhost Web* acessível através da rede ESEP e ainda as bases de dados *The Cochrane Library*, *PubMed* e *Nursing Reference Center*.

1. A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES E A ADPTAÇÃO À PARENTALIDADE

É da responsabilidade do EESMO cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a diagnosticar e a tratar precocemente complicações, facilitando a sua adaptação e promovendo o bem-estar materno-fetal (OE, 2019b).

Assim, de forma a dar resposta a esta área de atuação do EESMO e como parte do estágio de natureza profissional foi realizado estágio no HPH na unidade de Grávidas de Risco. No decorrer deste estágio pretendemos desenvolver competências no âmbito do diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitissem uma assistência especializada à mulher e família durante a gravidez com complicações. Os cuidados de enfermagem prestados tiveram como objetivos promover a adaptação à gravidez, a preparação do casal para o parto e para a parentalidade e a identificação de sinais e sintomas de possíveis complicações.

Cada mulher vive a gravidez como uma experiência única que envolve uma série de transformações psíquicas, fisiológicas, sociais e emocionais, sendo que na maioria dos casos este é um processo natural e saudável (Guerra, Braga, Quelhas & Silva, 2014; Meireles, Neves, Carvalho & Ferreira, 2015).

Apesar da gravidez ser um evento fisiológico normal este representa grandes mudanças na vida de uma mulher e do casal, sendo este, um processo de adaptação que ocorre em diferentes fases, permitindo à mulher aceitar a gravidez, bem como, estabelecer uma relação entre ela e o feto (Baghdari, Sahebzad, Kheirkhah & Azmoude, 2016). A adaptação à gravidez é influenciada por fatores afetivos, estruturais, económicos, familiares e sociais que podem beneficiar ou dificultar este processo (Silva & Silva, 2009).

A gravidez consiste no processo de desenvolver e nutrir um feto no corpo durante aproximadamente 40 semanas, desde a fecundação até ao parto, sendo um processo normal que implica alterações nas funções corporais. No entanto, parentalidade consiste em assumir comportamentos para facilitar a entrada de um recém-nascido na família e otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, tendo em conta as expectativas da família e sociedade do que é considerado um comportamento adequado (International Council of Nurses [ICN], 2019).

Figueiredo et al. (2018) consideram a transição para a parentalidade como uma transição normativa exigindo, no entanto, uma reorganização individual, bem como, a reorganização de papéis e das relações individuais e familiares, sendo um processo que tem

início durante a gravidez, ou mesmo antes, quando a gravidez é planeada e dura vários anos após o parto.

A transição para a parentalidade é considerada como uma transição desenvolvimental, sendo uma das etapas mais importante no ciclo de vida do indivíduo. Assim, esta transição pode ser facilitada ou inibida pelas condicionantes pessoais, crenças culturais e atitudes, estatuto socioeconômico, preparação e conhecimento e condições da sociedade e comunidade (Meleis, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Meleis (2010) refere que tornar-se mãe envolve passar de uma realidade conhecida e atual para uma nova realidade desconhecida. No entanto, importa referir que apesar dos poucos estudos sobre o pai e a importância do seu envolvimento emocional com o bebé, este tem uma participação cada vez mais ativa durante a gravidez e nascimento do seu filho. Tal como estar presente nas consultas de vigilância da gravidez, na realização de exames, participação nos cursos de preparação para o parto e parentalidade, bem como, nas rotinas diárias da família, promovendo assim o estabelecimento de laços com o bebé e a construção da tríade pai-mãe-bebé (Brandão & Figueiredo, 2012; Marques, 2016; Nogueira & Ferreira, 2012).

Nogueira e Ferreira (2012) referem que a ligação emocional entre pai e filho é determinante para a transição para a paternidade. Nesse sentido, a participação do pai deve ser promovida pelo EESMO, exceto em situação de impossibilidade ou oposição por parte da grávida e nesse caso, pode incluir-se uma pessoa significativa da escolha da mesma (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015b). Assim, o pai foi também alvo da nossa atuação de forma a ir de encontro às suas preocupações e dúvidas, contribuindo para a sua participação ativa em todo o processo desde a gravidez, parto e pós-parto, para que esta transição para a paternidade e a consciencialização do seu papel parental fosse o mais positiva possível. Apesar da importância do papel ativo do pai, atualmente deparámo-nos com novas formas de organização familiar ou circunstâncias de vida que impossibilitam a sua presença e portanto, percebemos uma vez mais que a vivência da gravidez é única e individualizada (DGS, 2015b).

Estas transições e transformações são diferentes para cada indivíduo e por isso os cuidados centram-se nas necessidades de cada mulher, casal e/ou família, sendo que, o EESMO deve estar apto a responder à diversidade de perguntas, desconfortos e representações tanto individuais como sociais. Assim, as mulheres e os seus companheiros foram considerados parceiros nas decisões e intervenções necessárias durante a vigilância da gravidez, respeitando as opiniões, crenças e valores da grávida, companheiro e família no que se refere à prestação de cuidados à grávida e posteriormente ao recém-nascido (RN) (DGS, 2015b).

Apesar da gravidez ser habitualmente considerada como um momento de felicidade e expectativas positivas, nem sempre decorre sem complicações. Estudos realizados em

diversos países indicam que aproximadamente sete a 15% das mulheres grávidas são hospitalizadas, pelo menos uma vez, devido a complicações na gravidez, sendo que, um quarto destes internamentos é relativo a risco de parto pré-termo (Hanko et al., 2019).

Uma gravidez de risco é definida como a gravidez em que a grávida e/ou feto têm risco superior ao da população em geral de sofrer desfechos adversos, que podem ir até à morte, risco este avaliado através da tabela de Goodwin modificada (Blackwell et al., 2020; Orfão, 2016). Este risco pode resultar de condições de saúde maternas ou fetais, bem como, fatores não médicos. As causas maternas podem incluir condições de saúde pré-existentes, antecedentes ginecológicos e obstétricos, tais como malformações uterinas, partos pré-termo anteriores ou história de abortos espontâneos. Ainda entre as causas fetais podem considerar-se as malformações ou a gravidez múltipla, para além disso, é ainda importante referir que as causas não médicas como os fatores socioeconómicos têm também um papel importante na determinação da gravidez de risco (Blackwell et al., 2020; Hanko et al., 2019).

Consideramos que é de extrema importância que durante a gravidez a mulher tenha conhecimento sobre os fatores de risco maternos e/ou fetais existentes e como pode proceder para lidar com essas complicações (Blackwell et al., 2020). Apesar disto, a maioria das complicações são detetadas precocemente e grande parte das grávidas de risco são acompanhadas em ambulatório, nas consultas especializadas, não havendo assim necessidade de internamento.

Durante este estágio, que decorreu em contexto de internamento, foi claro que os casais grávidos cuidados, para além da transição desenvolvimental, enfrentavam também uma transição de saúde/doença resultante do diagnóstico de gravidez com complicações que na maioria dos casos surge de forma inesperada, podendo traduzir-se num evento crítico que dificulta o processo de adaptação à gravidez e parentalidade. Assim, o nosso foco de atenção foi dirigido aos dois tipos de transição que ocorrem em simultâneo, na tentativa das nossas intervenções serem facilitadoras do processo de transição.

O estágio efetuado na Unidade de Grávidas de Risco do HPH permitiu-nos contactar e prestar cuidados a diversas grávidas com diferentes patologias e complicações que resultaram no internamento, destacando-se como principais: a ameaça de parto pré-termo (APPT), a rotura prematura de membranas (RPM) e a pré-eclâmpsia. Foram ainda prestados cuidados a grávidas com diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes gestacional, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), hemorragias do primeiro, segundo e terceiro trimestre, alterações do líquido amniótico (oligoâmnios e hidrâmnios), colestase gravídica, pielonefrite e cólica renal. Além disso, tivemos ainda contacto com grávidas em indução do trabalho de parto (ITP), processo este que não está associado a patologias, mas que nos permitiu o desenvolvimento de competências nesta área, sendo que, no final deste capítulo será feita uma abordagem a esta temática. De seguida, no Quadro 1 estão identificados o número de grávidas de risco acompanhadas e o número de grávidas sem patologias, ou seja, em ITP.

Grávidas de risco	Grávidas em ITP
74	71
Total de grávidas acompanhadas: 145	

QUADRO 1: Número de grávidas acompanhadas na Unidade de Grávidas de Risco

Importa referir que tendo em conta os casais grávidos cuidados e a perceção das transições que estes estavam a atravessar, alguns focos tiveram especial atenção no nosso planeamento de cuidados, tais como: a adaptação à parentalidade, a ligação mãe/pai-filho, a consciencialização, a ansiedade, a autoestima, o autocuidado durante a gravidez, bem como, os focos relacionados com a existência de patologias que incluíam: o conhecimento sobre saúde e gravidez comprometida (ICN, 2019).

Independentemente do motivo de internamento, à entrada no serviço e no momento do primeiro contacto e admissão da grávida/casal, apresentávamos inicialmente a equipa, bem como, o espaço físico e as dinâmicas e regras de funcionamento do mesmo, procurando sempre estabelecer uma relação empática e uma comunicação efetiva, de forma a proporcionar confiança e abertura ao casal para expor as suas dúvidas e receios. Assim, através desta estratégia de comunicação é possível garantir o desenvolvimento de uma relação terapêutica e a promoção de cuidados de enfermagem de qualidade adequados ao utente (Afriyie, 2020).

Posteriormente à apresentação inicial e consoante a disponibilidade da grávida no momento, procedíamos à avaliação inicial através da colheita de dados, essenciais ao desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem individualizado para a utente. Assim, foram colhidos dados tais como: nome pelo qual preferia ser tratada, motivo de internamento, índice obstétrico, antecedentes de saúde pessoais (patologias anteriores à gravidez e associadas a esta) e familiares (patologias da família direta incluindo o pai do feto), antecedentes obstétricos e ginecológicos, grupo sanguíneo e fator Rh, alergias, peso pré-gravidez e peso atual, medicação a realizar no momento, hábitos de vida (consumo de álcool, drogas e/ou tabaco), dados demográficos, história ocupacional (escolaridade, profissão) e o contacto da pessoa significativa. Para além da entrevista realizada era ainda consultado o boletim de saúde da grávida e o processo clínico com a finalidade de validar a informação e obter dados como: idade gestacional (IG), data provável do parto (DPP), intercorrências durante a gravidez e dados de vigilância da gravidez (análises sanguíneas, ecografias, entre outros rastreios). A avaliação inicial da grávida/casal demonstrou-se essencial para compreender a forma como o casal lidava com a patologia e com o diagnóstico de gravidez de risco, permitindo-nos assim definir os focos de enfermagem e de seguida as intervenções a implementar de forma individualizada indo de encontro às necessidades de cada grávida/casal.

A Adaptação à Parentalidade define-se como “comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (ICN, 2019). Silva & Carneiro (2014) referem que a adaptação à parentalidade é um processo de maturação que leva a uma reestruturação psicológica que permite a dois adultos tornarem-se pais, dando suporte às necessidades físicas, emocionais e psicológicas do seu filho, tendo em conta e sendo influenciados por aspetos culturais e socioeconómicos. O período referente à adaptação à parentalidade envolve o período de tempo que vai desde a gravidez até aos primeiros tempos pós-parto, sendo que a preparação, os conhecimentos e as habilidades são consideradas condições que podem facilitar ou inibir esta transição para a parentalidade. Avaliar as competências parentais constitui-se de extrema relevância para que o EESMO possa basear as decisões em torno do plano de cuidados formulado para preparar as mães e os pais para o exercício da parentalidade, conferindo-lhes a mestria necessária para tomar as próprias decisões, informadas e conscientes (Cardoso, Paiva e Silva & Marín, 2015).

Não é possível falar de adaptação à parentalidade sem introduzir o conceito de Consciencialização (Meleis et al., 2000). Assim sendo, este último tornou-se também um dos focos da nossa atenção, na medida em que os pais necessitam de se consciencializar sobre as exigências que as transições acarretam, influenciando desta forma o seu envolvimento. Segundo Meleis et al. (2000) a consciencialização está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento da existência da transição, sendo que, o nível de consciencialização se reflete no grau de congruência entre aquilo que se sabe sobre o processo e as respostas e o que constitui um conjunto esperado de respostas e perceções de indivíduos que já passaram por transições semelhantes. A consciencialização é uma característica definidora da transição, visto que, para estar em transição, a pessoa necessita de estar consciencializada das mudanças que estão a ocorrer e quando isto assim não acontece pode significar que ainda não se iniciou o processo de transição. Embora a consciencialização seja uma propriedade relevante da transição, a falta de manifestação dessa consciencialização não é necessariamente um fator impeditivo para se iniciar a transição. No entanto, considera-se que o nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento da pessoa no processo e sem esta consciencialização nem sempre existe este envolvimento, já que este é uma propriedade da transição que diz respeito ao nível de participação ativa no processo, de forma a ajustar-se ao novo papel, podendo também descrever a preocupação e o interesse da mãe e do pai pelo filho.

Neste sentido, avaliamos a perceção do casal sobre as mudanças esperadas na gravidez e os comportamentos necessários para a adaptação à gravidez com complicações, e ainda o envolvimento do casal e a existência de comportamentos de procura de saúde. Na perspetiva de promover uma consciencialização facilitadora da grávida/casal foram implementadas intervenções como: realização de sessões em grupo sobre temáticas à

escolha das grávidas/casais, incentivando a sua participação, já que, algumas destas mulheres passavam semanas seguidas no internamento e não frequentavam os cursos de preparação para o parto e parentalidade. Através destas intervenções pretendíamos que as grávidas/casal expressassem os seus sentimentos e preocupações sobre este processo de transição e encontrassem estratégias para se adaptarem à nova realidade. Além disso, pretendíamos ainda orientar e ensinar a grávida/casal a identificar os comportamentos necessários para se adaptarem à gravidez de risco (ICN, 2011).

A Ligação mãe/pai-filho é definida como a “Ligação entre cuidador e criança: estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança” (ICN, 2019), sendo, também um dos focos da nossa atenção no planeamento de cuidados, pois a intervenção do EESMO na avaliação e promoção da ligação emocional, entre a mãe/pai e o seu filho, poderá contribuir para a criação de uma relação que começa na gravidez e se irá prolongar para toda a vida (Cardoso, 2011). Esta ligação durante a gravidez é assim um preditor da ligação após o nascimento e dela dependem ainda a satisfação e a competência no exercício do papel parental. A gravidez é uma etapa preliminar no processo de ligação mãe/pai-filho, visto que, esta ligação começa muito antes do parto, desde o momento em que a mulher sabe que está grávida, e caso a gravidez seja desejada, esta começa a confirmar e aceitar a sua gravidez, criando uma autoimagem como mãe. Um dos momentos que facilita esta ligação mãe/pai-filho ocorre quando os movimentos fetais passam a ser percecionados, confirmando assim que existe uma vida separada a desenvolver-se dentro da mulher. Ações como percecionar o feto como uma pessoa, fantasiar com a sua aparência e dar-lhe um nome são sinais que esta ligação entre a mãe/pai e o seu filho está a decorrer de forma positiva (Franklin, 2006; Nakamura et al., 2015).

De forma a ir de encontro ao supracitado, durante o nosso contacto tornou-se essencial compreender os comportamentos da grávida/casal, de forma a avaliar a ligação mãe/pai-filho e posteriormente realizar um plano de cuidados individualizado. Assim, observávamos se se referiam ao filho pelo nome e de forma carinhosa, se a gravidez foi desejada, se acariciavam a barriga e reagiam aos movimentos fetais, se demonstravam preocupação com o bem-estar fetal, se procuravam informação sobre o desenvolvimento fetal e se seguiam as orientações dos profissionais de saúde. Foram ainda postas em prática intervenções no sentido de promover a ligação mãe/pai-filho como: ensinar e incentivar o uso de técnicas de estimulação fetal (auditivas e táteis); ensinar sobre o desenvolvimento fetal e movimentos fetais; ensinar sobre características do RN e permitir a audição dos ruídos cardíacos fetais.

Segundo o ICN (2019), Ansiedade é definida como “Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia”. A ansiedade é um sintoma comum durante a gravidez, apesar de não ser estática ao longo do período pré-natal e os sintomas poderem ser transitórios ou persistir no tempo (Bayrampour, McDonald & Tough, 2015). São várias as orientações sobre a importância de identificar e oferecer tratamento para a ansiedade na

gravidez, sendo recomendado rastrear todas as mulheres como parte da rotina de vigilância da gravidez. Qualquer tratamento para a ansiedade deve ser relevante para as mulheres grávidas, abordando as suas características e necessidades únicas durante este período. Para além disso, é também importante envolver e incluir o companheiro nos cuidados e intervenções realizadas no âmbito da saúde mental durante a gravidez (Wilkinson et al., 2016).

Mulheres que vivenciam gravidezes de médio ou alto risco apresentam maior probabilidade de desenvolver problemas relacionados com a ansiedade. O risco de desenvolver transtornos da ansiedade é 6,58 vezes maior para mulheres cuja gravidez foi categorizada como de médio risco e 5,17 vezes maior para mulheres cuja gravidez foi categorizada como de alto risco, quando comparadas com as mulheres com gravidez de baixo risco (Fairbrother, Young, Zhang, Janssen & Antony, 2016).

Concretamente, as complicações médicas durante a gravidez dão origem a sentimentos de falta de controlo, preocupação com o feto e incerteza quanto aos resultados da gravidez, o que aumenta os níveis de angústia e ansiedade nas mulheres. Da mesma forma, a ansiedade decorrente de uma gravidez com complicações altera as habilidades de *coping* das mulheres e, como resultado, as relações conjugais e familiares podem ser perturbadas (Abrar, Fairbrother, Smith, Skoll & Albert, 2019).

A ansiedade durante a gravidez está associada a consequências adversas como abortamento, pré-eclâmpsia, parto pré-termo e baixo peso à nascença (Fairbrother, Young, Janssen, Antony & Tucker, 2015).

Um fator adicional de agravamento da ansiedade é o internamento hospitalar e o repouso no leito, desta forma foram várias as grávidas que acompanhamos com o diagnóstico de ansiedade e, portanto, a nossa intervenção foi de extrema importância tendo em conta as já conhecidas consequências que este problema pode acarretar para a grávida e feto. Assim, incentivámos a verbalização das suas preocupações, receios e dúvidas, que exprimissem também as suas emoções e sentimentos negativos, de forma a explorar e compreender estes sentimentos, encorajando-as a valorizar os sentimentos positivos e os aspetos que lhes traziam tranquilidade. Foram, ainda, implementadas algumas estratégias, como o relaxamento, a técnica de imaginação guiada e o uso da música já que são intervenções comprovadas como sendo positivas na diminuição dos níveis de ansiedade das grávidas e facilmente aplicáveis em meio hospitalar, permitindo que as mulheres criem estratégias de *coping* para fazer face à ansiedade e stress (Corbijn van Willenswaard et al., 2017; Düzgün & Ege, 2017; Schlegel, Whalen & Williamsen, 2016).

Durante o acompanhamento às grávidas foi perceptível que algumas delas apresentavam um discurso associado a uma baixa autoestima, referindo sentimentos de incompetência ou culpa face à situação da gravidez com complicações, bem como, sentimentos de ambivalência em relação à gravidez. Assim, a Autoestima foi também um

foco da nossa atenção, sendo definida como “autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades; verbalização das crenças sobre si próprio; confiança em si; verbalização de autoaceitação e de autolimitação; desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva” (ICN, 2019).

Embora a gravidez seja um processo fisiológico, ocorrem neste período alterações físicas e emocionais, nomeadamente o aumento de peso e alterações cutâneas que podem levar a uma diminuição da autoestima da mulher. Esta mudança nos níveis de autoestima pode também ser impactada por outros fatores como: nível de escolaridade, idade materna, partos anteriores e estatuto socioeconómico (Inanir, Cakmak, Nacar, Guler & Inanir, 2015; Jomeen & Martin, 2005). Indivíduos com alta autoestima são mais criativos, bem-sucedidos, saudáveis, autoconfiantes, assertivos e capazes de expressar ideias com facilidade (Inanir et al., 2015).

As grávidas consideradas de risco apresentam uma autoestima menor em comparação com as grávidas sem complicações, o que pode originar repercussões no desempenho do papel parental, no estabelecimento da ligação mãe/filho e na saúde mental da mulher (Dias et al., 2008). Tendo em conta o referido, a nossa intervenção nesta área foi necessária e, portanto, implementámos intervenções como: elogiar, escutar, esclarecer dúvidas, encorajar a identificar as suas qualidades e reforçar a importância das qualidades nomeadas, incentivar a identificar experiências que aumentem a autoestima, ajudar a identificar o apoio que as pessoas significativas para si lhe transmitem, transmitir confiança na sua capacidade para lidar com as adversidades e ajudar a estabelecer metas realistas.

Tendo em conta que as mulheres que acompanhamos se encontravam hospitalizadas e como já foi referido, a sua maioria não frequentava os cursos de preparação para o parto e parentalidade, a nossa intervenção neste domínio foi fundamental. Assim, foram abordadas temáticas relacionadas com o parto, pós-parto, cuidados ao RN e amamentação, quer em contexto de grupo ou caso não fosse possível individualmente, tendo em conta as necessidades identificadas ou a solicitação por parte da grávida/casal.

Considerando as necessidades percebidas e verbalizadas pelo casal e identificadas por nós, de acordo com a idade gestacional e independentemente do diagnóstico associado à gravidez foram implementadas intervenções relacionadas com o aconselhamento e orientação em diversos focos do Autocuidado durante a gravidez, nomeadamente: Ingestão Nutricional, Sono e Repouso, Exercício Físico, Cuidar da higiene pessoal, Arranjar-se, Abuso de substâncias, Comportamentos de segurança, Processo sexual, Gestão de efeitos colaterais da gravidez e Gestão do regime terapêutico (ICN, 2019). Assim, com o objetivo de potenciar a saúde da grávida e do feto, bem como promover a adaptação da grávida/casal às mudanças decorrentes da gravidez e as implicações na sua vida foram implementadas intervenções relacionadas com os focos acima citados, sendo elas: ensinar sobre alimentação e hidratação adequada tendo em conta os seus hábitos alimentares;

informar sobre aumento de peso esperado na gravidez; ensinar estratégias para melhorar a qualidade do sono; explicar as vantagens do exercício físico na gravidez, tendo em consideração a idade gestacional e a situação clínica da mulher; ensinar sobre hábitos de higiene, incluindo os produtos aconselhados; informar sobre recomendações quanto a pintura do cabelo, das unhas, cuidados com a depilação, hidratação da pele e uso de maquilhagem; ensinar sobre vestuário e calçado adequados; ensinar sobre efeitos adversos para o feto do consumo de café, tabaco, bebidas alcoólicas ou fármacos não prescritos pelos profissionais de saúde; ensinar sobre medidas de segurança a ter nos transportes, uso de produtos químicos/tóxicos, utilização de saunas e contacto com gatos; ensinar sobre sexualidade na gravidez; ensinar sobre desconfortos comuns decorrentes da gravidez, como náuseas, vômitos, obstipação, azia, edema, fadiga, câibras, entre outros, e estratégias para gerir estas queixas; ensinar sobre regime terapêutico e informar sobre importância de adesão ao mesmo.

Relativamente ao foco Conhecimento sobre a saúde, este define-se como “estar ciente dos problemas de saúde comuns, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis; capacidade de reconhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar a informação com pessoas que são importantes para o cliente” (ICN, 2019), sendo portanto, mais um dos focos da nossa atenção, uma vez que está relacionado com a capacidade da grávida/casal identificar sinais de alerta, aumentando o envolvimento do casal no processo de cuidados e a sua sensação de autocontrolo. A inabilidade em reconhecer os sinais de alerta durante a gravidez resulta em atrasos na procura de cuidados de saúde, aumentando a probabilidade de complicações, como tal, em casos de défice de conhecimento e de forma a dar resposta a este foco foram implementadas intervenções que consistiam em ensinar sobre os sinais de alerta na gravidez, como: perda sanguínea vaginal abundante, edema da face, visão turva, corrimento vaginal com odor fétido, febre, cefaleia intensa, dor abdominal intensa, diminuição da perceção dos movimentos fetais, entre outros (Bustamante et al., 2019; Geleto, Chojenta, Musa & Loxton, 2019; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2013a). Os sinais de alerta abordados tiveram em conta a idade gestacional e as complicações ou patologia diagnosticada.

No que se refere ao foco Gravidez comprometida, este foi amplamente utilizado visto que a maioria das mulheres que acompanhávamos tinha alguma complicação ou patologia associada à gravidez.

Um dos diagnósticos mais prevalentes durante o estágio foi a ameaça de parto pré-termo (APPT), tal como já referido anteriormente. APPT define-se pelo aparecimento de contratilidade uterina regular, produzindo alterações no colo uterino antes das 37 semanas de gestação, nomeadamente afunilamento, apagamento e/ou dilatação do colo (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). Parto pré-termo (PPT) define-se como todo o parto que ocorre entre as 22 semanas e as 36 semanas mais seis dias de gestação, acontecendo em cerca de 10% das gravidezes e representa a principal causa de morbilidade e mortalidade neonatal

precoce e tardia, devido ao risco aumentado de complicações respiratórias, gastrointestinais e no desenvolvimento neurológico do RN, sendo que, metade desses óbitos corresponde a RN com peso igual ou inferior a 1500g à nascença. Para a mulher, o PPT aumenta o risco de um diagnóstico semelhante numa gravidez subsequente (Magro et al., 2016; Montenegro & Filho, 2014).

A etiologia do PPT é multifatorial e em apenas 70 a 80% das situações são conhecidas as causas, sendo algumas delas: RPM, corioamniotite, infecções do trato urogenital, anomalias da placenta, anomalias uterinas, incompetência cervico-ístmica, patologias fetais, hiperdistensão uterina (gravidez gemelar, hidrâmnios), contratilidade uterina, entre outros (Hanko et al., 2019; Magro et al., 2016). Para além das causas mencionadas existem também fatores de risco, associados à mulher, para um PPT, nomeadamente: fatores sociodemográficos como a etnia, idade materna, hábitos de vida (tabagismo, uso de drogas), baixo nível educacional, peso materno, mulheres primíparas e acesso a assistência pré-natal deficiente (Gurung et al., 2020; Huang et al., 2020). Montenegro & Filho (2014) referem que em cerca de 60% das mulheres com APPT, o parto acaba por ocorrer no termo.

Uma gravidez com complicações relacionada a APPT está geralmente associada a hospitalizações prolongadas. As intervenções médicas necessárias, o prognóstico desconhecido, a ansiedade de um parto prematuro associado a possíveis complicações para o RN, os riscos para a sua própria saúde e a separação da família/companheiro representam um peso inesperado e repentino para a grávida (Hanko et al., 2019).

O conhecimento dos fatores de risco constituiu um foco importante da nossa atenção, pois a sua eliminação ou redução antes ou durante a gravidez e a consequente melhoria do estado de saúde materno constituem a primeira linha de prevenção do PPT. Após o diagnóstico de APPT, que se baseava na história clínica associada à presença de contratilidade uterina identificada pela leitura e análise do traçado cardiotocográfico, na avaliação do comprimento do colo uterino através da ultrassonografia transvaginal e no teste de fibronectina fetal (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2015), a grávida ficava internada no serviço de Grávidas de Risco. A conduta adotada perante este diagnóstico caracterizava-se essencialmente na implementação de intervenções cujo principal objetivo era, não só prolongar a gravidez, mas o prolongamento da gravidez o tempo necessário para que fosse instituída terapêutica capaz de aumentar as hipóteses de sobrevivência do RN, diminuindo assim a mortalidade e morbilidade associadas ao PPT (Schleußner, 2013).

Tendo em conta o diagnóstico supracitado eram implementadas intervenções resultantes de prescrição, bem como, intervenções autónomas de enfermagem, com o intuito de facilitar a vivência desta transição pela grávida/casal e promover o bem-estar materno e fetal. As intervenções de enfermagem focavam-se na monitorização da contratilidade uterina, na auscultação cardíaca fetal, na vigilância de sinais e sintomas de trabalho de parto e na promoção de hábitos de saúde.

Quando detetada a necessidade de intervir a nível do conhecimento sobre APPT e PPT era levantado o diagnóstico de Potencial para melhorar o conhecimento sobre APPT, sendo que foram desenvolvidas intervenções como: ensinar sobre APPT e ensinar sobre sinais e sintomas de trabalho de parto. Estas intervenções tiveram como objetivo dotar a grávida/casal de conhecimentos e habilidades para promover o envolvimento e adesão ao regime terapêutico.

No que se refere às intervenções resultantes de prescrição, estas consistiram na administração de fármacos, adequando a cada caso, como tocolíticos, corticoides, antibioterapia profilática e sulfato de magnésio. Perante a necessidade de administração de fármacos surgia o foco Conhecimento sobre regime medicamentoso e era elaborado o diagnóstico de Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso (ICN, 2019), sendo implementadas intervenções do tipo ensinar sobre tipo e função da medicação e efeitos colaterais.

Agora de forma mais individualizada falando de cada terapêutica, a administração de tocolíticos tem como objetivo inibir as contrações uterinas e deve ser utilizada pelo menor tempo possível, assim que a contratilidade uterina cessar, não devendo exceder as 48h. A utilização desta terapêutica permite que se aguarde pelos efeitos benéficos da corticoterapia (Montenegro & Filho, 2014; Schleußner, 2013). Segundo o protocolo do hospital, mulheres grávidas, entre as 24 semanas e as 33 semanas e seis dias, com diagnóstico de APPT e que ficavam em internamento, iniciavam tocolise com nifedipina (via oral). Dentro dos tocolíticos conhecidos, a nifedipina (bloqueador dos canais de cálcio) é considerada o fármaco de primeira linha na inibição do parto pré-termo, por apresentar diversas vantagens como a administração por via oral, efeitos colaterais de menor intensidade (náusea, rubor cutâneo, cefaleia, palpitações e taquicardia) e ser menos dispendioso para as instituições hospitalares (Montenegro & Filho, 2014; Schleußner, 2013). Para além deste tocolítico, o protocolo instituído no serviço considerava outras opções terapêuticas, como o atosiban e a indometacina, tendo em conta os antecedentes da grávida, a idade gestacional e os efeitos secundários de cada medicamento.

Relativamente aos corticoides, a sua utilização no PPT é uma das terapêuticas disponíveis mais eficazes na prevenção das complicações neonatais, diminuindo a mortalidade neonatal, o risco de síndrome de dificuldade respiratória (SDR), a frequência de hemorragia cerebral intraventricular e enterocolite necrosante (Montenegro & Filho, 2014; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2017). O SDR é uma complicação grave do PPT e a principal causa de incapacidade e morte neonatal precoce, sendo que, afeta até metade dos RN nascidos antes das 28 semanas e um terço dos nascidos antes das 32 semanas. Aproximadamente 42% dos RN com extremo baixo peso à nascença (menos de 1500 gramas) têm SDR, o que ocorre como resultado da deficiência de surfactante, desenvolvimento pulmonar imaturo e imaturidade dos restantes órgãos (Roberts, Brown, Medley & Dalziel, 2017).

O protocolo do serviço consistia no uso de dexametasona seis miligramas 12/12h, quatro repetições, ou betametasona 12miligrams de 24/24h, duas administrações, por via intramuscular, a grávidas com idade gestacional inferior a 34 semanas e seis dias. Era ainda feito ciclo de resgate no caso do primeiro ciclo ter sido realizado há mais de 15 dias, em grávidas com APPT e idade gestacional inferior a 33 semanas.

A evidência científica atual recomenda um ciclo único de corticoides em mulheres grávidas, entre as 24 semanas e as 33 semanas mais seis dias, com risco de PPT nos sete dias seguintes, incluindo mulheres com RPM e gestação múltipla, visto que existem estudos que associam o uso repetido de corticoides a efeitos negativos no feto, como: baixo peso à nascença, diminuição do comprimento e perímetro cefálico e alterações no sistema nervoso central (ACOG, 2017; OMS, 2015c; Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2012; Surbek et al., 2012). Um ciclo único de resgate de corticoides deve ser considerado em caso de mulheres com menos de 34 semanas de gravidez, com risco de PPT nos sete dias seguintes e cujo ciclo anterior tenha sido realizado há pelo menos 14 dias, sendo que, ciclos repetidos regularmente, mais de dois, não são atualmente recomendados (ACOG, 2017).

A dexametasona e a betametasona atravessam a barreira placentária e, portanto, apresentam efeitos secundários para o feto como alterações do comportamento fetal (diminuição da variabilidade e frequência cardíaca fetal (FCF)), para além disso, também apresentam efeitos adversos para a grávida como hiperglicemia, aumento da tensão arterial, retenção de líquidos, edema facial e distúrbios gastrointestinais (Cunningham et al., 2012). Assim, as intervenções de enfermagem associadas à administração de corticoterapia consistiam em: monitorizar a glicemia capilar, avaliar o traçado cardiotocográfico e ensinar sobre medicamentos e possíveis efeitos secundários.

Referente ao sulfato de magnésio, este é utilizado em casos de PPT iminente, entre as 23 semanas e as 31 semanas e seis dias de gravidez, e tem como objetivo diminuir o risco de paralisia cerebral no RN, sendo também este o protocolo aplicado no serviço (Wolf et al., 2020). A administração do sulfato de magnésio tem como efeitos secundários conhecidos: dor no membro superior durante a infusão endovenosa; rubor, calor e sudorese devido ao efeito vasodilatador periférico do fármaco; náuseas; vômitos; cefaleias; fraqueza muscular; visão turva. Em casos de administração acima da dose terapêutica, a sua toxicidade pode levar a depressão respiratória, paragem cardiorrespiratória e morte (Bain, Middleton & Crowther, 2011; Doyle, Crowther, Middleton & Marret, 2007). Quanto aos efeitos no feto manifestam-se através de diminuição da variabilidade e da FCF basal. Perante a atitude terapêutica prescrita as nossas intervenções passavam pela monitorização do bem-estar materno e fetal, através das seguintes intervenções: monitorizar os sinais vitais maternos (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória), monitorizar a saturação periférica de oxigénio, monitorizar o débito urinário, testar reflexos rotulianos e monitorizar cardiotocografia (CTG) (Castro, Gameiro, Araújo, Pinto & Teles, 2014).

Outra das intervenções resultantes de prescrição na APPT ou PPT era a administração de antibioterapia profilática de acordo com o protocolo instituído no serviço, nos casos de mulheres com estreptococos do grupo B (SGB) positivo, desconhecido ou realizado rastreio há mais de cinco semanas. Segundo a evidência científica atual, todas as mulheres grávidas devem fazer rastreio ao SGB entre as 35 e as 37 semanas de gestação, ficando o resultado válido durante cinco semanas, sendo que, no caso de resultado positivo ou se resultado desconhecido, mas com fatores de risco como APPT, deve ser realizada antibioterapia profilática. Atualmente o antibiótico de primeira escolha é a penicilina (Steer et al., 2020; ACOG, 2020b). O SGB coloniza habitualmente o trato gastrointestinal e geniturinário da mulher e é transmitido de forma vertical, entre mãe e filho durante o parto ou rotura de membranas, sendo considerado como a principal causa de infeção no RN e uma causa importante de morbilidade e mortalidade neonatal (Ohlsson & Vibhuti, 2014).

A rotura prematura de membranas (RPM) foi outro dos diagnósticos frequentes nas mulheres com APPT, sendo estas, também alvo da nossa intervenção. A RPM ocorre quando existe a rotura das membranas amnióticas antes das 37 semanas de gestação e sem se ter iniciado o trabalho de parto. Assim, a RPM complica aproximadamente 2% de todas as gravidezes e pode ter origem espontânea ou iatrogénica, contribuindo para até 40% dos PPT. Complicações associadas à RPM incluem: corioamniotite, defeitos na posição dos membros do feto, SDR, hipoplasia pulmonar e prematuridade (Crowley, Grivell & Dodd, 2016; ACOG, 2020a). A maioria dos casos de RPM é diagnosticado com base na história clínica e no exame físico, no entanto, o exame com uso de espéculo aumenta o risco de infeção e acrescenta pouca informação e, portanto, deve ser evitado. Atualmente existem diversos testes disponíveis capazes de detetar proteínas amnióticas presentes na secreção cervicovaginal em caso de rotura de membranas, como é o caso do *amnisure*, que era por vezes utilizado em caso de dúvida se existia ou não rotura de membranas (ACOG, 2020a).

As nossas intervenções face à mulher com RPM eram orientadas tendo em conta a idade gestacional, possíveis complicações associadas e os protocolos instituídos no hospital. Assim sendo, dependendo da atitude da equipa médica se era expectante ou decidiam induzir o trabalho de parto eram realizadas intervenções resultantes de prescrição, como a administração de antibioterapia e corticoterapia, conforme a prescrição médica e orientar para repouso no leito (relativo ou absoluto). Em relação às intervenções interdependentes, estas passavam por vigiar as características do líquido amniótico (cor, quantidade, cheiro), monitorizar CTG, avaliar e ensinar, se detetada a necessidade, sobre sinais de alerta e regime medicamentoso e ainda instruir e vigiar o repouso no leito.

Outro dos motivos frequentes de hospitalização e alvo dos nossos cuidados eram mulheres com diagnóstico de pré-eclâmpsia. Os distúrbios hipertensivos da gravidez afetam quase 10% de todas as mulheres grávidas no mundo e constituem a causa mais importante de morbilidade e mortalidade materna e perinatal, sendo que, este grupo de doenças inclui a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, a hipertensão gestacional e a hipertensão crónica (Monteiro

& Leite, 2016; OMS, 2014c). A pré-eclâmpsia destaca-se entre os distúrbios hipertensivos pelo seu impacto na saúde materna e neonatal, sendo definida como o surgimento de hipertensão (valor de tensão arterial (TA) maior ou igual a 140mmHg sistólica ou diastólica maior ou igual a 90mmHg) após as 20 semanas de gestação, em mulheres com pressão arterial prévia normal, associada a uma das seguintes condições: proteinúria ou outra disfunção orgânica (insuficiência renal, alterações da função hepática, trombocitopenia, edema pulmonar, cefaleias severas ou alterações visuais) ou disfunção uteroplacentária. Entre os fatores de risco para a pré-eclâmpsia consideram-se a nuliparidade, a gravidez gemelar, pré-eclâmpsia em gravidez anterior, hipertensão crônica, diabetes pré-gestacional, diabetes gestacional, trombofilia, obesidade, idade materna superior a 35 anos, doença renal, apneia do sono e procriação medicamente assistida. São considerados como sintomas de risco para a pré-eclâmpsia as cefaleias graves, problemas visuais como visão turva, dor intensa no estômago, vômitos e edema repentino da face, mãos e/ou pés (NICE, 2019; ACOG, 2019).

O único tratamento definitivo para a pré-eclâmpsia é a interrupção da gravidez/expulsão do feto e da placenta, portanto a nossa intervenção passou por monitorizar a TA de forma seriada, conforme a gravidade e contatar a equipa médica em caso de TA sistólica superior a 160mmHg e/ou TA diastólica superior a 100mmHg, vigiar débito urinário e características da urina, monitorizar peso corporal, avaliar presença de edema, cefaleias, alterações visuais e dor epigástrica, avaliar conhecimento da grávida/casal sobre sinais e sintomas de alerta e efetuar ensinamentos, se detetada necessidade e monitorizar o bem-estar fetal através de CTG (Monteiro & Leite, 2016).

A maioria das grávidas com diagnóstico de APPT, RPM e pré-eclâmpsia tinham como prescrição o repouso relativo ou absoluto no leito, apesar deste não reunir consenso entre todos os profissionais, e não existir evidência científica sobre a eficácia do repouso na manutenção da gravidez e na diminuição de nascimentos pré-termo. O repouso no leito consiste em limitar a atividade da mulher grávida durante a maior parte do dia, fazendo com esta se mantenha na cama, exceto para ir à casa de banho realizar a sua higiene pessoal (Kim & Park, 2018). Esta prescrição é habitualmente o primeiro passo adotado para prevenir o PPT e é baseada na observação de que trabalho árduo e atividade física intensa durante a gravidez podem estar associados a PPT e portanto, o repouso no leito pode reduzir a atividade uterina (Sosa, Althabe, Belizán & Bergel, 2015). Apesar de amplamente utilizado, são vários os autores que referem que o repouso no leito aumenta a probabilidade de tromboembolismo, atrofia muscular, desmineralização óssea, perda de peso, desequilíbrios eletrolíticos e menor peso à nascença do RN, para além de poder ainda aumentar os encargos financeiros das famílias e causar alterações no nível de ansiedade e stress da mulher. O repouso no leito pode gerar sentimentos ambivalentes à cerca da gravidez ou sentimentos de culpa em caso de incumprimento da prescrição (Kim & Park, 2018; Redulla, 2018; Sosa et al., 2015; Sprague, O'Brien, Newburn-Cook, Heaman & Nimrod, 2008). Posto isto, de

forma a minimizar os constrangimentos do repouso no leito adotamos intervenções, nomeadamente, a implementação de técnicas de relaxamento como a imaginação guiada, incentivamos a encontrar atividades de lazer como ler, escrever, ouvir música ou ver televisão e estimulamos a partilha de sentimentos e emoções com o restante grupo de grávidas ou com a equipa, caso se sentissem à vontade para tal.

A vigilância do bem-estar materno-fetal é um dos principais objetivos dos cuidados prestados em obstetrícia, sendo que a monitorização da FCF foi realizada em todos os turnos, através da auscultação com estetoscópio de ultrasons Doppler ou através do registo cardiotocográfico. Antes da monitorização da FCF tentávamos sempre que possível realizar as manobras de Leopold para tentar identificar a apresentação, posição e encravamento do feto. No entanto, estas manobras nem sempre são fáceis de realizar, especialmente em casos de mulheres obesas, excesso de líquido amniótico ou placenta de implantação anterior (Cunningham et al., 2012). A cardiotocografia é um método de monitorização eletrónica fetal externa que permite a monitorização da FCF (cardiografia), da contratilidade uterina (tocografia), dos movimentos fetais (actografia) e dos movimentos fetais sentidos pela mulher. A realização de CTG é efetuada através de dois transdutores colocados no abdómen da grávida, o transdutor doppler é colocado no foco fetal para captar a FCF e o transdutor de pressão é colocado no fundo uterino para captar as contrações uterinas. É ainda importante que a mulher adote uma posição adequada durante a realização da CTG, como tal, sugeríamos à grávida que adotasse preferencialmente a posição de *semifowler* ou o decúbito lateral esquerdo pois asseguram uma oxigenação adequada da grávida e feto (Santana & Figueiredo, 2016). Esta monitorização era realizada durante 30 a 40 minutos a todas as grávidas com idade gestacional igual ou superior a 28 semanas, habitualmente uma vez por turno, segundo o protocolo do serviço. No entanto, caso se detetasse algum traçado suspeito o tempo de monitorização da CTG era prolongado e informada a equipa médica.

Durante e após a realização da CTG eram avaliados quatro parâmetros, sendo eles: a linha de base ou FCF basal, a variabilidade e a presença de acelerações e desacelerações. Assim, os traçados de CTG podem ser classificados em três categorias: normais, suspeitos ou patológicos. Os traçados são considerados normais quando apresentam linha de base entre 110 e 160 bpm, variabilidade longa (5-25 bpm) e sem desacelerações repetitivas representando assim a ausência de hipoxemia fetal. Os traçados são suspeitos quando pelo menos um critério de normalidade não se encontra presente, sem apresentar características patológicas. São considerados traçados patológicos quando a linha de base é inferior a 110 bpm, variabilidade reduzida ou aumentada, padrão sinusoidal e a presença de desacelerações tardias e repetitivas ou prolongadas. A presença de um traçado patológico pode estar associada a elevado risco de hipoxia/acidemia fetal (Ayres-De-Campos, Spong & Chandrharan, 2015; Santo et al., 2017; ACOG, 2009b).

Nas mulheres grávidas internadas com IG entre as 12 e as 28 semanas de gestação e na ausência de contratilidade uterina era realizada auscultação intermitente da FCF através

do estetoscópio de ultrasons Doppler, durante pelo menos um minuto e cujos valores de normalidade deveriam ser entre 120 a 180 bpm em gravidezes inferiores a 28 semanas e 110 a 160 bpm após as 28 semanas (Lowdermilk & Perry, 2008).

A preparação do regresso a casa era também feita durante o internamento e era adaptada a cada situação, sendo que eram explicados à grávida/casal quais os cuidados a ter em casa, tendo em conta as suas necessidades, bem como, os sinais a que deveriam estar atentos e que poderiam justificar a sua vinda ao serviço de urgência.

Na unidade de Grávidas de Risco, eram ainda internadas as mulheres com indicação para indução do trabalho de parto (ITP), pelo que irá ser também abordado neste capítulo o processo de planeamento e execução de cuidados relacionado com esta temática. A ITP é definida como o processo de estimular artificialmente o útero para iniciar o trabalho de parto, através da administração de ocitocina ou prostaglandinas ou pela rutura manual das membranas amnióticas (OMS, 2018a).

Constituem indicações para a ITP as complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiam com o término da gravidez, pressupondo-se que os riscos de prosseguir com a gravidez são superiores aos da ITP. Entre os motivos consensuais para a terminação da gravidez são a existência de patologias médicas ou obstétricas graves que coloquem em risco a saúde materna e fetal, tais como: oligoâmnios em gestação de termo, RCIU com alterações fluxométricas, RPM, pré-eclâmpsia, diabetes mellitus, hipertensão gestacional, morte fetal e em casos de gravidez não complicada que atingiu as 41 semanas (DGS, 2015a; ACOG, 2009a). Sempre que possível deve ser evitada a maturação cervical ou a ITP antes das 39 semanas de gestação para evitar complicações neonatais (DGS, 2015a). A ITP e a maturação cervical estão associadas a um maior risco de complicações, como a hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipoxia fetal e rotura uterina. Para além disso, habitualmente provocam maior desconforto para a mulher do que o trabalho de parto (TP) de início espontâneo e restringem a sua mobilidade pela necessidade de monitorização fetal prolongada, estando também associadas a uma utilização mais frequente de analgesia epidural e a uma maior taxa de partos instrumentados (DGS, 2015a; NICE, 2008).

A maturação cervical é um componente crítico do parto e da eficácia da ITP, tendo como objetivo facilitar a preparação do colo do útero através do seu amolecimento, afinamento e dilatação quando as características cervicais não são favoráveis, para uma posterior ITP (DGS, 2015a; ACOG, 2009a).

Durante o decorrer do estágio a maioria das mulheres que cuidamos e que tinham sido submetidas a maturação cervical e ITP tinham atingido as 41 semanas de gestação ou eram diabéticas gestacionais. De acordo com os protocolos instituídos, no caso das diabéticas gestacionais controladas apenas com dieta, por decisão médica era-lhes induzido o trabalho de parto pelas 40 semanas de gestação e as restantes, controladas com antidiabéticos orais e/ou insulina às 39 semanas de gestação, o que vai de acordo com o

consenso da diabetes e gravidez elaborado em 2011. Os possíveis benefícios associados à indução nestes casos, são evitar mortes fetais tardias e complicações relacionadas com o aumento excessivo de peso fetal como a distocia de ombros e lesões do plexo braquial (Almeida, Dores, Ruas, Vicente & Paiva, 2017).

O valor preditivo de uma indução está intimamente relacionado com a avaliação vaginal da grávida, por intermédio do índice de *Bishop*, permitindo a atribuição de uma pontuação de valor prognóstico que irá posteriormente corroborar a decisão da indução e a escolha do método mais adequado (Fonseca, 2016). Assim, para uma pontuação inferior a sete era realizada maturação cervical recorrendo a métodos farmacológicos (aplicação de dinoprostona em dispositivo intravaginal de libertação lenta ou misoprostol em comprimidos intravaginais) ou através de métodos mecânicos (aplicação de sonda de *Foley* dilatada com soro fisiológico). Caso o índice de *Bishop* fosse superior a sete, a opção da equipa médica era proceder à ITP, através da administração de ocitocina por via endovenosa, de acordo com o protocolo instituído (DGS, 2015a). Em grávidas com cesariana prévia ou cirurgia uterina major, se o índice de *Bishop* fosse superior a sete pontos era prescrita, pela equipa médica, a administração de ocitocina, e caso fosse inferior a sete pontos, o TP era induzido mecanicamente com sonda de *Foley*, conforme protocolo instituído no serviço. Não eram utilizados fármacos como o misoprostol pois este está associado a um aumento do risco de rotura uterina (ACOG, 2009a).

Assim sendo, sempre que as mulheres grávidas davam entrada no serviço para realizar ITP eram identificados os focos de enfermagem Consciencialização, Conhecimento sobre ITP e a Oportunidade de TP (ICN, 2019). Ao longo do estágio constatamos que a maioria dos casais internados para ITP já possuíam conhecimentos sobre as razões e necessidade de proceder à maturação cervical/ITP, o que lhes permitia uma consciencialização facilitadora no momento de implementação dos cuidados. No entanto, em alguns casos existia alguma falta de conhecimento, sendo que, nessas situações era identificado o Potencial para melhorar conhecimento sobre ITP e implementadas intervenções com o propósito de aumentar o conhecimento do casal sobre este processo, informando-os sobre os critérios para a sua realização e as intervenções associadas que visam a vigilância do bem-estar materno e fetal.

Para além disso, era realizada a monitorização do bem-estar fetal através da CTG, de forma contínua durante duas horas, após a administração, pela equipa médica, do fármaco utilizado para a maturação cervical, conforme o protocolo instituído, e informávamos a mulher da necessidade de se manter em repouso durante este período, estando de acordo com as indicações da ACOG (2009a). Esta vigilância contínua que fizemos é de extrema importância pois permitiu identificar possíveis complicações associadas ao uso destes medicamentos, como é o caso da taquissístolia e hipertonia uterina que podem ocorrer devido à hiperestimulação do útero (NICE, 2008).

Por fim, em jeito de reflexão sobre a nossa condição de estudante, neste estágio, que nos permitiu cuidar da mulher/casal e família, face a um projeto de gravidez comprometida, diríamos que vivenciamos situações em cuidados que nos possibilitaram não só aprender, mas também compreender a relevância que o EESMO assume, nos cuidados especializados e que este se apresenta como o profissional que centraliza a mulher grávida/casal no cuidado.

Podemos afirmar que tendo como referência o Modelo de Cuidados Centrado na Pessoa de McCormack et al. (2015), seguimos as suas orientações ao proporcionarmos um cuidado holístico, cuidando da grávida/casal e família para além da esfera física, através do respeito pelas suas crenças, o reconhecimento e respeito pelas suas preferências e necessidades individuais, o envolver o casal na parceria de cuidados, promover a sua participação na tomada de decisão e, conseqüentemente, respeitar o seu direito à autodeterminação e o seu empoderamento para a tomada de decisões conscientes. Também foi promovido um ambiente de confiança assente na empatia, na compreensão e suporte contínuo que permitisse a expressão de sentimentos e incentivasse o casal a participar no processo de cuidados e a envolver-se no mesmo, para garantir a satisfação e promover o sentimento de bem-estar. Estamos conscientes que esta premissa vai, ainda, de encontro à política de cuidados preconizada pela OE: cuidados assentes na empatia, na compreensão e no conhecimento, ou seja, uma filosofia de cuidados cuja primazia privilegie os desejos e necessidades das mulheres e o envolvimento dos utentes. Justificamos, assim, a adoção deste modelo, como uma ferramenta eficaz, para um cuidar baseado em pressupostos técnico-científicos e culturalmente competente.

Face ao exposto, pelo *feedback* que tínhamos dos casais, julgamos ter dado um importante contributo para uma melhor vivência da gravidez de alto risco, com necessidade de internamento e na promoção da adaptação à parentalidade. A nossa atuação, neste contexto de cuidados, foi sempre centrada na mulher/casal com o objetivo de promover o bem-estar materno e fetal.

2. TRABALHO DE PARTO E PARTO: O FOCO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À MULHER, CASAL E FAMÍLIA

Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina faz parte das competências do EESMO (OE, 2019).

A OMS (2018b) destaca a importância do cuidado centrado na mulher para otimizar a experiência de TP e parto, por meio de uma abordagem holística baseada nos direitos humanos. Assim, a finalidade dos cuidados é promover uma experiência de parto positiva, sendo esta definida como aquela que cumpre ou excede as crenças e expectativas pessoais e socioculturais da mulher, incluindo o nascimento de um bebê saudável num ambiente clínico e psicologicamente seguro, com apoio prático e emocional contínuo de um acompanhante e de uma equipa atenciosa e tecnicamente competente. Ainda a OMS (2015a) defende que quem cuida no parto normal, deve intervir o menos possível, preservando sempre as convicções e os desejos da mulher/casal e mantendo a segurança desta e do seu filho.

Neste sentido, todos os cuidados prestados seguiram a premissa da OE & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2012) de que o casal tem o direito de vivenciar o parto como um momento único e individualizado, segundo as suas crenças, valores, costumes e dinâmica familiar, permitindo o processo fisiológico normal do nascimento.

Ao longo deste módulo de estágio que decorreu no Bloco de Partos, do HPH colaborámos, com a equipa multidisciplinar, em três partos eutócicos, sete partos distócicos por ventosa e realizámos 46 partos eutócicos, conforme apresentado no Quadro 2, sendo que cada um constituiu um momento único de aprendizagem, visto que pudemos partilhar esta experiência com cada parturiente e o seu acompanhante.

Total de parturiente cuidadas: 101			
49 Partos eutócicos		7 Partos Distócicos	
46 Partos realizados	3 Partos Participados	7 Ventosas	0 Fórceps

QUADRO 2: Número de parturientes cuidadas no Bloco de Partos

Neste contexto, desenvolvemos práticas e implementamos intervenções que vamos descrever ao longo deste capítulo, com o objetivo de promover uma transição para a parentalidade positiva e satisfatória. Este momento é um dos mais significativos para o casal e que deixa marcas inabaláveis nas suas vidas, sendo influenciado por diversos aspetos, como

as experiências anteriores, as expectativas, a cultura, o conhecimento sobre o TP e parto e o suporte que lhes é fornecido pela rede familiar, amigos e profissionais de saúde (Velho, Santos, Bruggmann & Camargo, 2012).

O HPH sendo distinguido como um dos Hospitais Amigo dos Bebés tem implementadas políticas que visam a promoção do bem-estar materno e fetal e posteriormente do RN, ao permitir a presença de um convivente significativo, durante 24 horas por dia, no decorrer do TP, parto e período pós-parto, com o intuito de promover a ligação mãe/pai-filho, e, também, contribuir para a satisfação da mulher/casal, pelo que a sua presença era incentivada ao longo de todo o TP e parto.

Para além disso, a estrutura física do bloco de partos permitia também a privacidade da parturiente já que os quartos eram individuais. Este fator facilitava o cuidado centrado na individualidade de cada mulher/casal, predominando o respeito e o direito individual da pessoa à sua autodeterminação, enquanto ser único, através da compreensão e da centralidade da pessoa (McCormack et al., 2015). Nesta perspetiva, a nossa conduta caracterizou-se por tentar dar resposta às necessidades específicas de cada casal como alvo dos nossos cuidados.

Outro aspeto que fazia parte das atividades promovidas pelo HPH, em que tivemos oportunidade de participar foi a visita aos serviços integrantes do departamento de saúde da mulher e da criança, em que se era dado a conhecer a estrutura, organização e dinâmicas de funcionamento de cada serviço que a mulher poderia vir a ocupar. Esta visita pretendia minimizar os medos e inseguranças do desconhecido, esclarecer dúvidas e tranquilizar as casais. O medo está associado a crescentes intervenções obstétricas e a sentimentos de falta de suporte emocional, sendo que, perguntar explicitamente às mulheres sobre os seus medos e preocupações pode reduzir significativamente este medo e aumentar a sua confiança (Toohill et al., 2014).

Nesta linha de pensamento, dar controlo/empoderar a mulher durante o TP e parto permitia que esta desenvolvesse capacidades de controlo e determinação, através do desenvolvimento de competências, da autoestima e da autoeficácia e assim, diminuir o medo e ter uma experiência de parto mais positiva. A participação da mulher na tomada de decisões, o acesso à informação e tentar ir de encontro às expectativas da parturiente foram algumas das intervenções que nos permitiram empoderar a mulher durante o processo de TP e parto. O sentimento de empoderamento das mulheres está relacionado com a presença e a relação de confiança com os profissionais de saúde e o seu acompanhante, portanto, quando a mulher se sente com poder, isto resulta numa maior sensação de controlo, satisfação e segurança e, como resultado, uma melhor capacidade de controlar a dor. O apoio inadequado durante o TP e parto pode levar a uma experiência negativa, em que a mulher se sente abandonada, imobilizada e não priorizada pelos profissionais de saúde (Nilsson, Thorsell, Wahn & Ekstrom, 2013).

O percurso realizado pela parturiente, após recorrer ao serviço de urgência geral do HPH, era o encaminhamento para o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia que era no mesmo espaço físico que o Bloco de Partos. A quando da entrada da grávida no serviço de urgência era realizado o atendimento médico e os exames complementares de diagnóstico necessários, bem como, avaliado o bem-estar fetal e a contratilidade uterina através da monitorização CTG. No caso de estarmos perante uma mulher com sinais e sintomas indicativos de que estava em fase ativa de TP esta era admitida no serviço de Bloco de Partos. Caso a mulher ainda se encontrasse numa fase latente do TP e tivesse RPM era internada na Unidade de Grávidas de Risco para proceder à vigilância e monitorização materna e fetal até que se iniciasse espontaneamente o TP ou fosse realizada ITP.

Quando a mulher e o acompanhante eram admitidos no Bloco de Partos era realizado o seu acolhimento através da apresentação das instalações, da equipa de cuidados e dos recursos disponíveis durante a sua permanência no serviço. A par disso, quando estes estavam instalados no quarto realizávamos a colheita de dados, através de entrevista informal, consulta do boletim de saúde da grávida e do processo clínico, de forma a obter dados relevantes sobre a mulher (idade, profissão, alergias, antecedentes obstétricos e pessoais, medicação domiciliária, grupo sanguíneo e fator Rh), sobre o pai (idade, grupo sanguíneo e fator Rh), dados sobre como decorreu a gravidez (idade gestacional, índice obstétrico, análises sanguíneas, ecografias e existência de complicações), o nome do RN, bem como, quais eram as suas expectativas, experiências anteriores, se tinham realizado curso de preparação para o parto e parentalidade e, ainda, se tinham elaborado um plano de parto.

Conforme preconizado no serviço, a mulher também era questionada sobre o seu padrão de eliminação intestinal e se pretendia realizar enema de limpeza, conforme o protocolo instituído. No entanto, este procedimento era realizado apenas se a mulher o desejasse. Apesar disso, atualmente, a utilização de enemas de limpeza de forma rotineira não é aconselhada uma vez que não apresenta quaisquer benefícios, no TP e parto, podendo mesmo causar desconforto para a mulher (OMS, 2018b; Porto, Amorim & Souza, 2010).

As expectativas e experiências anteriores de parto podem influenciar a forma como a mulher encara o parto, envolvendo habitualmente sentimentos diversos e ambivalentes desde alegria e entusiasmo, mas também medo, nervosismo e ansiedade, o que pode facilitar ou inibir o processo de transição para a parentalidade (Wigert et al., 2020). Como tal, conhecer os fatores que influenciam a experiência de parto constituiu uma das nossas preocupações, destacando-se: possíveis complicações obstétricas, tipo de parto, duração do TP, dor percebida, uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor, primeiro contacto com o filho, peso do RN, presença ou não de pessoa significativa, apoio dado pelos profissionais de saúde, percepção de autocontrolo na tomada de decisões (Sousa, 2015). Deste modo, debater e conhecer as expectativas de cada mulher durante o primeiro período do TP permitiu-nos elaborar um plano de cuidados individualizado, com o propósito

de aumentar a satisfação da parturiente com a sua experiência de parto e promover uma transição mais saudável para a maternidade.

Incentivar a presença de um acompanhante para suporte contínuo durante o TP foi essencial na promoção do bem-estar emocional da parturiente, sendo que, a escolha do acompanhante significativo era sempre feita pela mulher. Na maioria das vezes o seu companheiro/pai do filho era a pessoa presente durante o TP, isto porque para além de ser uma fonte de suporte emocional para a mulher proporcionando-lhe conforto e segurança, este processo, também desperta sentimentos de satisfação e validação do seu papel de pai (Silva, Nascimento & Coelho, 2015). A participação do acompanhante na prestação de cuidados à parturiente foi sempre incentivada, nomeadamente na aplicação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, como a massagem. Foi ainda incentivada a sua participação no corte do cordão umbilical e a tocar/pegar no RN.

Tendo em conta que uma das competências do EESMO é proporcionar uma experiência de parto positiva, as nossas intervenções foram elaboradas não só tendo por base a evidência científica, mas também as expectativas da mulher, os seus sentimentos e emoções, bem como o respeito pelas suas decisões, no sentido de promover a sua participação ativa durante o TP e parto.

Apesar disto, constatamos que a maioria das parturientes não tinham elaborado um plano de parto escrito, no entanto, algumas destas verbalizaram aquilo que tinham idealizado e referiram algumas das suas preferências, nomeadamente, estar acompanhada, utilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, ter acesso a analgesia epidural quando e se o desejassem, não induzir as contrações uterinas com perfusão de ocitocina, evitar toques vaginais ao estritamente necessário, poder ingerir líquidos durante o TP, evitar rotura artificial de membranas, evitar a realização de episiotomia de rotina, poder realizar o corte do cordão umbilical, fazer contacto pele a pele com o RN e amamentar na primeira hora de vida.

O plano de parto consiste num documento escrito elaborado pela mulher/casal em que se encontram expressos os seus desejos, preferências e expectativas relativamente ao seu TP, parto e pós-parto. A necessidade da implementação de planos de parto, surgiu no sentido de ajudar as mulheres a evitarem as intervenções de rotina a que frequentemente estão sujeitas em ambiente hospitalar. Esta apresenta-se como uma intervenção útil para a promoção da comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde, sendo que, o EESMO assume um apoio fundamental na elaboração do plano de parto visto que, prima sempre pela qualidade e valoriza as necessidades individuais de cada mulher/casal grávido. Este acompanhamento consiste na transmissão de informação adequada e credível que permita a tomada de decisão informada e o respeito pelas escolhas de cada casal (OE, 2019a). Assim, a vontade da díade foi sempre respeitada por nós, como tal, tentámos ir de encontro às expectativas e desejos expressados, ajustando às condições e situação individual de cada casal, sendo que, por vezes foi necessário desconstruir algumas ideias menos corretas e

ajustar os pedidos. Ou seja, desenvolvemos intervenções no sentido de promover o empoderamento e desenvolver capacidades de controlo e determinação no processo de tomada de decisão para a sua participação ativa durante todo o processo de nascimento (Mouta, Silva, Melo, Lopes & Moreira, 2017). O parto pela sua natureza é um evento impossível de prever e onde tudo pode mudar de repente, dependendo do decorrer do trabalho de parto e do estado da mulher e feto. Como tal, é importante a grávida encarar o plano de parto como desejos e não como um conjunto de regras que serão seguidas à risca (Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2017).

Como tal, instituímos um plano de cuidados individualizado, ajustado a cada mulher/casal, de forma a envolvê-los no controlo da situação, já que este é um fator chave para a perceção destes sobre o seu parto e a vivência destas experiências está profundamente ligada ao nível de satisfação da mulher/casal em relação ao TP e parto, podendo interferir no futuro com a capacidade destes para cuidarem do seu filho e estabelecerem a ligação mãe/pai-filho (Silva et al., 2015). A temática do plano de parto e o seu impacto na tomada de decisão da mulher, tendo como finalidade a satisfação com o parto é o tema de análise abordado na revisão integrativa da literatura presente no subcapítulo 2.1 deste relatório de estágio, sendo aí abordado de forma mais extensa.

Após o acolhimento da mulher e do seu acompanhante elaborávamos o processo de enfermagem, identificando os focos de atenção, os diagnósticos de enfermagem adequados a cada mulher/casal e as intervenções a implementar, com vista a atingirmos os melhores resultados em saúde e permitir uma experiência satisfatória para o casal. Para além de estruturarmos e desenvolvermos as nossas práticas, tendo por base a centralidade da pessoa, também respeitamos as normas e protocolos do serviço (Sousa, 2015).

Tendo em conta os dados obtidos, identificámos como principais diagnósticos de enfermagem o Potencial para trabalho de parto ou Trabalho de parto (ICN, 2019), dependendo se a mulher se encontrava ou não numa fase ativa do TP.

O preenchimento do partograma foi, também, realizado após a admissão, sendo um instrumento utilizado por toda a equipa para a monitorização da progressão do TP. Este tem como objetivos, acompanhar a evolução do TP, identificando e diagnosticando as alterações ao seu padrão de evolução, permitir a tomada de decisão atempada, bem como evitar intervenções obstétricas desnecessárias. O partograma permite a apresentação visual da dilatação e extinção cervical, através do toque vaginal, a avaliação da descida da apresentação fetal em relação ao tempo, a monitorização do bem-estar materno-fetal e o registo de fatores que poderão influenciar o TP como a frequência cardíaca fetal, a estática fetal, o estado das membranas e as características do líquido amniótico, a dinâmica uterina, os sinais vitais maternos e os fármacos administrados. As opiniões quanto à utilização do partograma são divergentes e não têm uma aceitação generalizada entre os profissionais de saúde (Lavender, Cuthbert & Smyth, 2018; OMS, 2014b; Prada & Rafael, 2016). No entanto,

a nossa experiência com a sua utilização foi positiva, pois simplificou a obtenção de informação necessária para delinear as intervenções adequadas a cada situação.

O início do TP marca o culminar da gravidez e o início de uma nova vida e de uma nova família. O diagnóstico de TP, apesar de não ser consensual na literatura, considera-se quando se instalam contrações uterinas regulares e com sensação dolorosa, em frequência e intensidade, ao mesmo tempo que se dá a extinção cervical, iniciando a dilatação ou rotura espontânea de membranas (Fatia & Tinoco, 2016). Ainda segundo o ICN (2019), TP consiste num conjunto de “processos corporais perinatais, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta”. O início do TP representa o fim da gravidez e o corpo da mulher vive várias mudanças para se adaptar a esta fase, sendo influenciado por diversos fatores, entre os quais se destacam: o tamanho do feto, as contrações uterinas, as condições da placenta, a posição da mulher, o seu estado emocional, a presença de uma pessoa significativa, a preparação para o parto, o plano de parto, o suporte do profissional de saúde que a acompanha, entre outros (Montenegro & Filho, 2014).

A evolução do TP pode ser dividida em quatro estadios. O primeiro período caracteriza-se pelo início de contrações uterinas rítmicas e regulares que provocam a extinção do colo e termina com a dilatação completa. Durante este período decorrem alterações cervicais que se distinguem em três fases (latente, ativa e transição). A fase latente caracteriza-se pela perceção das contrações uterinas ainda irregulares e pouco duradouras e de intensidade leve a moderada, extinção do colo do útero (50%) e dilatação até aos três centímetros, a apresentação encontra-se no primeiro ou segundo planos de *Hodge* e pode durar cerca de 20 horas nas primíparas e 14 horas nas múltiparas. A fase ativa corresponde a uma contratilidade uterina regular, de maior intensidade e duração, em conjunto com a extinção do colo do útero (100%), a dilatação desde os quatro até aos sete centímetros e a apresentação fetal entre o segundo e o terceiro planos de *Hodge*, sendo ainda provável que ocorra a rotura de membranas nesta fase. A última fase é a de transição, em que a mulher percebe um menor espaço de tempo entre as contrações, a dilatação vai desde os oito até aos dez centímetros e a apresentação fetal está no terceiro ou quarto planos de *Hodge*. O segundo estadio do TP inicia-se com a dilatação completa e termina com o nascimento do feto, sendo também designado de período expulsivo. O terceiro período é também designado de dequitação e inicia-se após o nascimento do feto até à expulsão da placenta e membranas e poderá ter uma duração até cerca de 30 minutos. O quarto e último estadio refere-se ao período de hemóstase, com uma duração até cerca de duas horas após a expulsão da placenta (Fatia & Tinoco, 2016; NICE, 2014).

Existem casos em que o TP não progride, denominando-se TP estacionário em que não se verifica progressão da dilatação cervical, sendo que, isto pode ocorrer em qualquer uma das fases do primeiro estadio do TP (fase latente, fase ativa ou fase de transição). Assim, estamos perante uma situação de TP estacionário quando: a fase latente tem uma duração superior a 20 horas em nulíparas e superior a 14 horas nas múltiparas; na fase ativa

quando se verifica a ausência de alterações cervicais durante quatro horas, antes dos seis centímetros de dilatação, ou duas horas depois dos seis centímetros de dilatação; no período expulsivo diz-se prolongado, se a duração for superior a duas horas nas nulíparas e maior do que uma hora nas múltiparas, caso a mulher esteja sob analgesia epidural estes máximos devem ser acrescidos de uma hora. As causas para esta situação são distintas e relacionam-se com o feto e/ou com a parturiente (DGS, 2015c). Durante o decorrer do estágio foi possível experienciar situações em que ocorreu um TP estacionário, nomeadamente no período expulsivo, em que apesar da contratilidade uterina ser regular e os esforços expulsivos serem adequados, os tempos de duração máxima foram ultrapassados, acabando, por decisão da equipa médica, o parto por ser instrumentado.

Perante o diagnóstico de Trabalho de parto (ICN, 2019), a vigilância do bem-estar fetal assumiu-se como uma das nossas principais atividades. A monitorização cardiotocográfica foi o recurso mais utilizado, uma vez que este permite o registo da FCF, da contratilidade uterina e dos movimentos fetais e pode ser utilizada de forma contínua ou intermitente (Santo, 2018). A monitorização da FCF através de CTG de forma contínua, apesar de parecer vantajosa, por transmitir uma sensação de maior facilidade na vigilância de várias parturientes e fetos em simultâneo, representa desvantagens, pois limita a mobilidade da mulher, acabando inevitavelmente por aumentar o seu desconforto e limitar a sua autonomia. Ora, tendo em conta que parir é movimento, a utilização da cardiotocografia de forma contínua, não é recomendada, estando associada a um aumento da taxa de cesarianas e/ou parto instrumentado. Assim sendo, é recomendado que a monitorização da FCF seja realizada de forma intermitente nas gravidezes de baixo risco e em que não tenha sido utilizada ocitocina e/ou prostaglandinas (Alfirevic, Devane, Gyte & Cuthbert, 2017; Bayes & Whitehead, 2018; Devane et al., 2017).

Durante a nossa prática clínica, foi executada monitorização fetal intermitente na fase latente do TP, nas situações em que o risco de complicações era baixo, o que é corroborado pelas normas da NICE (2014). Ou seja, a monitorização por CTG era realizada a cada duas horas durante 30 a 45 minutos. Em contrapartida, nas situações em que existia um risco acrescido de hipoxia fetal, devido a complicações na gravidez ou em situações em que o TP era induzido com fármacos e numa fase ativa do TP, a monitorização cardiotocográfica era contínua (Ayres-De-Campos et al., 2015). Como tal, explicávamos aos casais a importância da monitorização, o seu funcionamento e que mesmo não estando junto deles constantemente conseguíamos observar o traçado cardiotocográfico através de um monitor que se encontrava junto ao balcão da entrada. Era ainda referido a relevância de encontrarmos estratégias com o casal que permitissem o seu movimento, numa fase ativa do TP, em que havia a necessidade de monitorização contínua.

Perante situações de traçados suspeitos ou patológicos procurávamos identificar a causa da alteração e procedíamos no sentido de a reverter. Muitas vezes, a alternância de posicionamento da parturiente revertia a situação de uma forma favorável. Neste contexto

experienciámos alguns casos de hiperestimulação uterina com consequentes alterações da FCF (desacelerações repetitivas e/ou prolongadas) registadas no CTG, em parturientes às quais tinha sido induzido o TP com ocitocina. Nestas situações suspendíamos, de imediato, a perfusão ocitócica e posicionávamos as parturientes em decúbito lateral esquerdo, com o intuito de melhorar a perfusão uteroplacentária, bem como, informávamos a equipa médica da situação. No entanto, estas medidas nem sempre foram suficientes para reverter as alterações verificadas através do traçado CTG. Em pelo menos um caso foi necessário utilizar o protocolo de tocolise (administração de cinco miligramas de salbutamol em 500 mililitros de soro fisiológico a 150 mililitros por hora durante o período máximo de cinco minutos) ou a realização de cesariana emergente.

Uma ferramenta útil na tomada de decisão perante diagnóstico de TP ativo é a realização do toque vaginal pois permite a vigilância e a avaliação da progressão do TP, através da verificação do estado das membranas, das características do colo do útero, quanto à extinção, dilatação, posição e consistência, e ainda, a avaliação dos indicadores da estática fetal, como a apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), posição (esquerda ou direita), atitude (flexão ou deflexão), variedade (anterior, posterior ou transversa), progressão (através dos planos de *Hodge*) e situação (longitudinal, transversa ou oblíqua) (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS & FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA, 2009). Nas situações em que as parturientes apresentavam RPM eram observadas as características do LA (cor, cheiro e quantidade). A realização do toque vaginal é uma intervenção frequentemente associada a desconforto e ansiedade materna, estando também associada a um aumento do risco de infeção, tendo sido implementada apenas quando estritamente necessário e indo de encontro às recomendações da OMS (2018b) que indicam que deve ser realizada com um intervalo mínimo de cerca de quatro horas, não existindo outras queixas.

A amniotomia ou rotura artificial de membranas era um dos procedimentos realizados com alguma frequência, especialmente em casos de TP estacionário e este consiste na rotura artificial das membranas amnióticas através da pinça de Herff, de forma assética, com o objetivo de induzir ou diminuir a duração do TP. Para que a amniotomia seja realizada devem estar presentes determinadas condições, tais como: progressão do TP, dilatação igual ou superior a três centímetros, cabeça fetal fixa na pélvis e a pressionar o colo uterino e parturiente sem infeção ativa de herpes genital e vírus de imunodeficiência humana (VIH) (Fatia & Tinoco, 2016). Esta intervenção não deve ser feita rotineiramente, uma vez que existem poucas evidências de que um TP de menor duração traga benefícios para a mãe ou para o feto, e ainda acarreta riscos quando realizada prematuramente como o aumento do risco de infeção ascendente, prolapso ou compressão do cordão umbilical, compressão do polo cefálico com alterações da FCF e desconforto materno (Smyth, Markham & Dowswell, 2013; Souza, Costa, Coutinho, Neto & Amorim, 2010). As recomendações da OMS (2018b) contraíndicam o uso da amniotomia em fases precoces do

TP para reduzir o tempo de TP e para prevenção do TP prolongado, no entanto, sempre que este procedimento foi prescrito as intervenções de enfermagem passaram por: explicar o procedimento à parturiente/casal, obter o seu consentimento informado e executar a amniotomia registrando a hora e as características do líquido amniótico (cor, cheiro e quantidade). Após o procedimento era realizada monitorização do estado fetal através de cardiotocografia.

O diagnóstico de Risco de infecção (ICN, 2019) foi identificado por estar associado à presença de cateter venoso periférico e/ou de cateter epidural, assim como, por estar associado a fenómenos como a laceração perineal ou a presença de episiotomia e episiorrafia.

Sempre que a rotura das membranas amnióticas (artificial ou espontânea) foi superior ou igual a 12h, foi iniciada a profilaxia da infecção neonatal, segundo o protocolo instituído no serviço. A profilaxia antibiótica foi realizada ainda a todas as parturientes colonizadas com SGB e quando o estado de colonização era desconhecido, em caso de risco de PPT e em casos de hipertermia ($\geq 38^\circ$) intraparto. Este preconizava a administração de penicilina de quatro em quatro horas até ao parto ou, em caso de sensibilidade à penicilina, a administração de fármacos alternativos como a cefazolina, clindamicina ou vancomicina, até ao período expulsivo, permitindo assim elevadas concentrações de antibiótico no sangue materno e LA com a consequente transferência placentária para a circulação sanguínea fetal. A administração de antibioterapia profilática no intraparto previne a transmissão vertical do SGB que se inicia com o início do TP evitando a infecção neonatal precoce no RN, na primeira semana de vida (OMS, 2015b). Nos casos de RPM espontânea e/ou artificial, administrávamos terapêutica antibiótica profilática 12 horas após, conforme protocolo e prescrição médica.

Um dos principais focos de atenção ao longo do TP foi o foco de Dor de trabalho de parto (ICN, 2019) que consiste na “sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto”. A dor associada ao TP é subjetiva, multidimensional e variável de mulher para mulher, sendo a sua intensidade influenciada por fatores comportamentais, culturais e orgânicos, como o stresse, ansiedade, medo do desconhecido e impotência (Nilsen, Sabatino & Lopes, 2011). A dor durante o primeiro estadio do TP é do tipo visceral, sendo o estímulo doloroso nociceptivo resultante da distensão do segmento inferior do útero e da dilatação cervical, manifestando-se as queixas principalmente na porção inferior do abdómen com irradiação para a região lombo-sagrada, cristas ilíacas, glúteos e coxas. Já durante o período expulsivo a dor é somática e está associada à distensão e tração das estruturas pélvicas, nomeadamente assoalho pélvico e períneo, sendo a dor localizada na região infra umbilical, lombar e sagrada. Quanto ao terceiro e quarto estadios do TP, a dor que a mulher percebe é semelhante à do primeiro período do TP. (Lowdermilk & Perry, 2008; Nilsen et al., 2011). A avaliação da dor associada ao TP era efetuada durante a permanência no serviço, sendo

disponibilizados métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor, contribuindo, assim, para aumentar o conforto e permitir uma vivência mais positiva e satisfatória da experiência de parto e nascimento. A participação ativa da mulher e do acompanhante na gestão da dor, em colaboração com o EESMO, contribui de forma positiva para compreender quais as estratégias mais eficazes para cada parturiente.

A maioria das parturientes por nós cuidadas optou pelo controlo farmacológico da dor através da analgesia pela via epidural. A analgesia epidural é considerada o método farmacológico mais comum e eficaz no alívio da dor no TP e que melhor é tolerado pela parturiente e pelo feto. Está contraindicada a realização de analgesia epidural em casos de mulheres com coagulopatias, hipovolemia, infeções no local da punção e pressão intracraniana elevada (Sitras, Šaltytė Benth & Eberhard-Gran, 2017; Teixeira, Abelha & Santos, 2016). A administração de analgesia pela via epidural foi sempre realizada quando solicitada pela parturiente.

A colocação do cateter epidural era realizada pelo anestesista de serviço com a nossa colaboração. Previamente à colocação do cateter era reunido todo o material, explicado o procedimento à parturiente e colocada e incentivada a manter a posição (sentada ou em decúbito lateral preferencialmente esquerdo em posição fetal). Sempre que havia perfusão de ocitocina em curso esta era suspensa para diminuição da frequência e intensidade da contratilidade. Após a colocação do cateter epidural era administrada uma primeira dose de fármacos (sufentanil e ropivacaína) pelo anestesista, sendo posteriormente administradas doses intermitentes de ropivacaína 0,2% (oito a 10ml) sempre que solicitado pela parturiente e respeitando o intervalo de segurança (cerca de uma hora) entre doses e segundo o protocolo do serviço. A analgesia epidural está associada ao prolongamento do segundo estadio do TP e ao aumento do número de partos instrumentados (NICE, 2014).

Uma das nossas intervenções foi manter a vigilância de possíveis efeitos secundários mais frequentemente associados aos fármacos administrados pela via epidural, como: hipotensão materna, náuseas e vômitos, prurido, tremores, bloqueio motor e sensitivo e retenção urinária (Sitras et al., 2017). De seguida, monitorizávamos a pressão arterial da parturiente de cinco em cinco minutos durante 15 minutos, espaçando depois o tempo e era suspenso ao fim de 30 minutos. Se sem intercorrências, de acordo com o protocolo do serviço, colocávamos fluidoterapia em curso para prevenir a hipotensão materna e fazíamos a avaliação do bem-estar fetal através de CTG, durante 30 minutos e após cada administração de bólus do fármaco, indo de acordo com as indicações do National Institute for Health and Care Excellence (2014). Os fármacos anestésicos locais administrados intermitentemente através do cateter epidural produzem analgesia pelo bloqueio da sensação dolorosa (fibras sensitivas) associada às contrações uterinas, mas também poderá causar bloqueio das fibras motoras manifestando-se numa diminuição da capacidade de deambulação da parturiente. Assim, a administração de baixas doses de anestésicos locais

produz analgesia com bloqueio motor mínimo permitindo a deambulação da grávida (Cordeiro, Ferreira, Martin, Castelo-Branco & Lica, 2010).

A Eliminação Urinária (ICN, 2019) foi também um dos nossos focos de atenção ao longo do TP, contudo, após a colocação do cateter epidural surgiu a necessidade de uma maior vigilância, pelo Risco de Retenção Urinária (ICN, 2019), já que existe uma diminuição da percepção relativa à eliminação urinária, comprometendo assim esta função e consequentemente a progressão da descida fetal pelo aumento vesical que constitui uma barreira física à passagem do feto (Graça, 2017). As nossas intervenções passaram então pela prevenção da formação de globo vesical através da vigilância da eliminação urinária e sinais de retenção urinária, incentivando as grávidas a urinar de duas em duas horas. No caso de se verificar retenção urinária procedeu-se à algáliação intermitente da parturiente até ao período expulsivo.

Apesar da analgesia epidural ter sido o método de alívio da dor mais frequentemente escolhido pelas parturientes, também foram promovidos por nós outros métodos não farmacológicos de alívio da dor. As estratégias utilizadas iam sempre de encontro aos desejos e necessidades de cada mulher/casal, sendo que, a maioria das estratégias implementadas passaram pela diminuição da intensidade das luzes do quarto, a deambulação, a utilização da bola de pilates e das básculas, a musicoterapia, a hidroterapia, a massagem, a técnica de imaginação guiada e os exercícios respiratórios (Khianman, Pattanittum, Thinkhamrop & Lumbiganon, 2008).

Os benefícios associados à adoção dos métodos não farmacológicos de alívio da dor abrangem a diminuição do nível de stresse e ansiedade das mulheres, prevenindo assim a hiperventilação materna e a redução da libertação de catecolaminas, o que contribui para uma melhor perfusão placentária resultando num desfecho neonatal mais positivo. Estes métodos promovem ainda a satisfação da mulher com a sua experiência de parto, devido a uma maior sensação de controlo do próprio corpo e das suas emoções, a redução da fase latente do TP bem como, a diminuição da taxa de partos instrumentados (Medeiros, Hamad, Costa, Chaves & Medeiros, 2015).

A OMS (2018b) recomenda a deambulação e a adoção de posições verticais durante o TP em mulheres de baixo risco por encurtar a primeira fase do TP, reduzir a necessidade de analgesia epidural, favorecer a descida fetal, ajudar a mulher a encontrar uma melhor posição para parir e reduzir a taxa de cesarianas e partos instrumentados. Assim, durante o estágio incentivamos a mulher a deambular e adotar posições de alívio da dor sempre que possível. No entanto, a execução desta intervenção demonstrou-se, por vezes, difícil de implementar por diversos motivos como a presença de soroterapia em curso, existência de cateter vesical, saco coletor de urina, monitorização continua com CTG e falta de aceitação por alguns elementos da equipa médica. Apesar disso, cada situação foi sempre negociada e discutida individualmente com os elementos da equipa, de forma a alcançar um acordo favorável para a mulher e ir de encontro à evidência atual.

Relativamente à massagem, esta foi realizada por nós e/ou instruído o companheiro a realizar a mesma com o objetivo de promover o relaxamento das fibras nervosas e o alívio da dor. Esta pode ser realizada em qualquer parte do corpo em que a mulher sinta desconforto, tendo sido aplicada com maior frequência na região lombar, sacrococcígea e cristas ilíacas. A técnica de contrapressão era a mais utilizada e consiste na aplicação de uma pressão contínua com o punho e a mão sobre a região sagrada para alívio da dor lombar e sensação de pressão interna (Lowdermilk & Perry, 2008).

O uso da bola de pilates foi incentivado, pois para além de favorecer a rotação e descida da apresentação fetal, principalmente quando associado às básculas, também permitiu que a parturiente adquirisse uma posição mais confortável, aliviou o cansaço muscular do período em que estava deitada, e ainda, facilitou a adoção de uma postura mais correta (Ferreira, 2016; Gallo et al., 2011).

A hidroterapia, ou seja, o uso da água durante o TP e parto, especialmente durante o primeiro estadio de TP está associada a uma redução significativa da perceção de dor pela parturiente. A água quente induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, conduzindo a um relaxamento das fibras musculares (Ferreira, 2016; Lehugeur, Strapasson & Fronza, 2017). Este recurso foi utilizado através de banhos de chuveiro e aplicação de jatos de água quente, especialmente na região lombo-sagrada, para promover o conforto e diminuir a dor das contrações. Este método não foi muito utilizado devido à colocação do cateter epidural quase imediatamente após a admissão no serviço que reduzia a mobilidade da parturiente.

As salas de parto disponibilizavam música através de um rádio que a parturiente podia sintonizar conforme a sua preferência. Em algumas situações o casal fazia-se acompanhar pela sua própria seleção musical que ouviam através de auscultadores. A música tem como benefício reduzir a perceção da dor e a duração do TP devido à diminuição da produção de catecolaminas, cortisol e epinefrina, associados a elevados níveis de ansiedade, permitindo ainda uma experiência mais positiva com o parto (Hosseini, Bagheri & Honarparvaran, 2013; Silva et al., 2013).

No decorrer do TP, especialmente no primeiro período do TP, os exercícios respiratórios eram instruídos e treinados para serem realizados durante as contrações uterinas por estes proporcionarem alívio da dor, uma melhor oxigenação fetal, relaxamento e diminuição da ansiedade materna contribuindo, assim, para a diminuição da fadiga, risco de hiperventilação e uma maior perceção de autocontrolo. Estes exercícios respiratórios eram ainda combinados com outras estratégias não farmacológicas como a deambulação e a técnica de imaginação guiada (Gallo et al., 2011).

A administração de fluidoterapia não era resultado apenas da colocação do cateter epidural, mas sim, por prescrição médica, em detrimento da necessidade de a mulher ficar em jejum, quando se encontrava numa fase ativa do TP. Esta indicação baseia-se na

preocupação com o risco de aspiração do conteúdo gástrico na eventualidade de uma cesariana emergente, especialmente com anestesia geral, o que na atualidade é pouco frequente (Berghella, Baxter & Chauhan, 2008; Porto et al., 2010).

A OMS (2015a) recomenda a ingestão de alimentos e líquidos durante o TP, de acordo com as preferências da parturiente, nas situações de baixo risco, em que o TP esteja a decorrer dentro da normalidade. No contexto de estágio, as mulheres eram incentivadas a fazer refeições ligeiras, durante a fase latente, como sopa sem resíduos, fruta, gelatina e bolachas. Já na fase ativa, recomendávamos e incentivávamos a ingestão de líquidos claros, como o chá, sumos sem resíduos e água. Mais do que satisfazer as necessidades nutricionais da mulher e prevenir a desidratação e cetoacidose, estes alimentos proporcionavam conforto (Hunt, 2013). Ainda de referir que a administração de soroterapia em detrimento da alimentação tem sido associada a um aumento da incidência de hipoglicemia neonatal, assim como a uma maior tendência das mulheres para se manterem no leito, aumentando a presença de sentimentos negativos e o risco de sobrecarga hídrica (Singata, Tranmer & Gyte, 2013).

Nas parturientes com diabetes gestacional ou diabetes prévia, tratadas com dieta, durante o TP, a monitorização da glicemia capilar era realizada a cada quatro horas, e administrada uma perfusão de soro glicosado polieletrólítico a 125ml/hora, até retomarem a alimentação oral. Dependendo dos valores de glicemia foi seguido esquema de insulina por protocolo do serviço. Nas mulheres tratadas com insulina ou antidiabéticos orais, era administrado um soro glicosado polieletrólítico a 125ml/hora, e uma perfusão em seringa infusora com 50UI de insulina de ação rápida (actrapid) em 50ml de soro fisiológico, a um débito variável segundo a glicemia capilar horária, conforme o protocolo do serviço e a prescrição médica.

Tendo em conta o supracitado, surgiu o foco Conforto (ICN, 2019), dada a importância de implementação de intervenções promotoras do bem-estar físico e emocional da parturiente, com o objetivo de diminuir os níveis de dor, medo, ansiedade e stresse. Assim, implementamos intervenções de forma a proporcionar um ambiente seguro e confortável (calmo, aquecido, com luminosidade reduzida, sem ruídos e com privacidade) para a mulher/casal; promovemos a discussão do plano de parto, e caso este não tivesse sido elaborado, procurou-se perceber que estratégias podiam ser oferecidas a cada casal para melhorar a sua experiência de parto; oferecemos líquidos; incentivamos a deambulação e/ou a adoção de posições verticalizadas e oferecemos vários métodos não farmacológicos de alívio da dor (OMS, 2018b).

O segundo estadio do trabalho de parto ou período expulsivo compreende o período que decorre entre a dilatação completa do colo do útero até à expulsão do feto, durante o qual a mulher sente involuntariamente a necessidade de realizar esforços expulsivos resultantes das contrações uterinas (Graça, 2017). A duração deste período é variável, sendo que nas nulíparas não submetidas a analgesia epidural é normal que este possa ir até três

horas e nas múltiparas até uma hora, acrescentando mais uma hora nos casos das parturientes que realizaram analgesia epidural, não devendo exceder as quatro horas em nenhuma das situações (NICE, 2014). Existem ainda outros fatores que podem condicionar a duração desta fase do TP, tais como: a eficácia das contrações uterinas, a posição em que a mulher se encontra, o estado físico e emocional desta, o tamanho do feto, a situação e variedade da apresentação fetal. Este período pode ainda ser subdividido em duas fases que se caracterizam por contrações uterinas mais intensas e frequentes, esforços expulsivos maternos e descida mais acentuada da apresentação fetal (Montenegro & Filho, 2014). A primeira fase do período expulsivo inicia-se com a dilatação cervical completa e antes do início da dinâmica uterina involuntária e caracteriza-se pela descida passiva da apresentação e rotação anterior da cabeça fetal (Lowdermilk & Perry, 2008). De seguida, na fase ativa surge a sensação de pressão sobre o períneo em parturientes com bloqueio motor ou a ativação do reflexo de *Ferguson*, pela pressão exercida pela apresentação no músculo elevador do ânus e que era frequentemente verbalizado pela parturiente como uma forte necessidade de realizar esforços expulsivos (NICE, 2014).

Assim, durante o período expulsivo a nossa conduta passou por ser expectante na primeira fase aguardando pela descida da apresentação. Era, ainda, neste momento que ajudávamos no posicionamento da parturiente para o período expulsivo que regra geral era a litotomia, apesar de termos incentivado, quando possível, a adoção por parte da mulher da posição que lhe fosse mais favorável para a realização dos esforços expulsivos. A OMS (2018b), defende a liberdade de escolha da posição de parto, incluindo posições não supinas ou verticalizadas mesmo sob efeito de analgesia epidural. Com o apoio da orientadora de estágio tivemos a oportunidade de colocar algumas parturientes em posições mais confortáveis, nomeadamente na posição de semi-fowler e decúbito lateral, em que as pernas serviram de apoio para os pés promovendo uma maior verticalização da mulher. Após o posicionamento da parturiente, preparávamos todo o material necessário para o parto e colocávamos o equipamento de proteção individual devidamente esterilizado.

Durante a fase ativa do período expulsivo e após a parturiente referir a necessidade de realizar esforços expulsivos, incentivávamos a parturiente a puxar sempre que sentisse o reflexo. No entanto, surgiram situações em que devido ao bloqueio sensitivo provocado pela analgesia epidural ou pela ineficácia dos esforços expulsivos incentivamos o puxo dirigido, através da Manobra de *Valsalva*, apesar deste não ser recomendado pela OMS (2018b), já que pode levar ao compromisso do bem-estar fetal causado pela redução da pressão arterial materna e oxigenação do sangue materno (Cooke, 2010).

Os esforços expulsivos permitem que a apresentação fetal percorra o canal de parto, sendo expectável que ocorra uma adaptação e ajuste às estruturas maternas. Para que se dê a passagem do feto pelo canal vaginal, importa que este realize os movimentos de encravamento, descida, flexão da cabeça, rotação interna, extensão da cabeça e rotação externa. A vigilância da progressão do feto era realizada através do exame vaginal, com o

intuito de identificarmos a posição e a variedade do polo cefálico face à bacia materna, pesquisando a fontanela posterior, visto que o nosso ponto de referência era o osso occipital, percebendo que as variedades posteriores eram aquelas que levavam a períodos expulsivos mais demorados (Cunningham et al., 2012).

Outro foco da nossa atenção foi a Fadiga (ICN, 2019), visto que atualmente as situações de ITP e a admissão do casal em fase latente do TP levam a longos internamentos em que são realizadas sucessivas avaliações tocológicas e monitorizações cardiotocográficas contínuas, causando fadiga na parturiente, o que pode condicionar os esforços expulsivos. Face a este foco foram implementadas intervenções como explicar à parturiente que deve iniciar os esforços expulsivos após a dilatação completa e incentivar a mulher a realizá-los, quando da percepção da vontade de puxo (NICE, 2014).

Durante o período expulsivo a monitorização era realizada de forma contínua através de CTG até à exteriorização da cabeça fetal, com o intuito de vigiar possíveis alterações e prevenirmos situações de sofrimento fetal (NICE, 2017). Durante a exteriorização da apresentação protegíamos o períneo com as nossas mãos e fazíamos massagem perineal com vaselina para lubrificar o períneo, pois de acordo com a OMS (2018b), esta técnica contribui para a manutenção da integridade do períneo, reduzindo o risco de trauma perineal. Assim, no momento do coroamento importava avaliar as condições do períneo e decidir sobre a necessidade de executar a episiotomia. Em caso de necessidade de realização de episiotomia, o procedimento era explicado à parturiente/casal e o seu consentimento era obtido.

A episiotomia consiste na incisão cirúrgica do períneo cujo objetivo é o aumento do diâmetro vaginal. Os seus propósitos incluem a prevenção de lesões no assoalho pélvico e o trauma perineal e encurtar o período expulsivo a quando de um CTG não tranquilizador. A sua realização deve ser ponderada e utilizada em casos como nos partos instrumentados, na distocia de ombros, na apresentação pélvica e ainda nos casos de suspeita de laceração perineal de terceiro e/ou quarto grau (Guimarães, Silva, Matos & Douberin, 2018). Constatamos que esta prática já não era realizada rotineiramente no serviço, e tentámos evitá-la sempre que possível, sempre sob a orientação da tutora. A decisão de executar uma episiotomia é bastante controversa e a sua realização rotineira encontra-se atualmente desaconselhada, por estar associada a maiores taxas de dispareunia, hemorragia pós-parto, disfunções sexuais e incontinência urinária (OMS, 2018b). Dos 46 partos realizados apenas praticamos a episiotomia em 12, sempre no momento do coroamento e durante o pico de uma contração uterina, na região médio-lateral esquerda, tal como recomenda a OMS (2018b), por estar associada a menor risco de lesão do esfíncter anal e mucosa retal, sendo realizada do lado esquerdo da fúrcula em direção à tuberosidade isquiática num movimento único de cerca de quatro centímetros. O que motivou a nossa decisão foi, na maioria das situações, a rigidez perineal pelo aspeto esbranquiçado e edemaciado que o períneo apresentava, mostrando-se frágil e com micro-lacerações.

No momento da exteriorização da cabeça fetal, com uma das mãos fazíamos a proteção do períneo posterior e com a outra, movimentos suaves e controlados para evitar a descompressão descontrolada da apresentação fetal denominado este procedimento de manobra de *Ritgen* (Ferreira-Couto & Fernandes-Carneiro, 2017).

Após a saída da cabeça fetal, foi solicitado à parturiente que parasse os esforços expulsivos, para se realizar a pesquisa de circulares cervicais do cordão umbilical. Existiram algumas situações em que verificamos a presença de circulares e quando estas eram largas passávamos as mesmas sobre a cabeça ou para trás dos ombros. Perante circulares apertadas era realizada clampagem com duas pinças e laqueação do cordão umbilical à vulva. Após a rotação externa e restituição da cabeça fetal, e quando o ombro anterior aparecia sob a sínfise púbica procedíamos à sua libertação, aplicando uma leve tração em direção posterior até que este aparecesse sob o arco púbico. Seguidamente libertávamos o ombro posterior através do mesmo método, mas agora na direção anterior, facilitando assim a expulsão do corpo do feto (Cunningham et al., 2012).

Imediatamente após a saída do feto era registada a hora de nascimento e o RN colocado em cima do abdómen materno, onde era envolvido com um lençol aquecido e procedia-se à sua secagem, estimulando o dorso de baixo para cima, com o intuito de mobilizarmos as secreções que o RN pudesse apresentar, realizávamos também a limpeza do nariz e da boca com uma compressa, sendo ainda realizada uma avaliação rápida das capacidades do RN para determinar o índice de *Apgar*.

O índice de *Apgar* é um método de fácil avaliação que considera cinco parâmetros, nomeadamente o tônus muscular, a irritabilidade reflexa, a coloração da pele, o esforço respiratório e a frequência cardíaca, e é aplicado no primeiro, no quinto e ao décimo minuto após o nascimento. Este método permite a avaliação da vitalidade do RN e é um preditor da necessidade de reanimação do neonato (ACOG & American Academy of Pediatrics, 2015). Scores de *Apgar* entre oito e dez no primeiro minuto de vida sugerem condições fisiológicas ótimas do RN tendo representado a maioria dos RN assistidos durante a nossa prática. No entanto, existiram dois casos em que o score de *Apgar* foi igual a cinco, tendo sido necessária a clampagem precoce do cordão umbilical e a intervenção do neonatologista de serviço que prestou assistência ao RN.

Além dos 46 partos eutócicos realizados, durante o estágio, participamos ainda em 10 partos, sendo que sete foram distócicos com recurso a ventosa e três foram eutócicos. Estas situações foram justificadas na sua maioria pelo mal posicionamento da apresentação fetal, mas também situações em que se verificaram traçados CTG não tranquilizadores, por exaustão materna e/ou ineficácia dos esforços expulsivos. Nestas situações a nossa conduta passou por colaborar com a equipa médica tal como preconizado pela OE (2010).

A terceira fase do TP compreende o momento após a saída do feto até à expulsão da placenta. É durante esta fase que é realizada a clampagem e o corte do cordão umbilical,

separando assim fisicamente o RN e a mãe, sendo que isto acontecia com o RN ainda sobre o abdómen materno. A laqueação do cordão umbilical consiste na aplicação de um clamp localizado a cerca de três centímetros do abdómen do RN e uma pinça de *Kelly* ou *Kocher* junto da vulva materna, sendo depois o cordão cortado no espaço entre o clamp e a pinça. A possibilidade de cortar o cordão umbilical era sempre dada à mãe ou acompanhante se estes assim o desejassem, habitualmente após este parar de pulsar ou pelo menos após um minuto. Verificamos que este era um momento muito importante e intenso para os pais, uma vez que podiam cortar o cordão umbilical, se assim o desejassem, sendo também, uma das formas de promover uma ligação mais profunda mãe/pai-filho (Matos et al., 2010). Salvo raras exceções, se o RN necessitasse de cuidados especializados imediatos ou a mãe/accompanhante não quisessem, então éramos nós a fazer a laqueação. O momento ideal para a clampagem e corte do cordão umbilical permanece controverso. As recomendações da OMS (2014a) defendem a clampagem tardia do cordão umbilical, num período de um a três minutos, no RN saudável por apresentar inúmeras vantagens principalmente no que diz respeito ao aumento do hematócrito do RN representando um aumento das reservas de ferro, bem como, uma diminuição do risco de suplementação até aos seis meses de vida e redução da incidência de complicações, como a enterocolite necrosante e a sépsis neonatal, sobretudo em RN pré-termo. Existem, no entanto, estudos que defendem que a clampagem tardia do cordão umbilical poderá favorecer casos de policitemia e hiperbilirrubinemia com necessidade de tratamento médico (Rabe, Gyte, Díaz-Rossello & Duley, 2019).

Em alguns casos o casal tinha decidido fazer criopreservação das células do cordão umbilical, por isso, nesta fase, procedíamos à colheita do sangue do cordão umbilical para o Banco Público de Células do Cordão Umbilical ou para uma instituição privada, conforme indicação dos pais. Além disso, se a mulher fosse do grupo sanguíneo O e/ou com o fator Rh negativo colhíamos sangue do cordão para ser identificado o tipo de sangue do RN, a fim de prevenirmos a doença hemolítica do mesmo.

A primeira hora de vida do RN é uma fase importante de interação mãe-pai/bebé por este se apresentar mais desperto, sendo nesta fase importante facilitar a interação precoce entre os pais e o RN com o objetivo de promover a ligação precoce entre a tríade facilitando a adaptação ao papel parental. Assim durante esta fase, as intervenções como promover o contacto precoce através do contacto pele a pele mãe/bebé e a amamentação na primeira hora de vida eram sempre priorizadas adiando os cuidados de rotina ao RN. O contacto pele a pele promove o estabelecimento da ligação mãe/pai-filho, aumenta os níveis de ocitocina circulante, permite uma adaptação do RN ao meio extrauterino mais rápida e consistente, regularizando a sua temperatura corporal e função cardiorrespiratória e promove a amamentação na primeira hora de vida (Siqueira & Colli, 2013).

Para além do contacto pele a pele, sempre que a mulher expressou vontade de amamentar, a amamentação foi promovida e incentivada o mais precocemente possível, já que o HPH faz parte dos Hospitais Amigo dos Bebés, um programa mundial de promoção do

aleitamento materno. A amamentação precoce tem como vantagens imediatas a prevenção da morbidade e mortalidade neonatal concedendo um efeito protetor ao RN devido às propriedades imunológicas do colostro, bem como, contribui para a sua regulação glicêmica, cardiorrespiratória e térmica. Ainda, no caso da mulher favorece a contração uterina pela ação da sucção que estimula a liberação de ocitocina endógena, prevenindo a hemorragia pós-parto, que é a principal causa de morte materna no mundo (Boccolini, Carvalho, Oliveira & Pérez-Escamilla, 2013; Silva et al., 2018).

Após a primeira mamada colocávamos a pulseira eletrônica no RN e eram prestados todos os cuidados tendo por base o foco Desenvolvimento infantil (ICN, 2019). Como tal, realizávamos uma avaliação rigorosa cefalocaudal do RN, através da palpação procurávamos identificar as suturas cranianas e fontanelas, bem como, observávamos se existia a presença de cefalohematoma, *caput succedaneum* e/ou escoriações do couro cabeludo, na face procurávamos a existência de anomalias morfológicas, nos membros superiores examinávamos as clavículas, para despistar possíveis assimetrias. No abdômen avaliávamos o coto umbilical e a existência de três vasos (duas artérias e uma veia) e confirmávamos sempre a correta clampagem do mesmo. Observávamos também a região dorsal e o alinhamento da coluna vertebral, bem como, o períneo no que diz respeito às características próprias da genitália masculina ou feminina. Era ainda observado se existia perfuração do ânus, a presença de acrocianose nas extremidades e vigiávamos a primeira micção e dejeção do RN (Lowdermilk & Perry, 2008).

Para além disso, procedíamos à avaliação antropométrica através da avaliação do peso, comprimento e perímetro cefálico e, ainda, na primeira hora de vida foi feita a administração de vitamina K (um miligrama intramuscular) para prevenção de doenças hemorrágicas e a aplicação de pomada oftálmica com cloridrato de oxitetraciclina em ambos os olhos, como profilaxia da conjuntivite neonatal, de acordo com o protocolo do serviço (NICE, 2014). No caso dos RN, filhos de mães diabéticas ou com peso inferior a 2500g ou superiores a 4000g, realizávamos a monitorização dos valores de glicemia capilar após o nascimento.

Durante o terceiro estágio do TP ou dequitação mantínhamos uma atitude expectante, aguardando até 30 minutos para a placenta descolar (Fatia & Tinoco, 2016) e observávamos os sinais de separação da mesma, que incluem um jato de sangue expulso através da vagina, aumento do comprimento do cordão umbilical fora da vulva, elevação do fundo uterino no abdômen e útero mais firme e globoso à palpação. Ainda, realizávamos a manobra de *Kustner*, em que se coloca o bordo externo da mão a exercer pressão no bordo superior da sínfise púbica verificando se o cordão umbilical se retrai ou não. Após confirmação da descida da placenta e quando esta atingia o introito vaginal executávamos uma ligeira tração do cordão umbilical e realizávamos a manobra de *Dublin* que consiste em receber a placenta com as duas mãos torcendo-a suavemente para que as membranas se disponham em fuso facilitando o seu descolamento integral, e observávamos o tipo de

dequitação (Schultze ou Duncan). O mecanismo de *Schultze* ocorre quando a placenta está inserida na parte superior do útero e se inverte, desprendendo-se pela face fetal e no mecanismo de *Duncan* a placenta está localizada na parede lateral do útero, deslizando, e apresentando-se pela face materna (Montenegro & Filho, 2014).

Assim, agíamos perante uma abordagem passiva, em que não intervínhamos para que a saída da placenta fosse mais rápida. Neste período estava sempre subjacente o Risco de hemorragia (ICN, 2019), sendo que, implementávamos intervenções como: desclampar o cordão umbilical após a secção do mesmo, para permitir a drenagem de sangue do cordão; tração controlada do cordão, como forma de controlo do descolamento e de diminuir a perda de sangue associada e realizar a manobra de *Dublin*, durante a expulsão da placenta. Também procedíamos à massagem uterina e administração de ocitocina endovenosa após a saída da placenta, conforme o protocolo do serviço.

Em relação à massagem uterina, tivemos em conta que após a dequitação, esta não se encontra recomendada em mulheres que receberam ocitocina profilática, salvo em casos de hemorragia pós-parto (OMS, 2013). Esta complicação é a maior causa de morbidade e mortalidade materna nos países desenvolvidos e é definida como a perda de sangue superior ou igual a 500 ml nas 24 horas após o parto (OMS, 2014b), tendo como causa mais frequente a atonia uterina. Após a dequitação, para prevenir a hemorragia pós-parto, era iniciada uma perfusão de 10 unidades de ocitocina em perfusão endovenosa conforme protocolo de serviço.

Estivemos também atentos a possíveis complicações como a rotura ou inversão uterina, placenta acreta, retenção de fragmentos de placenta, lacerações do canal de parto e alterações da coagulação. Assim, as nossas intervenções passaram pela vigilância da perda sanguínea, sinais e sintomas de hemorragia (tonturas, cefaleias, palidez da pele e mucosas, hipotensão, taquicardia), involução uterina e formação do globo de segurança de *Pinard*.

O quarto estadio do TP ou período de hemóstase inicia-se imediatamente depois da saída da placenta até duas horas após. Nesse período, mantínhamos a parturiente e o RN sob vigilância, pois é nesta altura que podem ocorrer alterações fisiológicas rápidas e importantes (OMS, 2018b).

Após a saída da placenta realizávamos uma inspeção cuidada da mesma e das membranas, em que observávamos: a integridade, tamanho e forma destas; a presença de dois folhetos (córion e âmnion), reconstruindo a câmara âmnic; o local de inserção do cordão umbilical (central, lateral, marginal, velamentosa); a presença de nós verdadeiros ou falsos no cordão; o número de vasos do cordão (uma veia e duas artérias) e a presença de cotilédones aberrantes. Neste percurso deparámo-nos com cotilédones aberrantes e com calcificações da placenta, bem como membranas fragmentadas em que foi necessário a intervenção da equipa médica que realizou revisão uterina manual.

Posteriormente, examinávamos o canal de parto, e se necessário, procedíamos à correção de lacerações de primeiro ou segundo grau ou realizávamos a episiorrafia. Previamente, informávamos a puérpera sobre o procedimento, pedindo a sua colaboração e consentimento. Antes de iniciarmos o procedimento trocávamos o equipamento de proteção individual, protegíamos a zona perineal, com a colocação de um campo estéril e dispúnhamos todo o material de sutura necessário. A técnica de episiorrafia exigiu o apoio da orientadora de estágio principalmente para nos ajudar a identificar as estruturas do períneo e os planos afetados numa fase inicial do estágio, sendo que esta competência foi alcançada com sucesso através das várias oportunidades de treino existentes ao longo do nosso percurso.

Após esta intervenção procedíamos à verificação da involução uterina e formação do globo de segurança de *Pinard*, realizávamos os cuidados de higiene e conforto à mulher, removíamos o cateter epidural e desenvolvíamos intervenções no domínio do ensinar e instruir sobre os sinais e sintomas de alerta a que deveria estar atenta. A puérpera permanecia no serviço durante as duas horas do período de hemóstase, durante o qual era ainda incentivada a ingerir uma refeição ligeira e depois era transferida para o serviço de puerpério localizado no mesmo piso.

Em suma, a passagem pelo bloco de partos, com todas as atividades realizadas e experiências vividas permitiu-nos adquirir conhecimentos e capacidades que nos permitiram ajudar a nascer, completando assim mais uma etapa do nosso percurso de aprendizagem. Atingimos as competências, através de experiências significativas, vivenciadas sempre de uma forma única, já que cada parto era diferente, de uma mulher singular e de um casal com as suas particularidades, que através do nascimento do seu filho vivenciava a concretização do seu projeto imaginado que agora se tornava real.

2.1. Revisão Integrativa da Literatura: O impacto do plano de parto na tomada de decisão da mulher para a satisfação no parto

As últimas décadas foram marcadas por grandes mudanças na organização do trabalho na área da saúde, determinadas por transformações na cultura das sociedades e no conhecimento individual, bem como pelo desenvolvimento tecnológico e inclusão de métodos cada vez mais avançados para prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias (Danski, Oliveira, Pedrolo, Lind & Johann, 2017). Assim, os enfermeiros são constantemente desafiados a procurar conhecimento científico de modo a promoverem a melhoria da prestação de cuidados. Como utilizadores da investigação, os enfermeiros também geram

conhecimentos, estando habitualmente numa boa posição para providenciar informação pertinente acerca do contexto, dos diferentes sistemas, grupos populacionais e o papel de políticas locais e fatores sociais (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012; Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

A prática baseada na evidência (PBE) aplicada aos cuidados de saúde tem sido reconhecida pelos profissionais de saúde a nível mundial, intensificando a ideia de que a prática clínica deve ser baseada em evidência atual e de alta qualidade. A sua implementação na prática clínica tem sido preconizada de forma a promover a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. A PBE consiste numa abordagem de resolução de problemas no âmbito da decisão e prática clínica que integra o uso da melhor e mais recente evidência disponível combinada com experiência e avaliação clínica, bem como as preferências e valores do utente (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012; Sousa et al., 2018).

A utilização da evidência científica requer habilidades por parte do profissional de saúde, já que exige associar os resultados de pesquisas à prática clínica para a resolução de problemas. Assim, os enfermeiros necessitam de saber como obter, interpretar e implementar a evidência obtida na assistência aos utentes e às suas famílias, tendo em conta, a sua singularidade e preferências dos mesmos (Mendes et al., 2008). Indo de encontro ao supracitado consideramos que a procura da melhor evidência científica na área da enfermagem de saúde materna e obstétrica é o atributo imprescindível para desenvolver uma PBE de modo a adequar ou alterar as práticas quando necessário, para assegurar cuidados de enfermagem de qualidade à mulher/casal/RN e família e obter ganhos em saúde.

Neste contexto, de acordo com o regulamento das competências específicas do EESMO, este é responsável por promover o plano de parto, aconselhar e apoiar a mulher na tomada de decisão e atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado (OE, 2019b). Sendo ainda de referir que a excelência dos cuidados prestados pelo EESMO na sala de partos exige a observação do plano de parto apresentado pelos casais (OE, 2012). No entanto, na realidade dos hospitais portugueses existem ainda algumas dificuldades na aceitação deste instrumento, uma vez que não são utilizados da forma mais eficaz, existindo ainda pouco esclarecimento sobre o que os planos de parto podem proporcionar e como devem ser elaborados e colocados em prática (Lopes, 2016).

Nesta perspetiva, após a análise e reflexão da prática sobre a utilização do plano de parto e a sua implicação na satisfação e tomada de decisão da mulher e tendo constatado que a introdução do plano de parto, no processo de cuidados, era de grande interesse da equipa para ir de encontro às preferências dos casais, sobre a escolha do seu parto, decidimos problematizar a temática em estudo, com a finalidade de contribuir para a tomada de decisão em enfermagem e para a implementação de intervenções adequadas.

Optámos, assim, pela realização de um estudo sob a forma de uma revisão integrativa da literatura, cuja estrutura e desenvolvimento se apresenta em seguida.

2.1.1. Introdução à problemática em estudo

As mulheres sempre planearam o nascimento dos seus filhos, até o parto ser transferido para o hospital, os planos de parto eram feitos com a ajuda de familiares, amigos e outras mulheres experientes. Quando o parto mudou para o meio hospitalar, esta experiência também mudou drasticamente. No hospital as mulheres passaram a estar sozinhas, em ambientes desconhecidos e separadas dos seus filhos. Os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, passaram a ser os detentores da informação e a mulher passou a ser objeto de cuidados especializados, limitando-se a ser uma utente passiva a quem eram realizados procedimentos, sem que a maioria das vezes fosse envolvida ou ouvida na tomada das decisões em relação ao seu parto.

Assim, o plano de parto foi introduzido em torno da década de 1980, num ambiente hospitalar altamente medicalizado, como forma de ajudar as mulheres a comunicar e a expressar os seus desejos com os profissionais de saúde e evitar intervenções médicas desnecessárias (Lothian, 2006). Para além de ser uma ferramenta de comunicação, o plano de parto permite à mulher ter maior autonomia durante o trabalho de parto e parto. Geralmente, quem usa o plano de parto prepara um documento escrito durante a gravidez, que é depois apresentado aos profissionais de saúde no início do trabalho de parto. Este expressa os desejos e preferências físicas, emocionais e relacionadas a intervenções médicas (Anderson et al., 2017).

Em Portugal não existe regulamentação referente à forma de elaboração do plano de parto, visto que este documento é do foro individual. No entanto, tem vindo a ser elaborado com o apoio do EEESMO, no sentido de garantir a real e correta informação adquirida pelo casal relativamente às suas expectativas e desejos apresentados no seu plano de parto, bem como para permitir a sua viabilidade, tendo por base o constante bem-estar materno-fetal (OE, 2012). O EEESMO durante as consultas de vigilância da gravidez e nas aulas de preparação para o parto e parentalidade, tem procurado integrar a discussão do plano de parto de acordo com as competências recomendadas na sua formação, como um instrumento de comunicação durante a gravidez. Aquando da construção do plano de parto têm sido incluídas algumas temáticas como: identificação da grávida; acompanhante significativo; data provável para o parto; hospital de preferência; ruído e luz ambiente; procedimentos que deseja e os que gostaria de evitar durante o parto; tipo de avaliação do

bem-estar fetal; métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor; deambulação; posturas a adotar durante o período de dilatação e durante o período expulsivo; procedimentos durante o nascimento; contacto pele a pele; amamentação e cuidados imediatos ao RN. Todas estas temáticas devem ser analisadas entre o casal e o EESMO, tendo em conta os valores e crenças da mulher/casal. Porém, o plano de parto deve ser muito mais do que a elaboração de uma lista de opções e escolhas, deve refletir um envolvimento pessoal que confira confiança ao casal, permitindo criar um ambiente de segurança que culmine com uma experiência satisfatória (Lopes, 2016; OE, 2015).

O plano de parto está inserido numa posição de destaque entre as condutas que devem ser encorajadas durante a gravidez, segundo a OMS. Contudo, mesmo sendo reconhecido há muitos anos, o plano de parto ainda é desvalorizado ou desconhecido por muitos profissionais de saúde, fazendo com que a sua utilização não aconteça (Mouta et al., 2017).

Os defensores do plano de parto consideram que este permite à mulher sentir-se empoderada, tornando-se protagonista do seu próprio parto e com uma maior sensação de controlo sobre a situação, levando a uma maior satisfação com a experiência do parto. No entanto, os profissionais de saúde mantêm-se ambivalentes em relação a esta ferramenta, com alguns a apoiar a sua utilização e outros que consideram que o plano de parto cria expectativas irrealistas para um processo imprevisível (Anderson et al., 2017). O uso do plano de parto é assim criticado por diversas razões, nomeadamente o facto de por vezes o casal se tornar inflexível quando é necessário fazer alguma alteração ao plano, bem como, com frequência muitos planos de parto contêm informação desatualizada ou num tom defensivo (Kaufman, 2007).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015) o plano de parto é uma ferramenta valiosa para o EESMO, particularmente quando este não conhece antecipadamente a mulher/casal, permitindo uma assistência individualizada e o envolvimento do acompanhante.

Durante o decorrer do estágio no bloco de partos e tendo em conta as mulheres que acompanhámos, deparámo-nos com pouquíssimos casos de grávidas que deram entrada com plano de parto e que o partilharam com a equipa de enfermagem, sendo perceptível que esta ferramenta não era utilizada nem conhecida pela maioria das mulheres. Para além disso, os profissionais de saúde também demonstravam alguma relutância quanto à sua utilização, não valorizando ou discutindo o plano de parto com a grávida/casal no momento de admissão. Posto isto, apesar do uso do plano de parto ser atualmente recomendado e existir um modelo padrão elaborado pela ULSM, verifica-se que este ainda levantava grandes dúvidas entre os profissionais de saúde e era desconhecido por muitas das mulheres grávidas.

Face ao exposto, a escolha e pertinência deste tema justifica-se pelo facto de este ser um assunto pertinente e atual, em debate na prática clínica do EESMO, nos meios hospitalares e na população em geral, mas que é ainda pouco explorado pelas mulheres

grávidas. Neste sentido definimos como objetivo para este estudo compreender o contributo do recurso ao plano de parto para a satisfação e tomada de decisão da mulher, durante o trabalho de parto e parto.

2.1.2. Metodologia

A PBE tem aumentado a necessidade e a produção de todos os tipos de revisões sistemáticas da literatura, nomeadamente as revisões integrativas. A revisão integrativa da literatura (RIL) é um método específico de pesquisa, que resume o passado da literatura empírica, ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um determinado tema, permitindo a combinação de diversas metodologias. Esta tem o potencial de desempenhar um papel importante na PBE em enfermagem, visto que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Permitem a síntese do conhecimento atual sobre um determinado assunto, além de indicar lacunas no conhecimento que precisam de ser colmatadas com a realização de novos estudos (Mendes et al., 2008; Sousa, Marques-Vieira, Severino & Antunes, 2017).

Este método de investigação requer a formulação de um problema, a pesquisa da literatura, a avaliação e análise de dados e a apresentação dos resultados. A RIL é considerada uma das melhores formas de dar início a um estudo, em que o objetivo é encontrar as semelhanças e as diferenças entre os artigos encontrados, permitindo a procura, a avaliação e a síntese da evidência científica disponível sobre um tema, que neste caso é a utilização do plano de parto e o seu impacto na satisfação e tomada de decisão da mulher, em que o produto final é a obtenção de conhecimento e a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados (Sousa et al., 2017).

Para elaborar uma RIL relevante que pode levar à implementação de intervenções eficazes no cuidado aos utentes, é necessário que as etapas a serem seguidas estejam claramente descritas, sendo preciso percorrer seis etapas distintas que estão bem definidas na literatura, nomeadamente: identificação do tema e seleção da questão ou hipótese de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão/ síntese do conhecimento (Botelho, Cunha & Macedo, 2011).

A procura de evidência científica requer uma adequada definição da questão de investigação e a criação de uma estrutura lógica para a pesquisa bibliográfica, que facilitem e maximizem o alcance da pesquisa. Assim, a PBE propõe que os problemas clínicos sejam

decompostos e a seguir organizados utilizando-se a estratégia PICO, que representa um acrónimo para Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes* (resultados), sendo estes quatro componentes os elementos fundamentais da questão de pesquisa (Santos, Pimenta & Nobre, 2007; The Joanna Briggs Institute, 2014). No caso da pesquisa qualitativa, como a RIL, a formulação da pergunta é feita pelo acrónimo PICo, em que P corresponde aos participantes, I de fenómeno de interesse e Co ao contexto do estudo (Karino & Felli, 2012). Assim, segundo a aplicação da estratégia PICo à temática em estudo, os participantes são as parturientes, o fenómeno de interesse é o contributo do plano de parto na satisfação e tomada de decisão da mulher e o contexto do estudo corresponde ao trabalho de parto e parto.

Em seguida foi formulada a nossa questão de investigação: Qual o contributo do plano de parto na satisfação e tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto e parto?

Após a elaboração da questão de partida foram selecionados os descritores MeSH relacionados com cada um dos componentes da estratégia PICo, sendo estes: *birth plan*, *labor*, *delivery*, *satisfaction* e *empowerment*, foram ainda utilizados os delimitadores booleanos AND (combinação restritiva) e OR (combinação aditiva) que permitem realizar combinações dos descritores na pesquisa e foi também usado o símbolo “”, para permitir a pesquisa de frases, séries ou palavras específicas.

A pesquisa bibliográfica de artigos foi realizada nas bases de dados *The Cochrane Library*, *PubMed* e *Nursing Reference Center* e em agregadores de conteúdo científico, tais como, a plataforma *EBSCOhost web* que engloba bases de dados como: *Academic Search Complete*; *CINAHL Complete*; *CINAHL Plus with Full Text*; *MedicLatina*; *MEDLINE with Full Text*; *MEDLINE* e *ERIC*.

A próxima etapa foi definir os critérios de inclusão e exclusão dos artigos selecionados. Portanto, os critérios de inclusão foram: estudos publicados entre 2014 e 2020, idioma português ou inglês e texto completo. Relativamente aos critérios de exclusão foram: artigos que não abordavam a temática em estudo e artigos não indexados às bases de dados das ciências da saúde. Foi ainda dada preferência aos estudos de elevado nível de evidência.

2.1.3. Apresentação e Discussão de Resultados

Na terceira etapa da RIL são definidos os estudos pré-selecionados, através da leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações localizadas

pela estratégia de busca, para posteriormente verificar a sua adequação aos critérios de inclusão. Nos casos em que o título, o resumo e as palavras-chave não são suficientes para selecionar os estudos, faz-se a leitura do artigo na íntegra (Botelho et al., 2011).

Inicialmente através da pesquisa nas bases de dados já mencionadas, obtivemos 169 artigos que após limitação temporal restaram 54 artigos, sendo que 19 destes eram estudos repetidos e 6 não cumpriam os restantes critérios de inclusão, restando assim 29 artigos. Após a análise dos títulos e resumos foram pré-selecionados 13 artigos para leitura integral e destes foram selecionados seis.

A quarta etapa tem por objetivo sumarizar e documentar as informações retiradas dos artigos encontrados nas fases anteriores, sendo que esta documentação deve ser organizada de forma concisa. De entre as informações obtidas nos artigos, deve fazer parte o tamanho da amostra, a metodologia, mensuração de variáveis, o método de análise, a teoria ou conceitos base utilizados. Ainda durante esta etapa os estudos foram categorizados de acordo com o seu nível de evidência, segundo o modelo elaborado pelo Joanna Briggs Institute que permite avaliar a viabilidade, a adequação, a significância e a eficácia de vários tipos de artigos (Sousa et al., 2017; The Joanna Briggs Institute, 2014). Este modelo dispõe de cinco níveis de evidência, sendo eles: nível I que corresponde aos desenhos experimentais; nível II desenhos quasi-experimentais; nível III estudos observacionais analíticos; nível IV estudos observacionais descritivos e nível V corresponde a opiniões de peritos e de consenso (The Joanna Briggs Institute, 2013). Neste sentido foi utilizada a matriz síntese, que se encontra de seguida no “QUADRO 3 - Matriz síntese dos artigos selecionados” como forma de organizar e extrair os dados relevantes (Botelho et al., 2011).

QUADRO 3: Matriz síntese dos artigos selecionados

Título	Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review
Autor	Mirghafourvand, M., Mohammad Alizadeh Charandabi, S., Ghanbari-Homayi, S., Jahangiry, L., Nahae, J., & Hadian, T.
Ano e Local de publicação	2019 - Irão
Desenho do estudo e Nível de Evidência (NE)	Revisão sistemática NE: I
Objetivo	Avaliar se os planos de parto em comparação com a abordagem padrão ou de rotina durante o trabalho de parto afetam a experiência do parto ou a satisfação com o mesmo.
Metodologia	<p>A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: <i>Cochrane Library, Web of Science, MEDLINE, Embase, CINAHL, Scopus, PsycINFO, ACP Journal Club, Google Scholar</i> e nas bases de dados persas (<i>SID, Magiran e Barakat</i>) até 10 de fevereiro de 2018.</p> <p>Critérios de inclusão: Idioma inglês e persa; Estudos randomizados controlados e estudos quasi-experimentais que comparavam o uso do plano de parto com a abordagem de rotina durante o trabalho de parto e em que a experiência do parto era o resultado avaliado.</p> <p>Critérios de exclusão: artigos duplicados, revisões sistemáticas, estudos de caso-controle, estudos cohort e cartas ao editor.</p>

	Foram incluídos três ensaios clínicos (1132 mulheres), sendo eles um estudo randomizado controlado e dois estudos quasi-experimentais.
Resultados	<p>No estudo randomizado feito com 330 mulheres nulíparas em Taiwan, as experiências de parto no grupo de intervenção foram significativamente maiores do que no grupo de controle.</p> <p>Outro dos estudos com 260 nulíparas no Egito refere que as mulheres do grupo com plano de parto tiveram uma experiência mais positiva do que as mulheres do grupo de controle.</p> <p>O último estudo, realizado na Suécia com 542 mulheres grávidas não encontrou diferenças significativas na experiência de parto entre as mulheres com plano de parto e as do grupo de controle.</p>
Conclusões	<p>Não há forte evidência que diferencie as posições a favor ou contra o efeito do plano de parto na experiência do parto ou na satisfação das mulheres.</p> <p>A recomendação deste estudo é que sejam realizados ensaios clínicos com metodologias rigorosas limitando o viés em relação ao efeito do plano de parto sobre as experiências do parto.</p>

Título	Effect of Implementing A Birth Plan on Women's Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes
Autor	Farahat, A. H., El Sayed Mohamed, H., Elkader, S. A., & El-Nemer, A.
Ano e Local de publicação	2015 - Egito
Desenho do estudo e	Estudo quasi-experimental

Nível de Evidência (NE)	NE: II
Objetivo	Implementar um plano de parto e avaliar o seu efeito na experiência de parto das mulheres e nos resultados maternos e neonatais.
Metodologia	<p>O estudo foi realizado no departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário de Mansoura durante o período de fevereiro a outubro de 2013.</p> <p>Este estudo incluiu um grupo de 37 profissionais de saúde e 260 mulheres grávidas, selecionadas de forma randomizada, em que 130 destas fizeram parte do grupo de intervenção que utilizou o plano de parto durante o trabalho de parto e as restantes 130 mulheres fizeram parte do grupo de controlo, recebendo os cuidados de rotina.</p> <p>Crítérios de inclusão: mulheres primíparas; idade gestacional entre as 36 e 42 semanas; idade igual ou superior a 18 anos; gravidez de baixo risco; mulheres capazes de ler e escrever e que aceitassem participar no estudo.</p> <p>A colheita de dados foi realizada em três partes: 1) Colheita de dados sociodemográficos; 2) Preenchimento de um documento com as suas expetativas para o parto e 3) Questionário de satisfação com o parto baseado na escala validada de <i>Mackey</i> que mede o grau de satisfação da mulher com a sua experiência de parto. Foi ainda realizada entrevista semiestruturada com os profissionais de saúde e elaborada uma lista baseada na observação para avaliar os resultados maternos e neonatais.</p>
Resultados	<p>As mulheres no grupo de intervenção tiveram uma média mais alta relativa à satisfação e experiências positivas de trabalho de parto e parto em comparação com as do grupo de controlo.</p> <p>As causas mais significativas de satisfação encontradas neste estudo foram relacionadas com o atendimento prestado e com a boa comunicação, seguido do suporte obtido durante o parto.</p>

Conclusões	O plano de parto teve um efeito positivo no tipo de parto (redução de cesarianas), na diminuição significativa do nível de dor e na melhoria do índice de apgar do recém-nascido bem como, houve um nível elevado de satisfação no grupo de intervenção após o uso do plano de parto.
-------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Título	Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction
Autor	Mei, J. Y., Afshar, Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J., & Esakoff, T. F.
Ano e Local de publicação	2016 - Califórnia
Desenho do estudo e Nível de Evidência (NE)	Estudo de coorte prospectivo NE: III
Objetivo	Categorizar os pedidos feitos nos planos de parto individuais e determinar se o número de pedidos está associado à satisfação com a experiência do parto.
Metodologia	As participantes foram mulheres com plano de parto, previamente escrito, no momento de admissão num serviço de trabalho de parto e parto de um hospital em Los Angeles, obtendo um total de 109 mulheres. Critérios de inclusão: gravidez única; mais de 34 semanas de gestação; feto em apresentação cefálica; desejo em ter um parto vaginal.

	<p>Critérios de exclusão: tentativa de parto vaginal após cesariana; restrição do crescimento intrauterino; anomalias fetais; morte fetal intrauterina; anomalias uterinas ou suspeito de descolamento da placenta e contra-indicações para parto vaginal.</p> <p>Cada plano de parto foi analisado e foi feita uma lista dos pedidos feitos no plano de parto e o número de pedidos efetuados, tendo sido documentados 23 pedidos diferentes. Após o parto, as participantes completaram um documento de avaliação da sua satisfação com a experiência de parto.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Entre os pedidos feitos com maior frequência estiveram: não pretender analgesia endovenosa; desejo de amamentar em exclusivo; não querer epidural; evitar episiotomia; não querer parto vaginal instrumentalizado; não aplicar pomada oftálmica de eritromicina no RN e não realizar rotura artificial de membranas.</p> <p>Baseado nas respostas do inquérito de satisfação realizado no pós-parto, ter uma grande percentagem dos pedidos aceites esteve correlacionado com uma maior satisfação geral, sensação de que as suas expectativas em relação à experiência de parto foram atingidas e um sentimento de ter maior controlo sobre a situação.</p>
<p>Conclusões</p>	<p>Ter a maior parte das suas solicitações atendidas foi positivamente associado à satisfação com a experiência do parto, no entanto, ter uma lista extensa de pedidos afetou negativamente a satisfação com a experiência do parto.</p> <p>Segundo este estudo o trabalho futuro deve concentrar-se na identificação de fatores que tornam os planos de parto eficazes em determinadas situações e prejudiciais noutras, permitindo assim que os planos de parto iniciem discussões sobre o complexo processo de parto de uma maneira que beneficie positivamente as mulheres e os profissionais de saúde.</p> <p>É necessário realizar mais pesquisa para entender como melhorar a satisfação com a experiência do parto relacionada com o plano de parto.</p>

Título	Birth plans—Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study
Autor	Afshar, Y., Mei, J. Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J., & Esakoff, T. F.
Ano e Local de publicação	2017 - Califórnia
Desenho do estudo e Nível de Evidência (NE)	Estudo de coorte prospetivo NE: III
Objetivo	Examinar se a presença de um plano de parto está associada ao tipo de parto, às intervenções obstétricas realizadas e à satisfação da mulher.
Metodologia	<p>Estudo realizado entre setembro de 2013 a julho de 2014 num hospital de Los Angeles.</p> <p>Critérios de inclusão: gravidez única; idade gestacional superior a 37 semanas; feto em apresentação cefálica e parto vaginal planejado.</p> <p>Critérios de exclusão: cesariana anterior; restrição de crescimento intrauterino; anomalias fetais; morte fetal intrauterina; malformações uterinas; risco de descolamento da placenta e contra-indicações para parto vaginal.</p> <p>Este estudo incluiu um grupo de mulheres que foi admitida na unidade de trabalho de parto e que tinha um plano de parto (143 participantes) e um grupo de controlo com mulheres admitidas na unidade de trabalho de parto, mas sem plano de parto (157 participantes).</p>

	<p>Após o parto, no dia zero, as participantes completaram um questionário de satisfação para avaliar a sua experiência de parto, tendo em conta três parâmetros: satisfação geral com a experiência de parto, se a experiência de parto foi de encontro às suas expectativas e se se sentiram em controlo com a sua experiência de parto.</p>
Resultados	<p>Não houve diferença significativa no risco de cesariana entre as mulheres com plano de parto em comparação com as sem plano de parto.</p> <p>As mulheres com plano de parto tiveram menos intervenções obstétricas durante o trabalho de parto, tendo 28% menos probabilidade de receber ocitocina, 29% menos probabilidade de rutura artificial das membranas e 31% menos probabilidade de realizar epidural.</p> <p>Ainda de referir que as mulheres com plano de parto tiveram menos probabilidade de que os seus recém-nascidos recebessem profilaxia de vitamina K e pomada oftálmica com eritromicina.</p> <p>As mulheres com plano de parto ficaram menos satisfeitas e sentiram-se menos em controlo com a sua experiência de parto do que aquelas sem um plano de parto.</p>
Conclusões	<p>Embora tenham tido menos intervenções obstétricas e tenham recebido cuidados consistentes com os seus pedidos, as mulheres com plano de parto ficaram menos satisfeitas com a sua experiência de parto em comparação com as mulheres sem plano de parto.</p> <p>É necessário realizar mais estudos para entender como se pode melhorar a satisfação relacionada com o recurso ao plano de parto para uma experiência positiva de parto.</p>

Título	Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands
Autor	Jolles, M. W., de Vries, M., Hollander, M. H., & van Dillen, J.
Ano e Local de publicação	2019 - Holanda
Desenho do estudo e Nível de Evidência (NE)	Estudo retrospectivo NE: III
Objetivo	Avaliar o uso do plano de parto na Holanda.
Metodologia	<p>Estudo realizado durante o ano de 2017 num hospital académico holandês.</p> <p>Critérios de inclusão: todas as mulheres que tiveram um parto no hospital indicado, com idade gestacional superior a 34 semanas.</p> <p>Critérios de exclusão: mulheres transferidas para o hospital mencionado após o parto, antecedentes psiquiátricos e morte fetal intrauterina.</p> <p>Cumpriram critérios 1159 mulheres, das quais 402 tinham um plano de parto.</p> <p>Foi procurado nos registos médicos das mulheres a presença de um plano de parto e foram colhidos dados sociodemográficos, condições médicas e obstétricas e dados de satisfação. A satisfação avaliada no pós-parto, através de inquérito ou por telefone, foi registada numa escala de zero a dez.</p>
Resultados	O plano de parto foi encontrado em 34,7% das mulheres.

	<p>As mulheres com um plano de parto eram em média mais velhas, primíparas, de etnia holandesa, mais propensas a ter um histórico médico relevante, uma condição psicológica ou terem realizado tratamentos de fertilidade.</p> <p>No total 39,3% das mulheres registaram um score maior ou igual a nove na satisfação pós-parto. No entanto, não se verificaram diferenças relativas à satisfação nas mulheres com plano de parto em comparação com as mulheres sem plano de parto.</p> <p>Mulheres com plano de parto e trabalho de parto espontâneo registaram valores mais altos de satisfação.</p>
Conclusões	Embora os planos de parto sejam recomendados para todas as mulheres grávidas, isso ainda não é uma prática diária, sendo necessário implementar estratégias para aumentar a adoção dos planos de parto.

Título	Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process
Autor	Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E.
Ano e Local de publicação	2015 - Espanha
Desenho do estudo e Nível de Evidência (NE)	Estudo observacional coorte NE: III
Objetivo	Conhecer, analisar e descrever a situação atual dos planos de parto e nascimento, comparando o processo de parto e nascimento entre mulheres que apresentaram plano de parto e nascimento e as que não o fizeram.

<p>Metodologia</p>	<p>O estudo foi realizado entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012 e as participantes foram todas as mulheres que tiveram um parto no Hospital Clínico Universitário Virgen de la Arrixaca durante este período.</p> <p>Critérios de inclusão: mulheres que tiveram um parto no hospital acima referido durante o período já indicado.</p> <p>Critérios de exclusão: cesariana programada; parto antes das 37 semanas de gestação; morte fetal; gravidez múltipla; preenchimento incorreto dos registos da sala de parto.</p> <p>Foram incluídas no estudo 9303 mulheres, sendo que destas 240 tinham um plano de parto no momento de admissão.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Na comparação do processo de parto e o seu desfecho entre as mulheres com plano de parto e nascimento e o total de partos ocorridos, a análise revelou diferenças significativas em sete variáveis.</p> <p>A utilização do plano de parto e nascimento esteve positivamente relacionada com o aumento do contacto pele a pele, clampagem tardia do cordão umbilical, uma maior taxa de partos eutócicos, escolha da posição adotada durante o período de dilatação e período expulsivo, ingestão de alimentos ou líquidos durante o trabalho de parto e uso de enemas e depilação perineal quando requisitados pela mulher.</p>
<p>Conclusões</p>	<p>O plano de parto e nascimento influencia positivamente o processo de parto e os seus desfechos, potencializando as dimensões de segurança, eficácia e satisfação da mulher, bem como o seu empoderamento.</p> <p>É necessário criar políticas de saúde para a disseminação desta ferramenta e aprimorar a utilização do plano de parto e nascimento entre as mulheres grávidas, sendo o EESMO o profissional competente para acompanhar a mulher/casal durante a elaboração deste documento.</p>

A quinta etapa da RIL diz respeito à discussão sobre os artigos selecionados. Nesta etapa é feita a interpretação dos dados obtidos e com isso é possível identificar falhas de conhecimento e sugerir áreas para futuras pesquisas (Botelho et al., 2011).

Através da análise dos artigos selecionados, foi possível percebermos que existem dados pertinentes para dar resposta à questão de investigação desta RIL. Assim sendo, entre os seis artigos analisados verificaram-se algumas disparidades entre os resultados e conclusões obtidas nos estudos, visto que alguns referem um efeito positivo do plano de parto na satisfação da mulher, enquanto outros não verificaram evidências significativas relativas à utilização desta ferramenta.

Na revisão sistemática de Mirghafourvand et al. (2019) concluiu-se que não há evidências suficientes para apoiar ou refutar que o plano de parto pode melhorar a experiência do parto ou a satisfação com o mesmo. Neste estudo foram analisados três ensaios clínicos, dos quais dois referem uma experiência de parto mais positiva no grupo de mulheres com plano de parto em comparação com as mulheres sem. Já o outro artigo refere que não existiram diferenças significativas entre o grupo de mulheres com plano de parto e o grupo de controlo.

Também o estudo retrospectivo de Jolles, de Vries, Hollander e van Dillen (2019), realizado na Holanda, em que foram incluídas 1150 mulheres e analisados 402 planos de parto concluiu que não houve diferença na satisfação entre o grupo de mulheres com plano de parto e o grupo sem plano de parto. A presença de um plano de parto nos registos foi de 34,7% entre o total de mulheres que cumpriram os critérios de inclusão. Neste estudo a satisfação total foi elevada nos dois grupos, tendo sido encontrada diferença apenas nas mulheres que entraram em trabalho de parto de forma espontânea e que tinham plano de parto, pois apresentaram níveis de satisfação mais elevados quando comparadas com o grupo de mulheres sem plano de parto.

No estudo realizado por Afshar, Mei, Gregory, Kilpatrick e Esakoff (2017) a satisfação e sensação de controlo das mulheres com o plano de parto foi inferior ao grupo de mulheres sem plano de parto, apesar de que no grupo com plano de parto foram realizadas menos intervenções obstétricas, tais como a rotura artificial de membranas, uso de ocitocina e uso de epidural. Este resultado vai de encontro à ideia que o objetivo dos planos de parto é promover a comunicação, não criar atritos entre a mulher e os profissionais de saúde, sendo que, para que o plano de parto traga benefícios para a mulher são necessárias discussões flexíveis. Mais importante do que o plano de parto em si e o cumprimento das preferências documentadas é a oportunidade que este cria para discutir as opções que a mulher dispõe durante o trabalho de parto.

Um dos estudos incluídos nesta RIL que demonstra efeitos positivos do plano de parto na satisfação da mulher durante o trabalho de parto é o de Mei et al. (2016) que concluiu que ter um maior número das preferências atendidas foi positivamente associado

à satisfação e sensação de estar em controlo com a experiência de parto. No entanto, um grande número de pedidos foi inversamente associado à satisfação com a experiência de parto. Neste estudo foram analisados 109 planos de parto e identificados 23 pedidos, tais como não querer analgesia endovenosa, ocitocina, epidural, rotura artificial de membranas, episiotomia, parto instrumentado, profilaxia do RN com vitamina K ou aplicação de pomada oftálmica, bem como, pretender amamentar em exclusivo, adotar diferentes posições durante o trabalho de parto e parto, clampagem tardia do cordão umbilical, monitorização fetal intermitente, privacidade e exames vaginais ao mínimo. Os autores defendem que dado que o número total de pedidos e a quantidade de pedidos que são cumpridos no plano de parto parece afetar significativamente a satisfação com a experiência de parto, a comunicação proactiva com as mulheres pode ser útil para ajudar a facilitar e aumentar a consciencialização destas sobre a capacidade de resposta da equipa durante o trabalho de parto.

Mirghafourvand et al. (2019) vão de encontro ao acima descrito, referindo que um grande número de pedidos parece estar associado a uma redução na satisfação com a experiência de parto, considerando que isso pode ser devido ao facto de que mais pedidos significam expectativas mais elevadas por parte das mulheres e, assim, caso estas não sejam atendidas, levar a uma menor satisfação com o seu trabalho de parto. Outra razão pode estar relacionada com o facto de que alguns dos pedidos feitos pelas mulheres podem ser considerados incoerentes com as perspetivas médicas. Expectativas irracionais e pedidos desinformados por parte das mulheres podem levar ao fracasso do plano de parto e fazer com que os profissionais de saúde criem uma atitude negativa em relação a este.

O estudo quasi-experimental de Farahat, El Sayed Mohamed, Elkhader e El-Nemer (2015) chegou à conclusão que o grupo de intervenção que recebeu cuidados de acordo com o plano de parto demonstrou uma satisfação com a sua experiência de parto estatisticamente maior do que o grupo de controlo. Entre as causas de satisfação descritas pelas mulheres encontra-se o atendimento prestado e a boa comunicação, seguido do suporte durante o parto. Para além da satisfação, neste estudo o plano de parto também teve um efeito positivo na experiência de parto e nos resultados maternos e neonatais, nomeadamente, teve um efeito positivo no tipo de parto, reduzindo a taxa de cesarianas, na diminuição do nível de dor e uma melhoria na pontuação de apgar do RN.

Um estudo que corrobora o acima descrito é o de Suárez-Cortés, Armero-Barranco, Canteras-Jordana e Martínez-Roche (2015) que consideram que o plano de parto influencia positivamente o processo de parto e o seu desfecho, potencializando as dimensões de segurança, eficácia e satisfação da mulher, bem como o seu empoderamento. Este estudo analisou 9303 trabalhos de parto durante um período de dois anos, dos quais 240 tinham plano de parto. Entre as variáveis analisadas foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos no contacto pele a pele, escolha das posições durante o período de

dilatação e período expulsivo, utilização de enema, ingestão de alimentos e líquidos, partos eutócicos, clampagem tardia do cordão umbilical e depilação perineal.

Uma característica relevante encontrada nos estudos de Afshar et al. (2017) e Jolles et al. (2019) foi que as mulheres com plano de parto eram em média mais velhas e primíparas quando comparadas com as mulheres sem plano de parto.

Mei et al. (2016) referem que uma vez que existe uma grande variação na preparação do plano de parto e um grande número de solicitações pode estar associado a satisfação reduzida, pode ser útil estabelecer uma abordagem universal para a criação e implementação de planos de parto, como o estabelecimento de um documento padronizado usado sistematicamente entre as instituições. Jolles et al. (2019) reforçam essa sugestão recomendando que a presença de um plano de parto seja um item obrigatório nos registros da mulher.

Farahat et al. (2015), Jolles et al. (2019) e Suárez-Cortés et al. (2015) consideram que o EESMO tem um papel relevante na implementação do plano de parto, sendo o profissional competente para acompanhar a mulher durante a elaboração deste documento. É assim necessário aumentar a consciencialização dos profissionais de saúde que acompanham as mulheres durante a vigilância pré-natal e durante o trabalho de parto sobre o uso adequado do plano de parto, de forma a aumentar o nível de satisfação das mulheres e melhorar os resultados maternos e neonatais.

2.1.4. Conclusão

A realização desta RIL revelou-se essencial para o desenvolvimento de competências no domínio da investigação em enfermagem e na área da saúde materna e obstétrica. Os enfermeiros e em especial os EESMO são deparados com a necessidade constante de procurar conhecimento científico, tendo como base a PBE, essencial na tomada de decisões durante a prática clínica. Outro aspeto que concluímos foi a importância da utilização da PBE no processo de formação e atualização dos enfermeiros, tendo em vista a evolução da enfermagem e da saúde.

A escolha deste tema, o plano de parto e o impacto na satisfação e tomada de decisão da mulher durante o seu trabalho de parto e parto é de extrema importância, uma vez que, o foco dos nossos cuidados é a mulher/casal e o RN, e, portanto, estes devem estar envolvidos e ter um papel ativo nos cuidados que lhes são prestados, tendo em conta as suas preferências, cultura e valores.

No conjunto dos artigos analisados concluímos que a utilização do plano de parto com o objetivo de aumentar a satisfação e a tomada de decisão da mulher é ainda uma temática pouco investigada, sendo necessário a realização de ensaios clínicos com metodologias rigorosas, limitando o viés em relação ao efeito do plano de parto sobre as experiências do parto e a satisfação da mulher.

A diferença encontrada nas metodologias adotadas, nos estudos analisados, nesta RIL dificulta a generalização de resultados. Outra limitação foi o tamanho da amostra dos estudos incluídos, que também limita os resultados e conclusões obtidas. Assim, a qualidade da evidência disponível não permite conclusões robustas sobre a utilização do plano de parto, como estratégia, para aumentar a satisfação da mulher.

As investigações futuras devem concentrar-se na identificação de fatores que tornam os planos de parto eficazes em determinados casos e prejudiciais noutros, permitindo, assim, que os planos de parto iniciem discussões sobre o complexo processo de parto de uma maneira que beneficie positivamente as mulheres e os profissionais de saúde. Concluímos, também que são necessárias mais pesquisas para determinar a causa do baixo número de planos de parto e é necessário criar políticas de saúde para a divulgação destas ferramentas e aprimorar a utilização do plano de parto entre as grávidas.

Através da análise feita aos artigos compreendemos que o plano de parto em si, como um documento, não é suficiente para melhorar a satisfação e tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto e parto, sendo que o seu principal objetivo passa por melhorar a comunicação entre a mulher e o profissional de saúde. Esta melhoria na comunicação proporciona às mulheres com plano de parto uma experiência de parto realmente satisfatória, tal como pretendem. Os benefícios reais dos planos de parto dependem de flexibilidade e partilha de informações e idealmente estes devem ser usados para permitir uma tomada de decisão conjunta e necessitam ser discutidos durante a gravidez e na sala de parto.

Foi perceptível em todos os estudos analisados que apesar do plano de parto ser uma estratégia recomendada mundialmente, a sua utilização e aceitação ainda é escassa e, portanto, isso reflete-se nos estudos disponíveis. Para adotar a recomendação de um plano de parto para todas as mulheres, são necessárias estratégias de implementação para avaliar não apenas o uso dos planos de parto em si, mas também o efeito real dos planos de parto e o conteúdo desses no processo de tomada de decisão.

Em suma, esta investigação permitiu-nos refletir sobre as práticas atuais e incentivar a utilização do plano de parto como uma estratégia que deve ser adequada a cada mulher/casal, sendo que o EESMO assume a responsabilidade de contribuir para a elaboração deste documento para que a mulher tome decisões informadas de acordo com a evidência científica mais atual, no sentido de ir ao encontro às suas expectativas e assim contribuir

para que a mulher/ casal possam vivenciar o seu parto e nascimento como uma experiência positiva e muito satisfatória.

3. O PÓS-PARTO E A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

O desenvolvimento da competência “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potencializar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.” (OE, 2019b, p.13563), foi a finalidade que sustentou o desenvolvimento de competências relativamente a este módulo do estágio de natureza profissional. Este percurso pautou-se pela realização de um conjunto de aprendizagens cujo principal objetivo foi a aquisição de competências necessárias à avaliação, elaboração de processos de diagnóstico e planeamento de cuidados de enfermagem especializados, durante o período pós-parto à mulher, RN e família.

Neste módulo de estágio assumimos a perspetiva de Felgueiras & Graça (2013), de que a transição para a parentalidade é um momento relevante para a intervenção do EESMO, que pode contribuir para que a puérpera/casal experienciem uma transição para a parentalidade mais positiva, sendo capazes de no futuro lidarem com resiliência perante os momentos de crise.

O período pós-parto, denominado de puerpério, pode ser definido como o período que se inicia imediatamente após o nascimento, prolongando-se durante as seis semanas seguintes (Cunningham et al., 2012). Durante esta fase o corpo da mulher recupera gradualmente de todas as modificações ocorridas na gravidez, retomando assim, ao estado não gravídico. O puerpério pode ser dividido em três fases: puerpério imediato que compreende as primeiras 24 horas após o parto; puerpério precoce que decorre durante a primeira semana e puerpério tardio que se estende até às seis semanas após o parto (Graça, 2017).

É, também, um período caracterizado por múltiplas e complexas alterações que decorrem rapidamente, tornando a mulher vulnerável, não só pelos ajustamentos fisiológicos (alterações hormonais bruscas, fadiga, desconforto físico, entre outros), mas também marcado por ajustamentos psicossociais (inexperiência em cuidar do filho, alterações da rotina diária, consolidação da relação mãe/filho, relação conjugal e relacionamento familiar) e neste contexto procuramos ser um agente facilitador desta transição ao delinear estratégias de cuidados e ao selecionar as intervenções mais apropriadas para que a puérpera alcançasse um estado de saúde desejável e uma transição saudável (Felgueiras & Graça, 2013; Meleis, 2010). No entanto, estávamos conscientes que o homem também se vê nesta fase como pai, podendo este ser considerado um ponto de viragem na vida do casal e da família que os rodeia. Este período de desenvolvimento do ciclo vital apresenta, para ambos, tarefas específicas com as quais estes têm que lidar, que

podem ser condicionadas por diversos fatores que podem influenciar, facilitando ou dificultando, a adaptação a esta etapa, entre os quais se destacam os fatores pessoais (significados, expectativas, nível de conhecimento e de capacidade) e os ambientais (nível de planejamento e bem-estar, estatuto socioeconômico e o bem-estar físico e psíquico) (Meleis et al., 2000). Conhecer o processo de transição para a parentalidade pelo qual o sistema familiar está a passar foi essencial para poderemos determinar os fatores que o influenciam e qual o impacto que este pode ter nas suas vidas, no sentido de planejar intervenções que minimizassem experiências que possam gerar tensão nos pais e assim autonomizá-los no exercício da parentalidade (Nyström & Öhrling, 2004).

Do ponto de vista desenvolvimental, durante o puerpério, a mulher/casal encontram-se num dos momentos mais críticos da sua vida, a transição para a parentalidade. Segundo Meleis et al. (2000) a transição para a parentalidade é definida como sendo uma transição desenvolvimental, visto que ocorre durante o desenvolvimento da vida dos indivíduos e requer uma definição ou redefinição dos envolvidos, sendo influenciada por diversas características pessoais como os significados atribuídos à gravidez, à paternidade e ao nascimento, as expectativas, o nível de conhecimento e preparação, planejamento ou não da gravidez e o bem-estar físico e emocional.

A transição para a parentalidade, no que se refere ao tornar-se mãe, abrange três fases distintas: a primeira é caracterizada por comportamentos dependentes, ocorrendo nas primeiras 24 a 48 horas após o parto, tendo como principal foco a satisfação das necessidades básicas da mulher, confiando no seu companheiro, mãe e/ou profissional de saúde para a ajudar, a mulher encontra-se entusiasmada e pretende relatar a sua experiência de parto; a segunda diz respeito ao comportamento dependente-independente, surge ao segundo ou terceiro dia de puerpério e dura entre dez dias a várias semanas. Nesta fase a mulher dá destaque aos cuidados ao seu filho e às suas competências enquanto mãe, pretende assumir a responsabilidade, mas sob orientação dos outros, demonstrando -se mais vulnerável para aprender, sendo esta, a altura ideal para a nossa intervenção; a terceira e última denomina-se de interdependente, uma vez que se centra na interação dos vários elementos da família como unidade, existindo um reajuste dos papéis (Silva & Carneiro, 2014).

Também o papel do homem, que agora é pai, é descrito como essencial por vários autores, uma vez que este também está a vivenciar uma transição, influenciando diretamente a transição que a mulher está a experienciar (Nogueira & Ferreira, 2012). Nesta perspetiva, procurámos promover a ligação pai-filho, pois o envolvimento e integração do companheiro neste processo, desde a gravidez até aos cuidados ao RN, permitem que o pai e o seu filho estabeleçam uma maior ligação. Esta postura vai de encontro às diretrizes do HPH, já que é um Hospital Amigo dos Bebés, pois permite que a mulher seja acompanhada ao longo do seu trabalho de parto, parto e pós-parto, durante 24 horas por dia, por alguém que lhe seja significativo, possibilitando a promoção da Ligação mãe-pai/filho (ICN, 2019).

Constatamos que as mulheres que se encontravam acompanhadas durante o internamento, demonstraram-se menos inseguras e mais satisfeitas com o desempenho do seu papel, já que tinham o apoio de alguém significativo para si.

O internamento no serviço de obstetrícia do HPH, corresponde a um período pré-estabelecido de 48 horas nos casos de partos eutócicos ou distócicos assistidos com recurso a ventosa ou fórceps, sem complicações associadas e de 72 horas nos casos de partos distócicos por cesariana, indo de encontro às normas preconizadas pela OMS (2013b). A curta duração do internamento no serviço de puerpério representa um espaço temporal curto para a prestação de cuidados especializados. Assim, a nossa atenção era dirigida especialmente para as primeiras horas após o parto, tendo em conta os focos de enfermagem referentes às alterações consideradas fisiológicas da díade mãe/bebé, particularmente, a prevenção de complicações pós-parto, o autocuidado e o período inicial da parentalidade. Tendo ainda em conta a situação de cada mulher/casal, o planeamento da alta começava logo que a puérpera e o RN eram admitidos no serviço.

Neste módulo de estágio que decorreu, no serviço de Obstetrícia, cuidamos de 109 puérperas. Destas, 41 foram puérperas de risco. Tivemos também oportunidade de cuidar de 60 RN sem riscos associados e 42 de risco, como se encontra descrito no quadro 4 abaixo identificado.

Total de puérperas: 109		Total de Recém-Nascidos: 102	
Sem risco: 68	Com risco: 41	Sem risco: 60	Com risco: 42

QUADRO 4: Número de puérperas e RN cuidados no serviço de Obstetrícia

Na maioria das vezes, o primeiro contacto com o casal decorreu poucas horas após o parto, ou seja, durante o puerpério imediato. Aquando da sua chegada, focávamo-nos na vigilância e monitorização do estado de saúde da mulher e do RN, dando especial importância às necessidades percecionadas pela puérpera/casal.

Na admissão do casal e RN, a informação transmitida pelo EESMO do Bloco de Partos que transferia a puérpera e o RN, era tida em consideração, registando-se dados como: os antecedentes pessoais e/ou obstétricos relevantes, índice obstétrico, alergias, medicação domiciliária prévia e realizada ao longo da gravidez, hábitos e estilos de vida, grupo sanguíneo e fator Rh, presença ou ausência de SGB, participação ou não em curso de preparação para o parto e parentalidade, contexto do trabalho de parto (duração, medicação administrada, analgesia, rotura de membranas), tipo de parto (data e hora, presença de ferida cirúrgica e/ou laceração, formação do globo de segurança de Pinard, involução uterina, lóquios, complicações). Relativamente ao RN, colhíamos dados como: o

sexo, peso, perímetro cefálico, comprimento, índice de Apgar, aspeto do coto umbilical, presença de anomalias ou complicações peri-parto, realização de contacto pele a pele, tipo de alimentação e hora a que a efetuou, eliminação vesical e intestinal.

À entrada no serviço era realizado o acolhimento da puérpera/casal e RN e tendo em conta o estado geral da puérpera, era-lhes apresentado o serviço, informando sobre os recursos disponíveis, bem como as normas da unidade e horário de visitas. Após instalados no seu quarto, procedíamos à consulta do processo clínico da puérpera e do RN, com o objetivo de proceder à colheita de dados necessários à avaliação inicial para posterior formulação do processo diagnóstico.

A avaliação inicial da puérpera, aquando da sua admissão no serviço, era realizada também através do exame físico cefalocaudal, repetido em todos os turnos e que avaliava: estado de consciência, parâmetros vitais (tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória, dor e temperatura), pele e mucosas, mamas e mamilos, lóquios (cor, cheiro e quantidade), involução uterina, ferida perineal (episiorrafia ou perineorrafia) se esta existisse, ferida cirúrgica abdominal nos casos de cesariana, eliminação vesical e intestinal e presença de edema do períneo e membros inferiores (Montenegro & Filho, 2014).

Assim, as puérperas davam entrada cerca de duas horas após o parto, encontrando-se visivelmente sensíveis e emocionadas à chegada e com tendência a verbalizar as experiências de gravidez e parto. O parto é algo que acompanha toda a gravidez e puerpério, uma vez que é já antecipado na gravidez sob a forma de expectativas, e continua a ser abordado após o nascimento, na forma de lembranças e sentimentos, fazendo parte da história da mãe/família (Correia et al., 2012).

No decorrer deste estágio deparámo-nos com mulheres e casais satisfeitos e felizes com as suas experiências de parto, visto terem ido de encontro às suas expectativas. No entanto, em outros casos existiam sentimentos ambivalentes ou mesmo a desilusão com a experiência de parto. A avaliação que as mulheres fazem acerca da sua experiência de parto, depende de vários fatores, desde demográficos, obstétricos e psicossociais como: idade, paridade, antecipação do parto, tipo de parto, analgesia de parto, participação ativa nas decisões médicas, expectativas prévias, fatores psicológicos, suporte de pessoas significativas e atitudes dos profissionais de saúde. Posto isto, implementamos intervenções no domínio de escutar e orientar para compreender os sentimentos e emoções que a puérpera estava a experienciar, para que esta os verbalizasse, aceitasse e ultrapassasse, conseguindo perceber uma experiência positiva e assim, facilitar o processo de transição para a parentalidade (Sousa, 2015).

O estado geral e os sinais vitais da puérpera foram monitorizados no período pós-parto imediato pela possibilidade de existirem complicações, destacando-se o Risco de Hemorragia (ICN, 2019), visto que as perdas sanguíneas abundantes caracterizam-se por palidez, taquicardia, taquipneia e hipotensão (Graça, 2017). No entanto, há que ter em

consideração que os sinais vitais poderão manter-se estáveis se a hemorragia for intermitente ou tardia, ligeira ou moderada, pelo que a sua deteção passa pela descida dos valores do hematócrito e pelos sinais expressados pela puérpera como a palidez, taquicardia, vertigens e sensação de fraqueza na posição supina. Nas puérperas com antecedentes de hipertensão crónica, gestacional ou pré-eclâmpsia a vigilância da tensão arterial era importante para detetar situações de hipertensão.

A eliminação urinária foi um dos nossos focos de atenção, associada ao Risco de retenção urinária (ICN, 2019), devido aos traumatismos causados pelo parto, aumento da capacidade vesical e fármacos administrados durante o TP e parto. Nos casos de retenção urinária, o aumento da bexiga pode levar à ocorrência de atonia uterina, durante as primeiras horas após o parto, e conseqüentemente hemorragia, e ainda ao risco de infeção urinária (Johnson, 2011). Após o parto vaginal ou após remoção de cateter vesical vigiávamos se a puérpera urinava espontaneamente nas primeiras seis a oito horas (Moisés, Brito, Duarte & Freitas, 2011), A nossa intervenção consistia na vigilância da primeira micção espontânea, bem como a observação das características e quantidade da urina e o desconforto da mulher ao urinar. No entanto, a diminuição do tónus vesical, o edema causado pelo traumatismo ou o medo do desconforto poderão resultar na incapacidade de a puérpera urinar espontaneamente (Lowdermilk & Perry, 2008). Na ausência de micção espontânea implementávamos intervenções como: a audição da queda de água, o contacto com água morna e colocar água no períneo.

No decorrer deste estágio estas intervenções foram suficientes, não tendo ocorrido nenhuma situação de retenção urinária. Contudo, se se tivesse verificado alguma situação em que a primeira micção não ocorresse até seis horas após o parto, faríamos drenagem vesical com um cateter urinário de forma intermitente. Ainda, nos primeiros dias após o parto vaginal pode ocorrer, de forma transitória, incontinência urinária, visto que os músculos estão mais laxos devido ao aumento do peso corporal decorrente da gravidez, aumentando a pressão sobre os músculos do assoalho pélvico (Rocha et al., 2017). No caso da existência de puérperas com perda involuntária de urina as intervenções implementadas eram a instrução de exercícios promotores de fortalecimento do assoalho pélvico (NICE, 2006).

Por sua vez, a monitorização da temperatura corporal, uma vez por turno, também se revelou importante pelo Risco de infeção (ICN, 2019). Todavia, este parâmetro vital, por vezes, estava ligeiramente aumentado nas primeiras 24 horas após o parto, decorrente dos esforços expulsivos, como tal, eram valorizados apenas os valores acima dos 38°C, que perdurassem por dois dias. Contudo, interessa realçar o facto de estarmos mais atentos a este sinal vital, nos casos em que as mulheres tivessem apresentado elevação da temperatura corporal intraparto (NICE, 2006).

A Dor (ICN, 2019) era outro dos focos da nossa atenção, para além de ser o quinto sinal vital e a sua avaliação era feita todos os turnos, de acordo com a Escala Numérica da

Dor (Graça, 2017). A nossa intervenção variava de acordo com a localização e intensidade da dor, podendo esta ser localizada no períneo, pelo trauma perineal, no abdómen por ferida cirúrgica, nas mamas e/ou mamilos devido à amamentação e músculo-esquelética, pela duração e posicionamento adotados durante o TP e parto. Perante este foco o nosso objetivo foi sempre promover o alívio da dor, através de medidas farmacológicas ou não farmacológicas no sentido de aumentar o bem-estar e o autocuidado da puérpera. No caso de dor perineal observávamos a ferida e inspecionávamos a presença de sinais inflamatórios e se existiam hemorroidas. O método não farmacológico mais frequentemente utilizado no alívio da dor e redução do edema da zona perineal era a crioterapia, através da aplicação de gelo envolto em compressas durante períodos nunca superiores a 15 minutos várias vezes ao dia, visto que auxilia na minimização do processo inflamatório, através da vasoconstrição, diminuindo o edema e a equimose (Nunes & Vargens, 2014). Nos casos em que a dor estava relacionada com a presença de hemorroidas, para além da aplicação de gelo para reduzir o edema e a dor, instruíamos as mulheres a adotarem posições antiálgicas que aliviassem o desconforto, bem como a aplicação de uma pomada anti hemorroidária e laxantes, conforme prescrição médica. Quando estas intervenções não foram suficientes ou foram ineficazes, foi administrada analgesia prescrita.

Nos casos de partos por cesariana, as puérperas apresentavam habitualmente dor abdominal no local da ferida cirúrgica, sendo fundamental a sua monitorização bem como a gestão de analgesia prescrita para o alívio da dor.

Aquando do acolhimento da puérpera, também a pele e as mucosas foram observadas, sendo as estrias um dos motivos de preocupação e desconforto das mulheres, sendo-lhes explicado que estas podiam ser atenuadas na sua intensidade, mas que eram permanentes (Lowdermilk & Perry, 2008). No entanto, o principal motivo da observação da pele e mucosas está relacionado com o despiste da hemorragia pós-parto.

Segundo a OMS (2014b), a hemorragia pós-parto é definida como a perda sanguínea igual ou superior a 500ml que ocorre após a dequitação, até às primeiras 24 horas após o parto, sendo considerada grave se for superior a 1000ml. A atonia uterina é a causa mais comum de hemorragia pós-parto, sendo que o traumatismo do trato genital (lacerações vaginais e cervicais), rutura uterina, retenção do tecido placentário ou distúrbios de coagulação materna também podem levar a hemorragia pós-parto (Cunningham et al., 2012). Alguns dos fatores de risco associados ao risco de atonia uterina são a multiparidade, a gravidez gemelar, a macrossomia associada à distensão abdominal aumentada, o parto precipitado ou prolongado, o uso de anestesia geral e a infeção do líquido amniótico (Montenegro & Filho, 2014). Tendo em vista a prevenção da hemorragia pós-parto, nas primeiras horas após o parto, eram monitorizados os sinais vitais, observada a pele e mucosas, vigiada a involução uterina, identificada a presença de globo de segurança de *Pinard*, observada a ferida perineal ou abdominal e os lóquios (quantidade, cheiro e cor).

A palpação do fundo uterino permitiu-nos detetar precocemente situações de atonia uterina, sendo de esperar que o fundo uterino se encontrasse a rasar a linha umbilical, nas primeiras horas após a dequitação. Após as primeiras 24 horas, o fundo uterino deverá estar abaixo da linha umbilical, sendo este dado relevante para confirmar que a involução uterina estava a decorrer dentro do expectável (Montenegro & Filho, 2014).

A avaliação da involução uterina e a vigilância da presença de globo de segurança de *Pinard* são intervenções recomendadas para todas as mulheres, a fim de prevenir a hemorragia pós-parto. Como tal, a nossa intervenção neste contexto passava por ensinar a mulher sobre os sinais de involução uterina e a observar as características dos lóquios e o processo cicatricial da ferida perineal ou cirúrgica, quando presentes.

A vigilância das características e evolução dos lóquios e do processo cicatricial da ferida perineal é também fundamental no diagnóstico e prevenção da hemorragia pós-parto, relacionada com lesões do canal de parto e retenção de restos placentares. A perda sanguínea que ocorre após o parto é designada de lóquios e logo após o parto a sua coloração é vermelho-vivo podendo conter alguns coágulos. Nesta fase apresentam um fluxo semelhante a um forte período menstrual e tendem a diminuir gradualmente, podendo persistir até cerca de três a seis semanas após o parto (Ferreira, 2016). Assim, as nossas intervenções foram desenvolvidas no domínio do ensinar, instruir e orientar sobre as características dos lóquios (cor, quantidade e cheiro) e a sua evolução durante o puerpério e como proceder. O cheiro dos lóquios é uma característica que também deve ser tida em consideração no que diz respeito à prevenção da infeção, sendo que estes apresentam um cheiro *suis generis* e no caso de se identificar um odor fétido, poderemos estar perante uma situação de Infeção Puerperal (Graça, 2017).

As lesões do canal de parto, para além de serem uma das causas de hemorragia pós-parto, poderão ser também um foco de infeção durante o período puerperal, sendo que, a infeção puerperal em ferida cirúrgica ou ferida perineal é uma das principais complicações do pós-parto (Petter, Farret, Scherer & Antonello, 2013).

Com o objetivo de reduzir o risco de infeção puerperal, todos os turnos, era monitorizada a temperatura corporal, realizada a vigilância do penso cirúrgico nos casos de parto por cesariana e vigiado o períneo quanto ao processo de cicatrização, presença de edema ou sinais de infeção nos casos de parto por via vaginal. As intervenções de enfermagem passaram por ensinar medidas preventivas da infeção, tais como: a importância dos cuidados de higiene perineais (a sua frequência, os produtos de higiene a utilizar, a limpeza perineal no sentido uretra-ânus e a troca frequente dos pensos higiénicos); a importância da lavagem das mãos antes e depois do contacto com o períneo; os sinais e sintomas associados a complicações decorrentes do processo de cicatrização perineal e as características dos lóquios e a sua evolução esperada (NICE, 2006). No caso de mulheres com ferida cirúrgica abdominal, desenvolvemos intervenções no domínio do ensinar, orientar e instruir sobre a realização de esforços e a observação do penso. Durante o estágio

observamos um caso de infecção da ferida cirúrgica abdominal que necessitou de recorrer ao bloco operatório para limpeza e encerramento da deiscência da ferida. Foram, no entanto, implementadas sempre as medidas de prevenção da infecção puerperal, durante o internamento, para que no momento da alta a mulher se sentisse capaz de identificar situações sugestivas de complicações decorrentes do puerpério.

A eliminação intestinal foi um foco de atenção durante o período puerperal, devido ao Risco de Obstipação (ICN, 2019), uma vez que a função intestinal se encontra alterada na maioria das mulheres, devido ao repouso relativo no pós-parto imediato, à dor causada pela presença de hemorroidas ou ferida perineal, ao efeito das hormonas da gravidez (progesterona), à suplementação com ferro durante a gravidez, ao relaxamento da musculatura abdominal e perineal, à dieta da puérpera durante os primeiros dias e à desidratação. No caso das mulheres submetidas a cesariana, a motilidade intestinal poderá ficar temporariamente mais lenta. Assim, questionávamos sempre as mulheres sobre o seu padrão intestinal anterior à gravidez e durante esta, com o intuito de atuarmos de forma individualizada. Neste âmbito, as intervenções de enfermagem passaram por informar sobre as alterações esperadas no padrão de eliminação intestinal, incentivar as mulheres a aumentar a ingestão hídrica e de alimentos ricos em fibras e incentivar a mobilidade. Nos casos em que estas medidas não foram eficazes, foi administrado um laxante de contacto, de acordo com prescrição médica (Ferreira, 2016; NICE, 2006).

Nas primeiras horas após o parto, as mulheres submetidas a cesariana tinham indicação de repouso no leito durante 12 horas, segundo protocolo do serviço, enquanto que as mulheres que tinham tido um parto vaginal poderiam levantar-se quando desejassem, desde que por nós acompanhadas. Assim, visto que se encontravam dependentes no autocuidado, identificávamos os diagnósticos Capacidade para o Autocuidado Comprometida e Conforto alterado (ICN, 2019). Se necessário, os cuidados de higiene e conforto eram-lhes prestados no leito, assegurando o seu bem-estar.

A imobilidade por repouso no leito é um dos principais fatores de risco de ocorrência de tromboembolismo venoso periférico e pulmonar no puerpério (Pontes, Pimentel & Carvalho, 2013). Durante este período aconselhamos a mulher a mobilizar-se livremente no leito e a realizar exercícios com os membros inferiores até ao levante, tal como a flexão e extensão alternada dos pés e das pernas, movimentos de rotação da articulação tibio-társica e a hiperextensão do joelho, sobre a superfície da cama, seguida de relaxamento (Lowdermilk & Perry, 2008). Associado a este período de repouso inicial surge o Risco de Processo Vascular Comprometido (ICN, 2019).

A vigilância de sinais e sintomas sugestivos de tromboembolismo venoso agudo, tais como dor, calor, edema ou rubor dos membros inferiores, são dados importantes no diagnóstico desta complicação (Andrade, Gagliardo & Péret, 2009). Estes sinais não foram observados em nenhuma puérpera cuidada ao longo do estágio, pelo que as intervenções de enfermagem passaram essencialmente pela prevenção. O sinal de *Homan* não foi pesquisado

durante o exame físico, pois segundo as orientações NICE (2006) não é recomendada a sua utilização rotineira no pós-parto. Para além disso, intervimos de forma a incentivar o levantar e deambulação precoces após o período de repouso inicial e assim que o efeito analgésico e anestésico tivesse desaparecido (Presti et al., 2015).

O Risco de Hipotensão (ICN, 2019) foi um diagnóstico importante e tido sempre em consideração aquando do primeiro levantar da puérpera, pois há um risco aumentado de hipotensão ortostática quando a mulher se senta, levanta ou deambula pela primeira vez nas primeiras horas após o parto (Lowdermilk & Perry, 2008). O primeiro levantar era realizado progressivamente, sendo avaliados os parâmetros vitais (pressão arterial e frequência cardíaca), a presença de tonturas, cefaleias, visão turva, palidez da pele e mucosas e sudorese. Não se verificando nenhum destes sintomas e estando os sinais vitais dentro da normalidade procedíamos ao levantar e a puérpera era acompanhada durante a deambulação. Caso se verificasse algum destes sintomas, o primeiro levantar era adiado.

Relativamente à observação das mamas, avaliávamos a presença de edema, tensão e/ou rubor, colostro, a integridade da pele, constituição do mamilo relativamente à sua integridade, sensibilidade e tipo (proeminente, raso, invertido). Todas estas atividades contribuíam para o diagnóstico diferencial inerente à amamentação, permitindo-nos antecipar potenciais dificuldades que a mulher e o RN poderiam experienciar.

A Amamentação foi um dos focos mais relevante da nossa atenção, visto que representa inúmeras vantagens, tanto para o RN como para a mãe e uma destas vantagens é a de proporcionar uma diversidade de interações facilitadoras da formação da ligação mãe-filho e da vinculação do RN com a mãe (OMS, 2018b). Agimos sempre de acordo com o protocolo do HPH que tem instituídas políticas para a promoção e suporte da amamentação, que vão de encontro às diretivas defendidas pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Amamentar é a primeira grande decisão da mulher durante a gravidez e com a qual a puérpera se depara após o nascimento, sendo esta decisão exclusivamente da mãe e representa um processo complexo (Levy & Bértolo, 2012). Nos casos de mulheres que não pretendiam amamentar tentávamos compreender o que motivou esta decisão, se existia alguma experiência anterior, que tipo de conhecimento tinha em relação à amamentação, se tinha crenças que interferissem na forma como ela percecionava a amamentação, entre outras questões que poderiam ser pertinentes para formular o diagnóstico de enfermagem. No entanto, mantendo-se o desejo em não amamentar, apoiávamos a mulher, sem juízos de valor, e identificávamos o diagnóstico Lactação interrompida (ICN, 2019). Nestas situações era comunicado ao médico, que na maioria das vezes, prescrevia um inibidor da produção láctea, como a bromocriptina. As intervenções neste caso eram no domínio do instruir sobre a técnica de alimentação com leite adaptado, incluindo a preparação e administração de leite artificial, e do ensinar e orientar sobre os cuidados a ter com o material.

Apoiar a mulher na tomada de decisão, no estabelecimento da lactação e no suporte e manutenção da amamentação constituiu uma das nossas preocupações. As primeiras experiências de amamentação foram sempre presenciadas, no sentido de avaliar os conhecimentos e habilidades sobre o processo de amamentação. Assim sendo, de acordo com as necessidades de orientação e ajuda, as nossas intervenções prenderam-se com o ensino sobre a composição do leite materno, o mecanismo de produção e ejeção de leite, sinais de fome e saciedade, sinais de ingestão nutricional suficiente, sinais de boa pega, posição da mulher e RN, frequência e duração das mamadas, critérios para a escolha da mama, estimulação do RN, estratégias de prevenção de complicações, cuidados com as mamas e mamilos e colocar a eructar, entre outras, de acordo com as questões ou défices de conhecimento demonstrado (OMS & UNICEF, 2018).

Assim, no sentido de promover uma boa pega foi ensinado à mulher que o RN é que é “levado” até à mama e não o contrário, o corpo e cabeça do RN devem estar alinhados, a cabeça em ligeira extensão, o queixo do RN toca a mama, o RN respira livremente, a boca está bem aberta, os lábios, especialmente o inferior, estão voltados para fora, a língua pode ser vista entre o lábio inferior e a mama, a pega contempla uma parte da aréola, e esta pode ser vista numa porção maior acima do lábio superior, o RN suga lenta e profundamente, usando a língua e a mandíbula, a deglutição pode ser ouvida e/ou vista, o RN está calmo e mantém-se adaptado à mama (Cardoso, 2011). Também, foi abordada a importância de uma boa pega, uma vez que esta proporciona uma extração efetiva do leite e o esvaziamento da mama, evitando fissuras nos mamilos e na zona alveolar envolvente, prevenindo a dor durante as mamadas e permite que o RN ingira o leite inicial e final, levando a um aumento de peso e a uma maior autoestima e satisfação materna (Levy & Bértolo, 2012).

No que se refere à frequência das mamadas, foi ensinado à mulher que o horário não devia ser rígido e que o bebé deve ser alimentado em regime livre, ou seja, quando apresenta sinais de fome. No entanto, as puérperas foram aconselhadas para durante o primeiro mês de vida não deixar que o intervalo entre as mamadas ultrapassasse as três, quatro horas. Também, a duração da mamada não é importante, dado que esta é altamente variável, sendo que a maior parte dos RN obtêm 90% do leite que necessitam em 4 minutos e outros necessitam de cerca de 30 minutos ou mais para o fazerem (Levy & Bértolo, 2012; OMS & UNICEF, 2018).

Relativamente à escolha da mama, as puérperas foram aconselhadas, nos primeiros dias após o parto, até à subida do leite, a oferecer ambas as mamas ao RN, para estimular a produção de leite pelo esvaziamento da mama, já que não existe evidência que haja alterações na composição do colostro ao longo da mamada. Após a subida do leite (leite de transição e depois leite maduro), é importante esvaziar uma mama até ao fim e só depois oferecer a outra, e na mamada seguinte iniciar pela mama mais cheia, isto é, na mama onde o bebé mamou menos tempo. A justificação para esta alteração está relacionada com as alterações das características do leite ao longo da mamada, sendo mais rico em água,

vitaminas e proteínas no início da mamada e mais rico em gorduras no fim (Levy & Bértolo, 2012).

Um aspeto causador de ansiedade para os pais era a produção de leite e se a ingestão nutricional do RN era suficiente. Foi explicado aos pais que um RN que mama eficazmente apresenta cerca de três dejeções e seis micções por dia, apresenta uma boa coloração e uma boa tonicidade, ganhando peso e crescendo de forma saudável. Foi explicado também que estes podem perder entre sete a dez por cento do seu peso à nascença, mas que o recuperam, sendo expectável que este aumente cerca de 25 a 30 gramas por dia após a recuperação do peso à nascença (Levy & Bértolo, 2012; Lowdermilk & Perry, 2008).

A importância da prevenção e tratamento de complicações na amamentação foi uma das áreas que não descaramos com vista a proteger e apoiar o aleitamento materno. As complicações observadas com maior frequência durante o estágio, foram as macerações ou fissuras dos mamilos e o ingurgitamento mamário. De forma a prevenir estas complicações, foram implementadas intervenções de enfermagem, no âmbito de ensinar: a observar se o seu filho fazia uma boa pega e adotar um posicionamento adequado; a aplicar colostro após cada mamada; expor os mamilos ao ar; manter uma higiene adequada das mamas e mamilos, aplicando apenas água e não sabão; deixar o RN interromper a mamada ou, caso não o faça, colocar o dedo mínimo na boca do bebé para interromper a sucção e utilizar um soutien adequado para a amamentação. Perante o diagnóstico de Fissura do mamilo (ICN, 2019), os cuidados prestados visaram corrigir a pega, incentivar a iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso, aconselhar a aplicar uma gota de leite materno no mamilo após o banho e após cada mamada, aconselhar o uso de lanolina e administrar analgésicos conforme prescrição (Levy & Bértolo, 2012).

Outra complicação decorrente da amamentação é o Ingurgitamento mamário (ICN, 2019), que consiste na tumefação das mamas com sensação de dor e peso, ocorrendo com a acumulação de leite após o nascimento de uma criança. Esta complicação normalmente ocorre por volta do terceiro dia após o parto, coincidindo com a subida do leite. Nestas situações, a mulher apresenta distensão e edema da mama acompanhada de dor, o que resulta na dificuldade do RN em realizar uma pega adequada, não permitindo que seja efetuado um esvaziamento completo da mama (Cirico, Shimoda & Oliveira, 2016). Durante o decorrer do estágio tivemos uma situação de uma mulher com ingurgitamento mamário, sendo que as nossas intervenções passaram por: orientar a extrair manualmente o leite; aplicar compressas mornas nas mamas e realizar uma massagem antes da mamada para estimular o reflexo de ejeção do leite, retirando apenas a quantidade de leite suficiente para que o RN conseguisse realizar uma pega adequada; aconselhar a amamentar em livre demanda; instruir a aplicação de compressas frias ou gelo após a mamada para diminuir o edema e a dor (Levy & Bértolo, 2012).

As puérperas com filhos internados no serviço de Neonatologia também eram alvo da nossa atenção no que respeita à amamentação. O nosso apoio foi fulcral ao esclarecermos

a mulher nas suas dúvidas em como extrair manualmente e mecanicamente o leite materno. Assim, explicávamos-lhes, instruíamos e treinávamos com estas todo o processo, bem como a estimulação da produção do leite e conservação do mesmo, incentivando-as a levarem o leite extraído para junto do RN, onde o alimentavam, promovendo a ligação mãe-filho.

Todas as intervenções implementadas no decorrer do estágio relativas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno fundamentaram-se nos dez passos para o sucesso do aleitamento materno implementadas no hospital com certificação do Hospital Amigo dos Bebés. Ainda no âmbito desta iniciativa, no momento da alta as mulheres eram informadas sobre a existência dos Cantinhos de Amamentação disponíveis nos Centros de Saúde da ULSM e da Linha Verde SOS Amamentação, disponível 24 horas por dia, para onde estas podiam ligar ou se dirigir para esclarecer dúvidas e obter aconselhamento com o apoio de uma conselheira de amamentação.

No puerpério há transformações psicológicas consideradas adaptativas, pois é a fase do ciclo de vida da mulher em que esta se encontra mais vulnerável para o desencadear ou agravar de perturbações psiquiátricas, uma vez que é a altura em que está mais focada na proteção do RN em detrimento de si mesma. Esta fase é acompanhada de alterações hormonais, mudanças a nível psicológico, familiar e social, a adoção de um novo papel de grande responsabilidade e reorganização dos demais, bem como da elaboração e aceitação da nova imagem corporal, identidade e sexualidade. Todos estes aspetos, associados a uma vulnerabilidade pessoal e familiar, propiciam alterações psicológicas que podem ser de grande severidade (Leitão, 2016; National Collaborating Centre for Mental Health & NICE, 2014).

Sendo esta área um foco de atenção no pós-parto, manteve-se um olhar atento aos sinais de alerta, com vista ao diagnóstico precoce de perturbações, uma vez que podem comprometer não só a saúde materna, como a ligação mãe-filho e a relação com o companheiro e família alargada. As puérperas e suas famílias/parceiros foram por nós incentivadas a informar o profissional de saúde sobre quaisquer mudanças de humor, estado emocional e comportamento que considerassem fora do padrão normal da mulher. Ao longo do módulo, apesar do tempo, em geral, ser de 48 horas, numa puérpera que permaneceu mais tempo internada devido ao RN foi identificada uma situação de *blues* pós-parto, que é um desequilíbrio emocional caracterizado por choro fácil, labilidade emocional, ansiedade, fadiga, irritabilidade face ao companheiro ou familiares, dificuldade na adaptação à mudança, alterações na atenção e memória, diminuição de apetite e distúrbios de sono. Estes sintomas têm início nos primeiros dias do pós-parto, com pico entre o terceiro e quinto dia e habitualmente tem remissão espontânea dentro de uma a duas semanas (Iaconelli, 2005; Leitão, 2016). Face a esta problemática, as nossas intervenções passaram pelo apoio psicológico, envolvimento da rede de apoio e suporte para ajudar nos cuidados ao RN e organização das tarefas diárias, incentivando a mulher a autocuidar-se e a expressar as suas emoções e sentimentos (National Collaborating Centre for Mental Health & NICE, 2014).

Segundo o regulamento de competências específicas do EESMO é da sua responsabilidade conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à puérpera com patologias associadas (OE, 2019b). Durante o período de estágio no serviço de puerpério do HPH, o cuidado a puérperas com antecedentes de diabetes prévia à gravidez ou diabetes gestacional foram os casos mais frequentes de patologia no puerpério, tendo por isso, sido prestados cuidados diferenciados, e identificado o foco de atenção Metabolismo energético (ICN, 2019).

A diabetes gestacional pode ser definida como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detetada pela primeira vez no decurso da gravidez. De acordo com o protocolo instituído no serviço, às puérperas com diabetes gestacional tratadas somente com dieta após o reinício da alimentação oral e suspensão da soroterapia, avaliávamos os sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia e monitorizávamos a glicemia capilar antes do pequeno-almoço, almoço e jantar. Caso apresentassem valores inferiores a 120 miligramas por decilitro (mg/dl), em três medições sucessivas, suspendíamos a pesquisa de glicemia capilar. Perante valores de glicemia compreendidos entre 120 e 200mg/dl, ao fim das primeiras 24 horas após o parto, mantínhamos a monitorização antes das três principais refeições. Neste caso e no caso da puérpera apresentar valores superiores a 200mg/dl, em duas pesquisas consecutivas, estas situações eram comunicadas ao médico assistente. Nas mulheres com diabetes gestacional tratadas com antidiabéticos orais ou insulina, depois de iniciarem a alimentação oral, monitorizávamos a glicemia capilar pré e pós-prandial (duas horas após o início da refeição) das três principais refeições realizadas e se apresentassem valores inferiores a 100mg/dl durante 48 horas após o parto, suspendíamos a pesquisa de glicemia capilar. No entanto, se apresentassem valores superiores a 140mg/dl em duas medições consecutivas ou valores superiores a 140mg/dl em jejum e/ou superiores a 180mg/dl pós-prandial, iniciávamos a administração de insulino terapia conforme prescrição médica (Almeida et al., 2017).

Em relação ao RN, considera-se que a hiperglicemia materna pode induzir a hiperglicemia fetal e conseqüentemente levar ao hiperinsulinismo, sendo este responsável pela maioria das complicações fetais e neonatais, tais como: a síndrome de dificuldade respiratória, as anomalias congénitas, a hipoglicemia, a hiperbilirrubinémia e as lesões causadas no parto devido à macrosomia. Vários estudos apontam ainda para o risco aumentado de desenvolver diabetes, obesidade e atrasos no desenvolvimento psicomotor e cognitivo, sendo que, o prognóstico perinatal está relacionado com o tipo de diabetes e o seu controlo metabólico (Almeida et al., 2017).

Nos casos dos RN filhos de mães diabéticas, era identificado o diagnóstico Risco de hipoglicemia (ICN, 2019) e as nossas intervenções consistiam na monitorização da glicemia capilar, cujos valores de referência eram considerados normais se, glicemia superior a 40mg/dl nas primeiras 24 horas e acima de 50mg/dl após as 24 horas de vida e a vigilância de sinais e sintomas sugestivos de hipoglicemia neonatal, tais como: sonolência, hipotonia,

tremor, irritabilidade, letargia, choro gritado, recusa alimentar, taquipneia, hipotermia e convulsões (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013a). Nesse sentido, o contacto pele a pele e a amamentação eram incentivados, pois estas intervenções podem minimizar o risco de hipoglicemia neonatal. Importa acrescentar que a pesquisa de glicemia capilar foi realizada em RN sintomáticos e em assintomáticos com presença de fatores de risco, não sendo realizada em RN saudáveis a mamar regularmente, entre oito a dez vezes por dia.

O período pós-parto é uma fase de múltiplas adaptações da família à nova realidade, mas também um período complexo de adaptação do RN ao ambiente extrauterino, que se vai adaptando gradualmente, superando as dificuldades inerentes ao seu desenvolvimento. Como tal, na admissão do RN ao serviço de puerpério, após a confirmação do nome da mãe na pulseira do RN e a colocação da pulseira eletrónica, era também realizado um exame físico cefalocaudal (respiração, pele e mucosas, coto umbilical, desenvolvimento infantil, reflexos primitivos, eliminação vesical e intestinal), e posteriormente feito o planeamento de cuidados que se focou principalmente nos seguintes focos de enfermagem: Eliminação Urinária e Intestinal e Desenvolvimento Infantil (ICN,2019). A monitorização das micções e dejeções era fundamental, por serem indicadores da adaptação extrauterina e do aporte nutricional adequado, sendo por isso vigiados todos os turnos. A primeira micção do RN ocorre geralmente nas primeiras 24 horas de vida e por sua vez, a eliminação intestinal poderá ocorrer nas primeiras 48 horas (Cardoso et al., 2015).

Segundo Cardoso (2011) as competências parentais são definidas como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que facilitam e otimizam o desempenho com mestria do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento da criança. A sensação de mestria das competências parentais é essencial para uma transição saudável para a parentalidade, para além de proporcionar bem-estar emocional a todos os membros da família. Neste sentido é função do EESMO apoiar os pais na transição para a parentalidade através do diagnóstico das necessidades de aprendizagem, tendo em vista o desenvolvimento das competências parentais para que estes possam alcançar a mestria/autoeficácia no exercício do papel parental.

Assim, surgiu o foco Papel Parental, que é definido como: “Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente.” (ICN, 2019). Neste sentido avaliávamos os conhecimentos e habilidades dos pais relativamente aos seguintes cuidados ao RN: assegurar a higiene e manter a pele saudável; vestir/despir; tratar do coto umbilical; lidar com problemas comuns na criança; garantir a segurança e prevenir acidentes; reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal e promover e vigiar a saúde da criança (Cardoso, 2011). Nesta mesma avaliação procurávamos

compreender se se tratava de um primeiro filho, ou se os casais já tinham algum contacto ou prestado cuidados a outros RN, ou frequentado o curso de preparação para a parentalidade.

Nos casais que já tinham filhos, foram planeados cuidados de forma a facilitar a adaptação da criança mais velha ao membro mais recente da família. Os pais foram incentivados a envolver os outros filhos nos cuidados ao RN, de forma a promover a sua aceitação. Existem algumas estratégias que podem ser implementadas de modo a promover uma integração mais harmoniosa do RN no seio familiar, nomeadamente quando os filhos mais velhos do casal demonstravam vontade em interagir com o RN, estes eram incentivados a fazê-lo, não sendo obrigados a estabelecer contacto caso não fosse essa a sua vontade. Tendo em conta a idade do filho mais velho, os pais foram orientados a negociar algumas regalias com o mesmo, bem como a evitar alterações súbitas nas rotinas anteriormente mantidas (Hockenberry & Wilson, 2014). Também, foram aconselhados a preparar a chegada do RN a casa, caso existissem animais de estimação com os quais o RN fosse estar em contacto.

A mudança da fralda foi o primeiro cuidado com o qual os pais se depararam logo após o parto, sendo a nossa presença nesse momento importante para auxiliar na técnica da mudança da fralda, bem como o modo de lavar o períneo de acordo com o género sexual da criança. Foram também esclarecidas dúvidas relativas aos produtos a usar na higiene perineal do RN, sendo aconselhados a preferir o uso de compressas molhadas apenas com água em detrimento dos toalhetes húmidos e a evitarem o uso de cremes barreira por rotina, por estes predisporem ao aparecimento de eritema da fralda (Fernandes, Machado & Oliveira, 2009). Este momento foi também oportuno para esclarecer dúvidas dos pais relativamente ao padrão de eliminação intestinal e vesical e a sua relação direta com uma adequada ingestão hídrica. A presença ocasional de cristais de urato e/ou pseudomenstruação geravam dúvidas aos pais pelo que era importante esclarecê-los e assegurar-lhes da normalidade destas situações (Cardoso, 2011).

O momento do banho proporcionava uma oportunidade privilegiada para avaliar os conhecimentos e habilidades dos pais sobre vários aspetos envolvidos na realização deste cuidado ao RN, sendo um dos momentos geradores de maior dúvida e ansiedade para os pais. O banho era realizado após o RN perfazer 24 horas de vida, pelo risco de hipotermia, permitindo que o vernix caseoso cumprisse as suas funções de proteção química e mecânica da pele (OMS, 2013b), mediante a presença do pai ou outro convivente significativo e da mãe do RN, sendo o primeiro banho demonstrado e o banho seguinte dado por um destes (Martins, Abreu & Figueiredo, 2014). Conforme as necessidades identificadas no decorrer do banho foi ensinado aos pais que este deveria ser pensado de forma sequencial para evitar esquecimentos procurando assim não deixar o RN sozinho em nenhum momento. Relativamente ao ambiente da casa, a temperatura devia estar entre os 24/25 graus celsius e o RN afastado de janelas ou locais com correntes de ar.

Em relação à banheira, esta deveria ser colocada sobre uma superfície plana e estável, preferencialmente ao nível da sua altura, para que se tornasse mais fácil e segura a manipulação do RN durante o banho. O banho de imersão foi o aconselhado aos pais, visto que existe menos perda de calor, contribui para o conforto do RN, permite o contacto tátil entre a tríade e não está relacionado com o aumento do índice de infeção (Afsar, 2009; Blume-Peytavi et al., 2009; Fernandes, Machado & Oliveira, 2011). Foram ainda aconselhados que a duração do banho deve ser curta (no máximo de cinco minutos), que não é necessário dar banho diariamente sendo dois a três banhos por semana suficientes e que a altura ideal dependerá do efeito que este irá provocar no RN, se tiver um efeito estimulante dar durante o dia, se tivesse um efeito relaxante dar à noite para induzir o sono (Fernandes et al., 2011).

Aos casais foi recomendado o uso somente de água para lavar o RN durante o primeiro mês de vida, pelo risco de desenvolver reações alérgicas e destruir a camada natural protetora da pele que este possui. Quando os casais pretendiam utilizar produtos de higiene no banho, aconselhamos a utilização de produtos de limpeza líquidos pouco perfumados ou o uso de *syndets* (“sabão sem sabão”) por serem agentes tensoativos com bom efeito detergente, com pH neutro ou ligeiramente ácido, isentos de parabenos, álcool e perfumes, que não irritam a pele e olhos e não alteram a barreira ácida protetora da pele da criança (Fernandes et al., 2011; Sarkar, Basu, Agrawal & Gupta, 2010). Quanto à roupa esta deveria ser colocada junto ao local do banho e ordenada para que conseguissem vestir o RN rapidamente, não contendo etiquetas.

Antes do banho do RN, os pais eram instruídos a observarem a fralda, a fim de perceberem se esta estava suja, sendo que, caso isto se verificasse deveriam fazer a limpeza dos genitais em primeiro lugar e só depois darem o banho. A técnica do banho foi ensinada e instruída, no sentido cefalocaudal, sendo os genitais, a última parte do corpo a ser lavada. Posteriormente, realizava-se a secagem imediata do RN, começando pela face e cabeça, pelo risco acrescido de perda de calor através da cabeça. Ainda, em relação à limpeza dos olhos, esta era feita com soro fisiológico utilizando compressas individualizadas para cada olho com um movimento único do canto interno para o canto externo (Hockenberry & Wilson, 2014). As questões de segurança também foram enfatizadas, como: a confirmação da temperatura da água pelo cotovelo ou parte interna do pulso ou com termómetro, sendo que esta deve estar entre os 36°C e os 37°C; a quantidade de água não deve exceder os 20 centímetros de altura; a atenção ao aquecimento da roupa do RN, pois a maioria das roupas possui molas metálicas que, quando aquecidas, poderão provocar queimaduras na pele.

Após o banho este era um momento propício para a desinfecção do coto umbilical, após o RN já estar seco, com a fralda colocada e quase totalmente vestido, evitando a perda de calor. Nesse sentido, abordávamos os conhecimentos e habilidades da mãe/pai, no que se refere a este cuidado, e conforme as suas necessidades, instruíamos os casais sobre a variação das suas características ao longo do processo de mumificação; o intervalo de dias

em que é esperada a sua queda (entre cinco a 15 dias); a técnica, a frequência de limpeza e o treino da mesma; o material a utilizar e os sinais que poderiam indicar uma possível infeção, onfalite (Luís, Costa & Casteleiro, 2014). A onfalite é caracterizada por sinais como rubor, edema peri-umbilical, descamação da base do cordão, com ou sem exsudado purulento. A limpeza do cordão umbilical era feita com recurso a compressas esterilizadas e álcool a 70%, conforme protocolo hospitalar, embora a evidência científica mais atual recomende o método *dry care*, que consiste em manter o coto umbilical limpo e seco, após o banho ou após a limpeza parcial do local, sem aplicação de solutos por rotina. Este é um método seguro e eficaz e não acresce o risco de infeção quando comparado com a aplicação de solutos, como o álcool a 70%, representando pelo contrário uma diminuição no tempo de queda do coto umbilical (Imdad et al., 2013; OMS, 2013b).

Durante a realização dos cuidados de higiene era sempre feito o exame físico geral do RN, sendo este o momento oportuno para esclarecer dúvidas dos pais, relacionadas com o desenvolvimento infantil adequado, tais como: a aparência esperada e os achados normais da pele do RN, como a presença de vérnix, mancha mongólica, lanugo, eritema tóxico, acne miliar ou acrocianose; a capacidade dos órgãos dos sentidos e os reflexos presentes ao nascimento como o reflexo de busca, sucção, preensão, marcha, moro e de *babinski*.

A Ligação mãe/pai-filho (ICN, 2019) como foco de atenção para a prática de enfermagem foi sempre identificado durante a avaliação e planeamento dos cuidados aos casais internados, pois influencia diretamente o exercício do papel parental podendo interferir de forma significativa no desenvolvimento da criança. Esta ligação é estabelecida de forma gradual, tendo para alguns autores início durante a gravidez e para outros após o primeiro contacto com o RN. No sentido de definir o diagnóstico de enfermagem sobre este foco foi necessária a avaliação de determinados indicadores que estabelecem a efetividade desta ligação, nomeadamente: os pais verbalizam sentimentos positivos, seguram o RN próximo de si, o contacto é feito face a face e olhos nos olhos, tocam e massajam-no, sorriem para ele, beijam-no, conversam e emitem sons, tentam consolá-lo ou acalmá-lo e alimentam-no (Hockenberry & Wilson, 2014).

O processo de ligação mãe/pai-filho requer contacto físico e interação dos pais com o RN, o que pode ser dificultado com o internamento do RN num ambiente altamente tecnológico como é o caso das unidades de neonatologia. Assim, nos casos em que o RN foi internado no serviço de neonatologia, o processo de ligação mãe/pai-filho ficou dificultado levando à identificação do diagnóstico de Risco de Ligação mãe/pai-filho comprometida (ICN, 2019). Nestas situações as intervenções de enfermagem passaram por incentivar a visitar e estar próximos do filho e envolverem-se na prestação dos cuidados a este, já que isto contribui para diminuir a angústia e insegurança provocados pelo internamento, incentivar a realizar extração manual e mecânica do leite materno e a verbalizar os seus sentimentos (Fernandes & Silva, 2015).

Durante o decorrer do estágio tivemos casos de icterícia neonatal em RN com dois ou três dias de vida, que é algo comum nos RN e não traduz patologia subjacente, pelo que é também denominada de icterícia fisiológica. Icterícia fisiológica surge após as primeiras 24 horas de vida devido ao aumento da bilirrubina sérica superior a 5mg/dl e que acontece pelo aumento da produção de bilirrubina não conjugada, diminuição da clearance de bilirrubina por imaturidade enzimática e aumento da circulação entero-hepática (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013b). A icterícia que surge nas primeiras 24 horas após o nascimento é considerada patológica, uma vez que resulta da hemólise, podendo progredir para o sistema nervoso central. Isto porque o aumento da concentração de bilirrubina em circulação, superior a 25-30mg/dl, está associado a um risco aumentado de disfunção neurológica, devido à sua passagem através da barreira hemato-encefálica e deposição nas células cerebrais (Araújo, Oliveira, Santos & Moraes, 2014). Alguns dos fatores de risco que podem conduzir a este problema são as incompatibilidades sanguíneas (grupo ABO), o teste de *Coombs* positivo, a idade gestacional entre as 35 e as 36 semanas, a presença de cefalohematoma, a raça asiática, ter um irmão que tenha necessitado de fototerapia e o aleitamento materno exclusivo. Com o objetivo de diagnosticar precocemente a icterícia neonatal, foi realizada em todos os turnos a observação cefalocaudal do RN, sob luz natural, e na presença de sinais de coloração amarelada da pele e das membranas escleróticas, foi informada a equipa médica e realizada a colheita de sangue para posterior avaliação sérica dos níveis de bilirrubina, conforme prescrição.

Nos RN com diagnóstico de icterícia neonatal o tratamento de eleição foi a fototerapia durante 24 horas, sendo posteriormente feita reavaliação através de nova colheita de sangue. O tratamento através de fototerapia foi realizado no serviço de obstetria, ficando o RN sempre na companhia da mãe mesmo após a sua alta. A fototerapia consiste na exposição do RN a luz fluorescente que transforma a bilirrubina através da fotoisomerização num isómero solúvel excretado através da bÍlis e urina (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, identificávamos os diagnósticos de enfermagem Risco de integridade da pele comprometida (ICN, 2019), relacionado com os efeitos colaterais da fototerapia sobre a retina; Risco de hipotermia/hipertermia (ICN, 2019), devido à exposição do RN durante o tratamento e o Risco de volume de líquidos comprometido (ICN, 2019), associado ao aumento insensível da perda de líquidos pelo aumento do trânsito gastrointestinal (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013b).

As nossas intervenções de enfermagem passaram essencialmente pelo controlo dos possíveis efeitos colaterais e complicações da fototerapia, como: informar sobre o uso de protetores oculares durante a permanência do RN no sistema de fototerapia convencional; manter a criança despida apenas com a fralda para proteger as gónadas; aconselhar os pais a não usar óleos, cremes ou loções na pele do bebé para evitar queimaduras; aconselhar a mudança de decúbito de duas em duas horas com o objetivo de aumentar a área de exposição e evitar o sobreaquecimento; vigiar os olhos do RN para despiste de lesões

oculares; vigiar a temperatura axilar; vigiar as características da eliminação pelo risco de desidratação, devido ao aumento das perdas insensíveis; vigiar alterações na pele; promover o aumento da frequência das mamadas para evitar a desidratação e para aumentar a eliminação intestinal, no sentido de eliminar a bilirrubina através das fezes; promover o contacto pele a pele durante as pausas para mamar e vigiar o estado geral e reflexos do RN (Gomes, Teixeira & Barichello, 2010; Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013b).

Durante a realização do estágio foi constatado que o choro do RN gerava, por vezes, nos pais sentimentos de angústia e nervosismo, verbalizados através de sentimentos de insegurança na prestação de cuidados ao filho, pelo que a nossa intervenção passou essencialmente por potenciar os conhecimentos e habilidades dos pais para lidar com esta situação. Assim, as intervenções implementadas foram no sentido de capacitar o casal na identificação e gestão dos diferentes tipos de choro e utilização de estratégias eficazes para a gestão do desconforto do RN. Para uma identificação mais eficaz do tipo de choro os pais foram sempre aconselhados a considerar vários fatores, como a hora da última mamada, muda de fralda ou última sesta, tal como a reação do RN à luz, ruído e temperatura ambiente. Perante o choro de dor ou de desconforto, após descartadas as opções anteriores, a maioria dos casais apresentava como estratégia o uso da chupeta. A introdução da chupeta durante o internamento foi desaconselhada até o processo de amamentação estar bem estabelecido (OMS & UNICEF, 2018), mas a decisão final era sempre dos pais. O recurso à técnica dos 5 S's de Harvey Karp (Karp, 2003), a massagem infantil e o banho revelaram-se intervenções fundamentais na promoção do relaxamento do RN, acalmando-o, tendo estas técnicas sido ensinadas, instruídas e treinadas pelos casais (Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante o internamento, sempre com o consentimento dos pais, todos os RN com peso igual ou superior a 2000g, eram vacinados contra a hepatite B (VHB), conforme o Plano Nacional de Vacinação. Nesse momento, informávamos os casais sobre os potenciais efeitos adversos (dor, rubor e tumefação ligeira no local da injeção) e os cuidados a ter. Éramos por vezes questionados sobre a administração da vacina contra a tuberculose (BCG), tendo informado os pais que esta deixou de ser recomendada de forma universal desde junho de 2016, passando para uma estratégia de vacinação de grupos de risco, e que deviam informar-se junto do seu centro de saúde se se enquadravam nesses grupos (DGS, 2017).

Quando o RN completava 24 horas de vida era realizado o rastreio auditivo neonatal por otoemissões acústicas (SPP, 2007), bem como o rastreio de cardiopatias congénitas através da avaliação da oximetria de pulso (Morais & Mimoso, 2013). Se por algum motivo, o RN não pudesse efetuar os rastreios no internamento, estes eram agendados para uma data posterior em ambulatório.

Após o parto, a mulher passa por uma grande variedade de sensações e sentimentos, encontra-se frequentemente ansiosa devido à exigência dos cuidados ao RN e à presença de desconfortos físicos. Estes fatores, aliados às rotinas hospitalares a que está sujeita, durante o internamento, poderão comprometer o repouso, contribuindo para alterações do padrão

de sono. Estes dados foram identificados frequentemente em utentes cuidadas durante o período de estágio, originando os diagnósticos de Padrão de Sono e Repouso alterado e Risco de Fadiga (ICN, 2019). As intervenções de enfermagem implementadas foram no sentido de promover um sono reparador, fazendo com que a mulher se sentisse descansada após acordar e passaram por aconselhar o casal a limitar as visitas durante o dia, a gerir o ambiente físico e aproveitar os períodos de sono do RN para descansar diminuindo assim a fadiga.

Nos momentos que antecederiam a alta hospitalar foi preparado o regresso a casa e comunicado ao casal os recursos existentes na comunidade, reforçando que estes se deveriam dirigir ao centro de saúde da sua área de residência para terem um acompanhamento médico e de enfermagem adequado e para a realização do diagnóstico precoce ao RN, que se deve realizar entre o terceiro e o sexto dia após o parto. Esporadicamente o diagnóstico precoce era realizado no internamento, quando este se prolongava ou a pedido dos pais, no entanto se tal não acontecesse, estes eram informados de que forma era realizado, bem como a sua importância relativa às doenças rastreadas e como teriam acesso ao resultado do teste.

Ainda no sentido da vigilância da saúde da mulher, os casais foram informados sobre a importância da consulta de revisão do puerpério que se realiza às seis semanas após o parto, com o objetivo de avaliar a recuperação física e emocional da mulher, bem como a realização do exame ginecológico e colpocitologia, exame da mama e o planeamento da contraceção (DGS, 2015b). Além disso, foram identificados os focos de atenção Satisfação Conjugal, Processo Sexual no Pós-Parto, o Uso do Contraceptivo e a Recuperação Física e Emocional no Pós-parto (ICN, 2019).

Uma das tarefas desenvolvimentais pelas quais o casal passa no período pós-parto é a reavaliação e reestruturação da relação com o companheiro, pelo que os casais eram incentivados a comunicar entre si as dificuldades e necessidades de cada um, a partilhar experiências, dúvidas e angústias e muitas vezes a ansiedade sentida, de forma a potenciarmos uma transição para a parentalidade saudável. Muitos casais deparam-se com problemas relacionados com a sexualidade após o parto, por diversos motivos como a diminuição do desejo sexual, a fadiga e as mudanças de papéis. Apesar de ser uma preocupação bastante comum dos casais, o reinício da atividade sexual foi um tema muito pouco abordado pelos elementos do casal, no entanto, antes da alta clínica tentamos discutir este assunto com os casais, num ambiente propício, de forma a que estes pudessem partilhar as suas dúvidas ou preocupações abertamente.

O interesse da mulher pela relação sexual modifica-se depois do parto. Este facto pode estar relacionado com as alterações hormonais, mas também pode ser influenciado por fatores como: distúrbios emocionais, baixa autoestima, amamentação, alterações físicas, nomeadamente a recuperação perineal/muscular, dispareunia e exigências do seu papel de mãe. Alguns homens também partilham este stresse emocional e psíquico que os influencia

no seu desejo e disponibilidade sexual. Neste sentido, explicámos ao casal que a comunicação é o fator de maior influência na relação conjugal. Foram ainda avaliados os conhecimentos do casal relativamente aos métodos de contraceção disponíveis e os recursos que poderiam ser úteis na sexualidade pós-parto, bem como abordamos os medos/mitos e dúvidas relativos ao retomar da atividade sexual. Informámos, também que a atividade sexual podia ser reiniciada quando o desejassem, apesar de ser recomendado que o fizessem três a seis semanas após o parto. Consequentemente, a dispareunia pode estar presente, relacionando-se com a diminuição de produção de estrogénios, devido ao aumento da prolactina durante a amamentação, o que leva à secura vaginal e posterior dor sentida no retorno à atividade sexual. No sentido de minimizar este desconforto recomendámos o uso de lubrificante juntamente com o preservativo, como o único método contraceptivo aconselhado durante as primeiras seis semanas após o parto, com o intuito de prevenir uma nova gravidez e diminuir o risco de infeção (DGS, 2008). Também aconselhámos a pílula progestativa, a ser iniciada apenas nas seis semanas após o parto, por ainda não serem conhecidos os seus efeitos sobre o desenvolvimento cerebral ou hepático do RN, apesar da DGS (2008) referir que esta não influencia a qualidade e quantidade do leite materno.

A administração da imunoglobulina anti-D (300ug por via intramuscular) foi uma intervenção de enfermagem executada por rotina até 72 horas após o parto a todas as puérperas com o tipo de sangue Rh negativo não sensibilizadas (teste de *Coombs* indireto negativo) cujo RN apresentava um tipo de sangue Rh positivo (DGS, 2007).

O foco de atenção Gestão do regime medicamentoso (ICN, 2019), foi tido em consideração, uma vez que algumas mulheres tinham alta com a prescrição de fármacos analgésicos, laxantes e/ou heparina de baixo peso molecular. Nesse sentido avaliávamos o conhecimento da mesma sobre o efeito terapêutico dos medicamentos, bem como os seus efeitos colaterais. Em relação à heparina de baixo peso molecular, avaliávamos também a capacidade para administrar o fármaco, explicando ao casal todos os cuidados a ter na sua administração, instruindo-os e treinando com os mesmos.

No momento da saída do serviço foi ainda verificada se a cadeira de transporte do RN era adequada ao peso e idade do RN e se cumpria as normas estabelecidas, de acordo com a Associação Para a Promoção da Segurança Infantil (2015). Assim, ainda no âmbito do foco Papel Parental (ICN, 2019) os pais foram instruídos a colocar o RN adequadamente na cadeira de transporte, os cintos de segurança e a colocar a cadeira de transporte no automóvel sendo que foi recomendada a sua colocação no sentido contrário ao da marcha até por volta dos dois anos de idade.

Para terminar, diríamos que este estágio nos permitiu atingir os objetivos e as competências exigidas para cuidar a mulher/casal e RN de forma a que a tríade vivenciasse esta transição numa interação dinâmica e saudável. Experienciámos situações que nos permitiram compreender o quanto é vasto e abrangente o cuidado especializado e qual é a relevância que o EESMO assume, sendo fundamental a sua ação, desempenho e proatividade

durante o processo de transição para a parentalidade e no acompanhamento à mulher/casal, RN e família. Este foi, sem dúvida, um período de aprendizagem muito intenso, mas muito compensador.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O desenvolvimento deste estágio profissional proporcionou uma importante oportunidade de aprendizagem pessoal e profissional, permitindo adquirir e desenvolver competências nos diferentes domínios de atuação do EESMO, através do acompanhamento da mulher/casal e família numa das mais importantes transições do ciclo vital, tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (2010). Também, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica preconiza e orienta o percurso de formação do EESMO, estipulando que o desenvolvimento de competências deve decorrer ao longo de dois anos de formação, nos quais se devem atingir um número mínimo de experiências em cada área. Neste contexto, foram alcançadas as experiências legalmente exigidas. A única experiência que não foi possível realizar em campo foi o parto em apresentação fetal pélvica, mas foi realizada em situação de simulação e o procedimento do mesmo em laboratório e numa atividade formativa. De forma a sintetizar e facilitar a leitura das experiências atingidas elaborou-se o quadro seguinte.

Grávidas		Parturientes		Partos executados		Partos participados		Prática Sutura	Puerperas		Recém-nascidos	
Risco	Normais	Risco	Normais	Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvicos	Cefálicos		Risco	Normais	Risco	Normais
74	71	42	59	12	34	1 simulado	10	34	41	68	42	60

QUADRO 5: Síntese do registo de experiências

Ao longo do estágio, nas três áreas em que desenvolvemos as competências a problematização das práticas foi uma constante, o que motivou a procura da melhor e mais recente evidência científica, tendo como base a prática baseada na evidência, bem como a reflexão conjunta com as orientadoras dos respetivos módulos de estágio.

Este estágio possibilitou a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades no domínio da gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e autocuidado pós-parto e parentalidade. Assim, é possível afirmar convictamente que este estágio contribuiu para uma melhoria da prestação de cuidados.

A ordem cronológica da realização dos estágios cumpriu a ordem natural de eventos, tendo sido realizado em primeiro lugar o módulo de gravidez com complicações,

posteriormente o módulo de trabalho de parto e parto e por último o pós-parto, numa sequência como se desenvolve o processo de maternidade, o que facilitou a aquisição de conhecimentos e habilidades.

Relativamente ao módulo de gravidez com complicações, o maior desafio foi o de providenciar suporte emocional face à situação de processo patológico vivenciado pelo casal a que se encontravam frequentemente associados sentimentos negativos como medo, ansiedade ou diminuição da autoestima, pelo que foi necessária a implementação de intervenções capazes de promover a saúde mental, aumentar a esperança e minimizar os sentimentos negativos.

No que se refere ao módulo relativo ao trabalho de parto e parto, podemos referir que este foi o mais desafiante deste percurso de aprendizagem, não só pela complexidade das técnicas que envolvem o parto, mas também por termos um número mínimo de partos a atingir. No entanto, estas dificuldades foram ultrapassadas com êxito, com o apoio incondicional da nossa tutora e de toda a equipa. Neste contexto, tive a oportunidade de realizar 46 partos que me permitiram desenvolver competências para proporcionar ao casal a vivência de uma experiência única e positiva na sua vida, tendo sido muito gratificante partilhar com as mulheres/casais estes momentos tão íntimos, e, apercebermo-nos que contribuímos para que este momento fosse satisfatório.

É, ainda, de referir que outras dificuldades sentidas neste estágio foram, algumas práticas protocolarmente instituídas, que por vezes não permitiram a vivência do parto conforme as nossas e as expectativas do casal. No entanto, estas dificuldades foram sendo ultrapassadas através da adoção de outras estratégias e da negociação com o casal, bem como com a equipa multidisciplinar e com a colaboração da orientadora de estágio.

Relacionado com este módulo realizou-se a revisão integrativa da literatura que permitiu a aquisição de competências de investigação, não só na área de utilização do plano de parto como uma ferramenta para a tomada de decisão e satisfação da mulher, mas também nos permitiu utilizar a prática baseada na evidência para adequar a nossa prática clínica tendo em conta a evidência atual.

No módulo de estágio referente ao pós-parto, o autocuidado à puérpera, os cuidados ao RN e a amamentação foram as áreas principais de atuação, tendo sempre como objetivo a manutenção do bem-estar da mulher, casal e RN, promovendo, assim, uma transição para a parentalidade saudável. Em relação aos desafios, o mais relevante foi o tempo de internamento, que é escasso para consolidar toda a informação obtida, mas que sendo necessário orientávamos para um posterior acompanhamento em contexto domiciliário, para o enfermeiro especialista e ou médico assistente conforme a sua necessidade de apoio. Ou, ainda, para a linha de apoio à amamentação existente no serviço de puerpério do HPH.

Na elaboração deste documento, a extensa pesquisa bibliográfica necessária à fundamentação da prática, bem como o tempo despendido na sua redação, foram

igualmente um desafio. Contudo, apesar dos aspetos referidos, todos os obstáculos e desafios foram ultrapassados com sucesso e é possível afirmar que a realização deste estágio, a elaboração deste relatório e a frequência neste curso de mestrado traduziram-se numa experiência muito gratificante, de grande realização pessoal e profissional.

CONCLUSÃO

Chegamos assim à última etapa deste relatório que resume as atividades desenvolvidas, as experiências vivenciadas e o processo de investigação realizado ao longo de um ano de estágio, que foi, sem dúvida, muito gratificante a nível profissional e pessoal. A realização deste estágio permitiu o desenvolvimento das competências necessárias para cuidar da mulher/casal, RN e família, ao nível da gravidez, trabalho de parto e parto e pós-parto.

Importa salientar que os objetivos definidos na fase inicial foram atingidos, em contexto da prática clínica, através do desenvolvimento das competências delineadas e no cumprimento do número mínimo de experiências exigidas, tendo em conta o regulamento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, publicado pela Ordem dos Enfermeiros e que conduzem à atribuição do título de EESMO.

Os cuidados de enfermagem prestados ao longo desta etapa tiveram como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada mulher vive e persegue, ao longo do seu ciclo reprodutivo, tendo em conta as dimensões social, emocional, cultural, espiritual e física. Os módulos que compõem este estágio permitiram a aquisição de competências relacionadas com a prestação de cuidados especializados à mulher/casal, RN e família de modo a que estes pudessem vivenciar uma transição para a parentalidade saudável e positiva.

Durante a realização do estágio pretendemos sempre dar prioridade aos desejos e necessidades da mulher/casal, enfatizando a importância da escolha informada e do envolvimento destes, estabelecendo assim uma relação de confiança entre a mulher/casal e conosco enquanto estudante do MESMO.

Os cuidados que prestamos, ao longo deste percurso, não só integraram a evidência científica mais atual, mas também, tiveram em conta as características e necessidades individuais de cada pessoa, no sentido de assegurar a prestação de cuidados culturalmente competentes.

Nos diferentes serviços por que passamos deparamo-nos com diferentes desafios e necessidades, inicialmente na Unidade de Grávidas de Risco encontramos mulheres a quem foi diagnosticada alguma complicação durante a gravidez, passando a vivenciar um período permeado de sentimentos negativos, colocando assim em causa o seu projeto de vida. No Bloco de Partos tivemos de implementar intervenções individualizadas, tendo em conta as necessidades de cada mulher, num momento tão marcante e único como o nascimento de

um filho. Ainda no serviço de Obstetrícia contactamos com a mulher/casal que se deparava com novos desafios de adaptação ao seu novo papel de mãe e pai, com todas as dúvidas e receios associados, sendo que o nosso suporte foi crucial.

Durante a realização do presente relatório foi possível compreender a necessidade do EESMO basear a sua prática nos conhecimentos inerentes à disciplina de enfermagem, baseando as suas intervenções na evidência científica mais pertinente e atual. A problematização das práticas, o desenvolvimento e produção de investigação em enfermagem são essenciais para a prestação de cuidados de qualidade em saúde.

Assim, a reflexão e problematização das práticas ao longo do estágio resultaram na necessidade de problematizar uma temática específica, que constituía um problema que carecia de ser clarificado para alargar o nosso conhecimento e compreendermos a eficácia do plano de parto na satisfação e experiência positiva da mulher/casal. A opção metodológica para a sua realização foi a revisão integrativa da literatura, que se encontra no segundo capítulo deste relatório.

Ainda relativamente à temática desenvolvida neste estudo pretendeu-se compreender qual o contributo do plano de parto na satisfação e tomada de decisão da mulher e, portanto, tendo em conta os resultados e conclusões dos estudos que constituíram a amostra, podemos concluir que o plano de parto pode constituir-se como uma estratégia positiva em determinadas situações, no entanto, a evidência atual não é robusta o suficiente para considerar que o plano de parto melhora a satisfação e tomada de decisão da mulher durante o trabalho de parto e parto. Os resultados obtidos neste estudo revelam ainda a necessidade de maior investigação científica com recurso a outras metodologias, que privilegiem a experiência real em campo, para assim compreendermos a pertinência e o contributo do plano de parto sobre as experiências do parto, a tomada de decisão e a satisfação da mulher.

A análise dos dados e a interpretação dos resultados do estudo pretenderam não só a produção de conhecimento sobre a problemática em estudo, sem ter como pretensão a generalização dos resultados, mas também compreender a importância do envolvimento do EESMO na aplicabilidade do plano de parto como uma ferramenta de comunicação que permita à mulher ter maior autonomia e uma tomada de decisão informada sobre o seu parto, com a finalidade de promover uma experiência de parto satisfatória.

A realização deste relatório representa o culminar de uma experiência académica desafiante, que nos permitiu não só adquirir competências relativas ao exercício profissional como futura EESMO, mas também reconhecer a importância de desenvolver práticas baseadas na evidência científica.

Concluindo, este percurso não se fez sem alguns desafios e medos pelo caminho, mas com perseverança e empenho estes foram ultrapassadas e conseguimos atingir os nossos

objetivos e desenvolver as competências necessárias para que no futuro possamos prestar cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrar, A., Fairbrother, N., Smith, A. P., Skoll, A., & Albert, A. Y. K. (2019). Anxiety among women experiencing medically complicated pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Wiley - Birth Issues in Perinatal Care*, 47(1), 13-20. <https://doi.org/10.1111/birt.12443>
- Afriyie, D. (2020). Effective communication between nurses and patients : an evolutionary concept analysis. *British Journal of Community Nursing*, 25(9), 438-445.
- Afsar, F. S. (2009). Skin care for preterm and term neonates. *Clinical and Experimental Dermatology*, 34(8), 855-858. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.2009.03424.x>
- Afshar, Y., Mei, J. Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J., & Esakoff, T. F. (2017). Birth plans—Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *Birth*, 1-7. <https://doi.org/10.1111/birt.12320>
- Alfirevic, Z., Gyte, G. M. L., Cuthbert, A., & Devane, D. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3>
- Almeida, M. do C., Dores, J., Ruas, L., Vicente, L., & Paiva, S. (2017). Consenso "Diabetes Gestacional": Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24-38.
- Anderson, C.-M., Monardo, R., Soon, R., Lum, J., Tschann, M., & Kaneshiro, B. (2017). Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health : A Journal of Asia Pacific Medicine & Public Health*, 76(11), 305-309. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29164014><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5694973>
- Andrade, B. A. M. de, Gagliardo, G. I., & Péret, F. J. A. (2009). Tromboembolismo venoso no ciclo gravídico puerperal. *Femina*, 37(11).
- Araújo, I. R. B., Oliveira, L. L. dos S., Santos, T. M. M. G., & Moraes, S. D. dos S. (2014). Nursing care of the newborns with neonatal jaundice: an integrative review. *Revista*

de Enfermagem Da UFPI, 3(1), 120-124. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v3i1.1381>

Associação Para a Promoção da Segurança Infantil. (2015). *Segurança Rodoviária*. Lisboa: APSI.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS & FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA. (2009). *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusodidacta.

Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2017). *Reflexão sobre o trabalho de parto e Parto: construção de um plano de preferências de parto*.

Ayres-De-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandraran, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131, 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.02.005>

Baghdari, N., Sadeghi Sahebzad, E., Kheirkhah, M., & Azmoude, E. (2016). The Effects of Pregnancy-Adaptation Training on Maternal-Fetal Attachment and Adaptation in Pregnant Women With a History of Baby Loss. *Nursing and Midwifery Studies*, 5(2). <https://doi.org/10.17795/nmsjournal28949>

Bain, E., Middleton, P., & Crowther, C. A. (2011). Different magnesium sulphate regimens for neuroprotection of the fetus for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009302>

Bayes, S., & Whitehead, L. (2018). Cardiotocography vs. Intermittent Auscultation in Assessing Fetal Well-Being. *American Journal of Nursing*, 118(6). <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000534845.27761.cc>

Bayrampour, H., McDonald, S., & Tough, S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Elsevier Ltd*, 31(6), 582-589. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.009>

Berghella, V., Baxter, J. K., & Chauhan, S. P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(5), 445-454. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.06.093>

Blackwell, S., Louis, J. M., Norton, M. E., Lappen, J. R., Pettker, C. M., Kaimal, A., Landy, U., Edelman, A., Teal, S., & Landis, R. (2020). Reproductive services for women at high risk for maternal mortality: a report of the workshop of the Society for Maternal-Fetal Medicine, the American College of Obstetricians and Gynecologists, the Fellowship in Family Planning, and the Society of Family. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), B2-B18.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.008>

- Blume-Peytavi, U., Cork, M. J., Faergemann, J., Szczapa, J., Vanaclocha, F., & Gelmetti, C. (2009). Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: Recommendations from a European round table meeting. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 23(7), 751-759. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03140.x>
- Boccolini, C. S., Carvalho, M. L., Oliveira, M. I. C., & Pérez-Escamilla, R. (2013). Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *Jornal de Pediatria*, 89(2), 131-136. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.005>
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. A., & Macedo, M. (2011). O MÉTODO DA REVISÃO INTEGRATIVA NOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS. *Revista Eletrônica Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-136.
- Brandão, S., & Figueiredo, B. (2012). Fathers' emotional involvement with the neonate: Impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2730-2739. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05978.x>
- Bustamante, G., Mantilla, B., Cabrera-Barona, P., Barragán, E., Soria, S., Quizhpe, E., Jiménez Aguilar, A. P., Hinojosa Trujillo, M. H., Wang, E., & Grunauer, M. (2019). Awareness of obstetric warning signs in Ecuador: a cross-sectional study. *Public Health*, 172, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.04.013>
- Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - Estudo sobre a avaliação das Competências Parentais (Tese de Doutorado)*. Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Cardoso, A., Paiva e Silva, A., & Marín, H. (2015). Competências parentais : construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(4), 11-20.
- Castro, J. S., Gameiro, M., Araújo, C., Pinto, A., & Teles, T. P. (2014). Sulfato de magnésio para neuroproteção fetal, uma revisão da literatura. *Acta Obstet Ginecol Port*, 8(4), 391-397.
- Cirico, M. O. V., Shimoda, G. T., & Oliveira, R. N. G. de. (2016). Qualidade assistencial em aleitamento materno: implantação do indicador de trauma mamilar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.60546>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. In *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final->

- Cooke, A. (2010). When will we change practice and stop directing pushing in labour? *British Journal of Midwifery*, 18(2), 76-81. <https://doi.org/10.12968/bjom.2010.18.2.46403>
- Corbijn van Willenswaard, K., Lynn, F., McNeill, J., McQueen, K., Dennis, C. L., Lobel, M., & Alderdice, F. (2017). Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1432-x>
- Cordeiro, L., Ferreira, I., Martin, A., Catelo-Branco, L., & Liça, L. (2010). Analgesia do Trabalho de Parto: Perspectivas e Avanços. *Associação Portuguesa Para o Estudo Da Dor*, 18(1).
- Correia, M. D. J., Leonardo, A., Fatela, A. M., Farias, A., Silva, A. G., Sousa, C., Xarepe, F., Pinto, G., Silva, G., Duarte, M. L. R., Brito, L., Alves, M. J., Amaral, M., Sereno, S., Gamanho, T., & Lopes, V. (2012). *A Psicologia na Saúde da Mulher e da Criança: Intervenções, Práticas e Contextos numa Maternidade* (1ª Ed). Lisboa: Placebo Editora. www.sp-ps.pt/uploads/publicacoes/108_c.pdf
- Crowley, A. E., Grivell, R. M., & Dodd, J. M. (2016). Sealing procedures for preterm prelabour rupture of membranes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010218.pub2>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2012). *Obstetrícia de Williams* (23ª edição). Brasil: AMGH Editora Ltda.
- Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R. de, Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i2.36304>
- Devane, D., Lalor, J. G., Daly, S., McGuire, W., Cuthbert, A., & Smith, V. (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005122.pub5>
- Dias, M. D. S., Da Silva, R. A., Souza, L. D. D. M., Lima, R. D. C., Pinheiro, R. T., & Moraes, I. G. D. S. (2008). Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, 24(12), 2787-2797. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200007>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Circular Normativa nº 2/DSMIA - Profilaxia da Isoimunização*

Rh. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Indução do Trabalho de Parto*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2015c). *Trabalho de Parto Estacionário*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional de vacinação*. Lisboa: DGS.

Doyle, L. W., Crowther, C. A., Middleton, P., & Marret, S. (2007). Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004661.pub2>

Düzgün, A. A., & Ege, E. (2017). Effects of relaxation exercises on the ways of coping with stress and anxiety level in primiparous pregnant women diagnosed with preterm labor. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 3158-3166. <https://doi.org/10.14687/jhs.v14i4.4820>

Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M. M., & Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6>

Fairbrother, N., Young, A. H., Zhang, A., Janssen, P., & Antony, M. M. (2016). The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0704-7>

Farahat, A. H., El Sayed Mohamed, H., Elkader, S. A., & El-Nemer, A. (2015). Effect of Implementing A Birth Plan on Womens ' Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. *Journal of Education and Practice*, 6(6), 24-32.

Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). Lisboa: LIDEL.

Felgueiras, M., & Graça, L. (2013). Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(11), 77-84. <https://doi.org/10.12707/riii12136>

Fernandes, Juliana Dumet, Machado, M. C. R., & Oliveira, Z. N. P. de. (2009). Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas: parte II. *Anais Brasileiros de*

Dermatologia, 84(1), 47-54. <https://doi.org/10.1590/s0365-05962009000100007>

Fernandes, Juliana Dumê, Machado, M. C. R., & Oliveira, Z. N. P. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), 102-110. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962011000100014>

Fernandes, N. G. V., & Silva, E. M. B. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 107-115.

Ferreira-Couto, C. M., & Fernandes-Carneiro, M. do N. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: Uma revisão integrativa da literatura. *Enfermeria Global*, 16(3), 552-563. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>

Ferreira, A. F. (2016). Fisiologia do Puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438-442). Lisboa: LIDEL.

Ferreira, S. S. C. H. (2016). Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 416-424). Lisboa: LIDEL.

Figueiredo, B., Canário, C., Tendais, I., Pinto, T. M., Kenny, D. A., & Field, T. (2018). Couples' relationship affects mothers' and fathers' anxiety and depression trajectories over the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 238(September 2017), 204-212. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.064>

Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 353-355). Lisboa: LIDEL.

Franklin, C. (2006). The neonatal nurse's role in parental attachment in the NICU. *Critical Care Nursing Quarterly*, 29(1), 81-85. <https://doi.org/10.1097/00002727-200601000-00009>

Gallo, R. B. S., Santana, L. S., Marcolin, A. C., Ferreira, C. H. J., Duarte, G., & Quintana, S. M. (2011). Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*, 39(1), 41-48.

Geleto, A., Chojenta, C., Musa, A., & Loxton, D. (2019). WOMEN's Knowledge of Obstetric Danger signs in Ethiopia (WOMEN's KODE): a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 8(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-0979-7>

Gomes, N. S., Teixeira, J. B. do A., & Barichello, E. (2010). Cuidados ao recém nascido em fototerapia: o conhecimento da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 342-347. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i2.6507>

- Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5ª ed). Lisboa: Lidel.
- Guerra, M. J., Braga, C., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 117-124.
- Guimarães, N. N. A., Silva, L. S. R., Matos, D. P., & Douberin, C. A. (2018). ANÁLISE DE FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DA EPISIOTOMIA. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 12(4), 1046-1053.
- Gurung, A., Wrammert, J., Sunny, A. K., Gurung, R., Rana, N., Basaula, Y. N., Paudel, P., Pokhrel, A., & Kc, A. (2020). Incidence, risk factors and consequences of preterm birth - findings from a multi-centric observational study for 14 months in Nepal. *Archives of Public Health*, 78(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00446-7>
- Hanko, C., Bittner, A., Junge-Hoffmeister, J., Mogwitz, S., Nitzsche, K., & Weidner, K. (2019). Course of mental health and mother-infant bonding in hospitalized women with threatened preterm birth. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(1), 119-128. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05406-3>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Hosseini, S. E., Bagheri, M., & Honarparvaran, N. (2013). Investigating the effect of music on labor pain and progress in the active stage of first labor. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 17, 1479-1487.
- Huang, J., Qian, Y., Gao, M., Ding, H., Zhang, L., & Jia, R. (2020). Analysis of factors related to preterm birth: a retrospective study at Nanjing Maternity and Child Health Care Hospital in China. *Medicine*, 99(28). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021172>
- Hunt, L. (2013). Literature review: Eating and drinking in labour. *British Journal of Midwifery*, 21(7), 499-502. <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.7.499>
- Iaconelli, V. (2005). DEPRESSÃO PÓS-PARTO, PSICOSE PÓS-PARTO E TRISTEZA MATERNA. *Revista Pediatria Moderna*, 41(n), 1-6.
- Imdad, A., Bautista, R. M. M., Senen, K. A. A., Uy, M. E. V., Mantaring, J. B., & Bhutta, Z. A. (2013). Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008635.pub2>
- Inanir, S., Cakmak, B., Nacar, M. C., Guler, A. E., & Inanir, A. (2015). Body image perception

- and self-esteem during pregnancy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 3(4), 196-200. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2015.41>
- International Council of Nurses. (2011). *International Classification for Nursing Practice*. Geneva: ICN.
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Johnson, J. (2011). *Enfermagem Materna e do Recém-Nascido Desmistificada: Um guia de aprendizado* (1ªed). Porto Alegre: AMGH.
- Jolles, M. W., de Vries, M., Hollander, M. H., & van Dillen, J. (2019). Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. *Birth*, 1-7. <https://doi.org/10.1111/birt.12451>
- Jomeen, J., & Martin, C. R. (2005). Self-esteem and mental health during early pregnancy. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9(1-2), 92-95. <https://doi.org/10.1016/j.cein.2004.09.001>
- Karino, M. E., & Felli, V. E. A. (2012). ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS: AVANÇOS E INOVAÇÕES EM REVISÕES SISTEMÁTICAS. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11, 11-15. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i5.17048>
- Karp, H. (2003). *The happiest baby on the block* (1ª ed). Nova Iorque: Bantam.
- Kaufman, T. (2007). Evolution of the Birth Plan. *Journal of Perinatal Education*, 16(3), 47-52. <https://doi.org/10.1624/105812407x217985>
- Khianman, B., Pattanittum, P., Thinkhamrop, J., & Lumbiganon, P. (2008). Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007426>
- Kim, Y. J., & Park, Y.-J. (2018). Effect of Structured Bed Exercise on Uterine Contractions, Fetal Heart Rate Patterns, and Maternal Psychophysical Symptoms of Hospitalized High-Risk Pregnant Women: A Randomized Control Trial. *Asian Nursing Research*, 12(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.12.003>
- Lavender, T., Cuthbert, A., & Smyth, R. M. D. (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005461.pub5>
- Lehugueur, D., Strapasson, M. R., & Fronza, E. (2017). Non-Pharmacological Management of Relief in Deliveries Assisted By an Obstetric Nurse. *Revista de Enfermagem UFPE*,

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=126592140&site=ehost-live>

- Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 443-454). Lisboa: LIDEL.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *MANUAL DE ALEITAMENTO MATERNO* (Comité Português para a UNICEF & Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (eds.)).
- Lopes, M. O. (2016). Plano de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 167-169). Lisboa: LIDEL.
- Lothian, J. (2006). Birth plans: The good, the bad, and the future. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(2), 295-303. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x>
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Luís, S. P. D., Costa, M. G. F. A., & Casteleiro, C. S. C. (2014). *Boas Práticas Nos Cuidados Ao Coto Umbilical: Um Estudo De Revisão*. 47, 33-46. <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium47/4.pdf>
- Magro, C., Guerreiro, E., & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-termo. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 211-215). Lisboa: LIDEL.
- Marques, T. P. (2016). Aceitação e Vivência da Gravidez no casal. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 70-72). Lisboa: LIDEL.
- Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 2), 121-131. <https://doi.org/10.12707/riii1394>
- Matos, T. A., Souza, M. S., Santos, E. K. A., Velho, M. B., Seibert, E. R. C., & Martins, N. M. (2010). Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 998-1004. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600020>
- Mccormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B.,

- Mccance, T., Mekki, T. E., Porock, D., Van Lieshout, F., & Wilson, V. (2015). Person-centredness - the “state” of the art. *International Practice Development Journal*, 5, 1-15.
- Medeiros, J., Hamad, G. B. N. Z., Costa, R. R. de O., Chaves, A. E. P., & Medeiros, S. M. de. (2015). Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. *Revista Espaço Para a Saúde*, 16(2), 37-44. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771441>
- Mei, J. Y., Afshar, Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J., & Esakoff, T. F. (2016). Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth*, 43(2), 144-150. <https://doi.org/10.1111/birt.12226>
- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., De Carvalho, P. H. B., & Ferreira, M. E. C. (2015). Imagem corporal de gestantes: Associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 37(7), 319-324. <https://doi.org/10.1590/S0100-720320150005388>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, Afaf I. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (1ª edição). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764.
- Mirghafourvand, M., Mohammad Alizadeh Charandabi, S., Ghanbari-Homayi, S., Jahangiry, L., Nahaei, J., & Hadian, T. (2019). Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 1-9. <https://doi.org/10.1111/ijn.12722>
- Moisés, El. C. D., Brito, L. G. O., Duarte, G., & Freitas, M. M. S. (2011). Disfunções miccionais no período gestacional e puerperal. *Femina*, 39(8), 409-412. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=613328&indexSearch=ID>
- Monteiro, F., & Leite, C. F. (2016). Estados Hipertensivos da Gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 182-199). Lisboa: LIDEL.

- Montenegro, C. A. B., & Filho, J. de R. (2014). *Obstétrica Fundamental* (13ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Morais, S., & Mimoso, G. (2013). Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congênita. Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(6), 343-347. <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/2717>
- Mouta, R. J. O., Silva, T. M. D. A., Melo, P. T. da S., Lopes, N. D. S., & Moreira, V. D. A. (2017). Plano De Parto Como Estratégia De Empoderamento Feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*31, (4). <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275>
- Nakamura, Y., Takeishi, Y., Ito, N., Ito, M., Atogami, F., & Yoshizawa, T. (2015). Comfort with motherhood in late pregnancy facilitates maternal role attainment in early postpartum. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 235(1), 53-59. <https://doi.org/10.1620/tjem.235.53>
- National Collaborating Centre for Mental Health, & National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Antenatal and Postnatal Mental Health: the Nice Guideline on Clinical Management and Service Guidance. *The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*, 1-922. <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=bypublichealth&PUBLICHEALTH=Mental+health#/search/?reload>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2006). *Postnatal care up to 8 weeks after birth*. 1-63. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/1-Recommendations#infant-feeding>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2008). *Inducing Labour*. <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/induction-labour/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. 1-89. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557%5Cnhttps://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations#care-in-established-labour%5Cnhttps://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chap>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2015). *Preterm labour and birth overview*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25/chapter/Recommendations#maternal-corticosteroids>

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). *Hypertension in pregnancy : diagnosis and management*.
[http://www.nice.org.uk/guidance/cg107%5Cnhttps://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=7818%5Cnhttp://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(02\)80002-9/abstract](http://www.nice.org.uk/guidance/cg107%5Cnhttps://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=7818%5Cnhttp://www.ijgo.org/article/S0020-7292(02)80002-9/abstract)
- Nilsen, E., Sabatino, H., & Lopes, M. H. B. de M. (2011). Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Revista Esc Enferm USP*, 45(3), 557-565. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300002>
- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & Ekström, A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*, 1-6. <https://doi.org/10.1155/2013/349124>
- Nogueira, J., & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 8), 57-66. <https://doi.org/10.12707/riii1214>
- Nunes, S., & Vargens, O. M. da C. (2014). O uso do gelo para alívio da dor no cuidado à parturiente : revisão integrativa. *Enfermagem Obstétrica*, 1(3), 95-99.
- Nyström, K., & Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 319-330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.02991.x>
- Ohlsson, A., & Vibhuti, S. (2014). Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007467.pub4.www.cochranelibrary.com>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Plano de Parto. PARECER Nº7*. 1-2.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Plano de Parto: Escolhas que marcam a vida*. Lisboa, OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2ª série (nº 85), 3 de maio de 2019, regulamento n.º 391/2019*. 13560-13565.
- Ordem dos Enfermeiros, & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2012). *Pelo direito ao parto normal - Uma visão partilhada*.

- Orfão, A. (2016). Determinação do Risco Materno-Fetal. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 108-116). Lisboa: LIDEL.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2013a). *Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2013b). *Postnatal care of the mother and newborn*. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2014a). *Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2014b). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2014c). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2014d). *WHO recommendations for augmentation of labour*. Geneva: World Health Organization. [papers3://publication/uuid/A44BD3BF-6ABD-4802-94D7-D6C0F2B001BA](https://publications.who.int/publication/uuid/A44BD3BF-6ABD-4802-94D7-D6C0F2B001BA)
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2015a). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*. Geneva: World Health Organization. www.mcsprogram.org
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2015b). *WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2015c). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneva: World Health Organization. www.who.int/reproductivehealth
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2018a). *WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2018b). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

- Organização Mundial de Saúde (OMS), & Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2018). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative. In *Pediatric Clinics of North America* (Vol. 48, Issue 2). Geneva: World Health Organization. [https://doi.org/10.1016/s0031-3955\(08\)70039-7](https://doi.org/10.1016/s0031-3955(08)70039-7)
- Petter, C. E., Farret, T. C. F., Scherer, J. S., & Antonello, V. S. (2013). Fatores relacionados a infecções de sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos. *Scientia Medica*, 23(1), 28-33.
- Pontes, D. M., Pimentel, L. G. B., & Carvalho, F. H. C. (2013). Eventos tromboembólicos na gestação e puerpério : revisão sistemática e recomendação atual. *Femina*, 41(1).
- Porto, A. M. F., Amorim, M. M. R., & Souza, A. S. R. (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*, 38(10), 527-537.
- Prada, F., & Rafael, M. (2016). Partograma. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 348-352). Lisboa: LIDEL.
- Presti, C., Miranda, F., Pânico, M., Matielo, M., Porto, C., Marques, M., & Yoshida, R. (2015). *Projeto Diretrizes SBACV: Trombose venosa profunda - Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: SBACV. <https://doi.org/10.1590/s0100-39842002000100020>
- Rabe, H., Gyte, G. M. L., Díaz-Rossello, J. L., & Duley, L. (2019). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003248.pub4>
- Redulla, R. (2018). Bed rest with and without hospitalization in multiple pregnancy for improving perinatal outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, e12667. <https://doi.org/10.1111/ijn.12667>
- Roberts, D., Brown, J., Medley, N., & Dalziel, S. R. (2017). Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004454.pub3>
- Rocha, J., Brandão, P., Melo, A., Torres, S., Mota, L., & Costa, F. (2017). Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. *Acta Médica Portuguesa*, 30(7-8), 568-572. <https://doi.org/10.20344/amp.7371>
- Santana, A., & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do Bem-estar Materno-Fetal. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 392-

399). Lisboa: LIDEL.

- Santo, S., Ayres-de-Campos, D., Costa-Santos, C., Schnettler, W., Ugwumadu, A., & Da Graça, L. M. (2017). Agreement and accuracy using the FIGO, ACOG and NICE cardiotocography interpretation guidelines. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96, 166-175. <https://doi.org/10.1111/aogs.13064>
- Santo, S. F. (2018). *Avaliação da concordância e da fiabilidade das normas de orientação da FIGO, ACOG e NICE para a interpretação da cardiotocografia*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Santos, C. M. da C., Pimenta, C. A. de M., & Nobre, M. R. C. (2007). A ESTRATÉGIA PICO PARA A CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA E BUSCA DE EVIDÊNCIAS. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692007000300023>
- Sarkar, R., Basu, S., Agrawal, R., & Gupta, P. (2010). Skin care for the newborn. *Indian Pediatrics*, 47(11).
- Schlegel, M. L., Whalen, J. L., & Williamsen, P. M. (2016). Integrative therapies for women with a high risk pregnancy during antepartum hospitalization. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(6), 356-362. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000279>
- Schleußner, E. (2013). The Prevention, Diagnosis and Treatment of Premature Labor. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 110(13), 227-236. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0227>
- Silva, A. L. S., Nascimento, E. R. do, & Coelho, E. de A. C. (2015). Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(3), 424-431. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150056>
- Silva, C., & Carneiro, M. (2014). Adaptation to parenthood: the birth of the first child. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(3), 17-26. <https://doi.org/10.12707/riii13143>
- Silva, D. A. D. O., Ramos, M. G., Jordão, V. da R. V., Silva, R. A. R., Carvalho, J. B. L., & Costa, M. M. do N. (2013). Uso De Métodos Não Farmacológicos Para O Alívio Da Dor Durante O Trabalho De Parto Normal: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, 7, 1539-1548. <https://doi.org/10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201309>

- Silva, J. L. P. da, Linhares, F. M. P., Barros, A. de A., Souza, A. G. de, Alves, D. S., & Andrade, P. de O. N. (2018). Fatores Associados Ao Aleitamento Materno Na Primeira Hora De Vida Em Um Hospital Amigo Da Criança. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(4), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>
- Silva, L. J. da, & Silva, L. R. da. (2009). Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais TT - Changes of life and in the body: experiences before the pregnancy in the affective perspective of parents. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 13(2), 393-401. http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo_20.pdf
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. L. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>
- Siqueira, F. P. C., & Colli, M. (2013). Prevalência Do Contato Precoce Entre Mãe E Recém-Nascido Em Um Hospital Amigo Da Criança. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 7(11), 6455-6461. <https://doi.org/10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201319>
- Sitras, V., Šaltytė Benth, J., & Eberhard-Gran, M. (2017). Obstetric and psychological characteristics of women choosing epidural analgesia during labour: A cohort study. *PLoS ONE*, 12(10), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186564>
- Smyth, R., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub3>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013a). *Consensos de Neonatologia: Hipoglicemia neonatal*. 1-10. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-hiperglicemia_neonatal.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013b). *Consensos de Neonatologia: icterícia neonatal*. 1-20.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). (2007). Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU). *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(5), 209-214.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). (2012). *Prescrição Pré-natal de Corticoides para reduzir a Morbilidade e Mortalidade Neonatais*.
- Sosa, C. G., Althabe, F., Belizán, J. M., & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003581.pub3>

- Sousa, A. P. P. A. (2015). *Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Sousa, Luís Manuel Mota, Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Antunes, A. V. (2017). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 17-26.
- Sousa, Luis Manuel Mota, Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O. S., & Antunes, A. V. (2018). MODELOS DE FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO NA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 31-39.
- Souza, A. S. R., Costa, A. A. R., Coutinho, I., Neto, C. N., & Amorim, M. M. R. (2010). Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *Femina*, 38(4).
- Sprague, A. E., O'Brien, B., Newburn-Cook, C., Heaman, M., & Nimrod, C. (2008). Bed Rest and Activity Restriction for Women at Risk for Preterm Birth: A Survey of Canadian Prenatal Care Providers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30(4), 317-326. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)32800-6](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32800-6)
- Steer, P. J., Russell, A. B., Kochhar, S., Cox, P., Plumb, J., & Gopal Rao, G. (2020). Group B streptococcal disease in the mother and newborn—A review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.06.024>
- Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2015). Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520-526. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>
- Surbek, D., Drack, G., Irion, O., Nelle, M., Huang, D., & Hoesli, I. (2012). Antenatal corticosteroids for fetal lung maturation in threatened preterm delivery: Indications and administration. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(2), 277-281. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2339-x>
- Teixeira, S., Abelha, F., & Santos, A. (2016). Analgesia de parto: Abordagem do neuroeixo e satisfação materna. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 25(4), 109-116. <https://doi.org/10.25751/rspa.8337>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2009a). Induction of labor: ACOG Practice Bulletin No.107. *Obstetrics Gynecology*, 114(2), 386-397. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318188d1c2>

- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2009b). Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *ACOG Practice Bulletin No. 106. Obstet Gynecol, 114*, 192-202. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181aef106>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2017). Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation: Committee opinion No. 713. *Obstet Gynecol, 130(2)*, 102-109. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2082>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2019). Gestational Hypertension and Preeclampsia: Practice Bulletin No.202. *Obstetrics & Gynecology, 133*, 168-186.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020a). Prelabor Rupture of Membranes: Practice Bulletin No.217. *Obstetrics & Gynecology, 135(3)*, 168-186.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020b). Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns: Committee opinion No. 797. *Obstetrics & Gynecology, 135(2)*. <https://doi.org/10.1097/00006250-200308000-00043>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) & American Academy of Pediatrics. (2015). The Apgar Score: Committee Opinion No 644. *Obstetrics & Gynecology, 126(4)*, e52-55.
- The Joanna Briggs Institute. (2013). *New JBI Levels of Evidence*. http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014: Methodology for JBI Umbrella Reviews*. The Joanna Briggs Institute: Austrália. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & Ryding, E. L. (2014). A Randomized Controlled Trial of a Psycho-Education Intervention by Midwives in Reducing Childbirth Fear in Pregnant Women. *Birth, 41(4)*, 384-394. <https://doi.org/10.1111/birt.12136>
- Velho, M. B., Santos, E. K. A. dos, Brüggemann, O. M., & Camargo, B. V. (2012). Vivência Do Parto Normal Ou Cesáreo: Revisão Integrativa sobre a Percepção de Mulheres. *Texto Contexto Enfermagem, 21(2)*, 458-466.
- Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-*

Being, 15(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>

Wilkinson, E. L., O'Mahen, H. A., Fearon, P., Halligan, S., King, D. X., Greenfield, G., Dunkley-Bent, J., Ericksen, J., Milgrom, J., & Ramchandani, P. G. (2016). Adapting and testing a brief intervention to reduce maternal anxiety during pregnancy (ACORN): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/S13063-016-1274-8>

Wolf, H. T., Huusom, L. D., Henriksen, T. B., Hegaard, H. K., Brok, J., & Pinborg, A. (2020). Magnesium sulphate for fetal neuroprotection at imminent risk for preterm delivery: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 127, 1180-1188. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16238>