

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**UM PERCURSO EM ANÁLISE RETROSPETIVA: OS ESFORÇOS
EXPULSIVOS MATERNOS - QUANDO E COMO PUXAR?**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Sob a orientação da
Prof.^a Maria Vitória Barros de Castro Parreira

Vera Lúcia Machado Ferreira
Porto | 2014

“A inteligência é o farol que nos guia, mas é a vontade que nos faz caminhar

Sabedoria é saber o que se deve fazer; a virtude é fazê-lo.”

(David Starr Jordan)

AGRADECIMENTOS

A realização de qualquer trabalho não prescinde de empenho e dedicação. Por isso, não poderia deixar de agradecer a compreensão, o companheirismo e ajuda de todos aqueles que, por um motivo ou outro, estiveram presentes e cuja ajuda foi determinante para prosseguir e concretizar este projeto.

...À Prof. Maria Vitória Parreira, orientadora do projeto, pela orientação, apoio, dedicação e disponibilidade prestada, assim como, pelas importantes críticas e sugestões durante a orientação;

...À Prof. Marinha Carneiro, coordenadora do curso, pelo auxílio nos momentos oportunos e pela forma como me aconselhou durante este percurso;

... À Enf^a Carla Alves, Enf^a Gorete Caetano e Enf^a Clarisse Dias, minhas tutoras dos estágios, pela paciência, pelo ensino, compreensão, por me terem ajudado a crescer enquanto pessoa e profissional;

...A todos os professores, que ao longo do curso de mestrado, contribuíram para a minha formação na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Investigação;

...Aos meus pais e irmãos pelo apoio que sempre demonstraram e por nunca me deixarem desistir do meu sonho;

...Ao Igor por ter estado sempre ao meu lado, pela compreensão e paciência;

...Às grávidas, parturientes e puérperas, que permitiram receber os meus cuidados, para que pudesse desenvolver e adquirir as competências;

...A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este projeto se tornasse possível.

A TODOS MUITO OBRIGADA

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*
- ATPPT – Ameaça de Trabalho de Parto Pré-Termo
- AWHONN - *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*
- BDecf. – Déficit de Bases
- BPM – Batimentos por minuto
- CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CMV - Citomegalovirus
- CTG - Cardiotocografia
- DM – Diabetes Mellitus
- DPP – Data Provável do Parto
- DUM – Data da Última Menstruação
- EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- EGB – Estreptococos Grupo B
- FCF – Frequência Cardíaca Fetal
- FIGO - *International Federation of Gynecology and Obstetrics*
- hCG - *Human Chorionic Gonadotropin*
- HELLP - *Hemolytic anemia; Elevated Liver enzymes; Low Platelet count*
- HTA – Hipertensão Arterial
- IB – Índice de Bishop
- IG – Idade Gestacional
- LA – Líquido Amniótico
- MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- NICE - *National Institute for Health and Clinical Excellence*
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PBE – Prática Baseada em Evidência
- PG – Prostaglandinas
- RCIU – Restrição do Crescimento Intrauterino
- RCOG - *Colégio Britânico de Obstetras e Ginecologistas*
- RIL – Revisão Integrativa da Literatura
- RN (s) – Recém-nascido (s)

RPMPPT – Rotura Prematura de Membranas Pré-Termo
SAPPG – *South Australian Perinatal Practice Guidelines*
TA – Tensão Arterial
TPA – Tempo de Puxo Ativo
TP – Trabalho de Parto
TPPT – Trabalho de Parto Pré-Termo

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	9
1. PROJETO INDIVIDUAL E CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	11
2. NA BUSCA DA COMPETÊNCIA PARA A EXCELÊNCIA	15
2.1. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS.....	15
2.1.1. GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	17
2.1.2. TRABALHO DE PARTO - PARTO	30
2.1.2. AUTOCUIDADO E PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE.....	57
2.2. OUTRAS ATIVIDADES RELEVANTES.....	69
3. ESFORÇOS EXPULSIVOS MATERNS NO TRABALHO DE PARTO – QUANDO E COMO PUXAR?	71
3.1. INTRODUÇÃO AO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	71
3.2. METODOLOGIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	73
3.3. RESULTADOS	75
3.4. DISCUSSÃO.....	81
3.4.1. TIPO DE ESFORÇO EXPULSIVO MATERNO SEM ANALGESIA EPIDURAL	81
3.4.2. TIPO DE ESFORÇO EXPULSIVO MATERNO COM ANALGESIA EPIDURAL.....	86
3.4.3. COMO PUXAR? QUAL A DURAÇÃO DO PUXO?	89
3.5. CONCLUSÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	92
4. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	95
CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS.....	117
ANEXO I: REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA.....	119
ANEXO II: NÚMERO DE PARTOS REALIZADOS E ASSISTIDOS	121

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: MANOBRAS DE LEOPOLD	24
FIGURA 2: ESFORÇOS EXPULSIVOS MATERNOS	81

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: PADRÕES EVOLUTIVOS DO TRABALHO DE PARTO	38
TABELA 2: RESUMO E ANÁLISE DOS ARTIGOS	76

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: NÚMERO DE GRÁVIDAS CUIDADAS	96
GRÁFICO 2: NÚMERO DE PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS CUIDADOS	97
GRÁFICO 3: NÚMERO DE PARTURIENTES E RECÉM-NASCIDOS CUIDADOS E PARTOS REALIZADOS E PARTICIPADOS	97

RESUMO

Este relatório de estágio profissionalizante descreve as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências específicas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, de acordo com o regulamento do ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, para obtenção do grau de mestre. As áreas de intervenção, em análise, privilegiam os cuidados à mulher no processo de Gravidez com Complicações, trabalho de parto e pós parto, autocuidado e preparação para a parentalidade.

Foram desenvolvidas estratégias e intervenções tendo como suporte evidências científicas. Para além da análise crítica e reflexiva aos cuidados específicos e especializados ao longo deste período, problematizamos situações que carecem de intervenções de enfermagem, que podem ser potencializadoras do bem-estar materno e fetal, no período expulsivo. É neste contexto que enfatizamos a competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, no sentido de desocultar a eficácia do ensino e apoio às parturientes, sobre o tipo de esforço expulsivo que devem realizar. Foi realizado um estudo sob uma revisão integrativa da literatura, baseada na evidência científica mais atual. Deste estudo, pela análise de estudos significativos e recentes, emergiu uma síntese do conhecimento científico existente.

Os resultados obtidos permitem-nos determinar, que a técnica do puxo eficaz pode prevenir partos instrumentados e défices nos outcomes maternos e fetais e que é o incentivo ao puxo espontâneo, tardio, (após a dilatação completa), com vocalizações, gemidos e respirações entre os puxos. Este tipo de técnica aliada a uma posição confortável para a parturiente, de preferência em decúbito lateral, vertical, são duas variáveis fundamentais para se atingirem os melhores resultados maternos e fetais, independentemente de ter ou não analgesia epidural. Foi possível concluir que o tipo de puxo descrito anteriormente é o mais eficaz e benéfico para a mulher e o recém-nascido.

Palavras-chave: Competências; Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia; Esforço Expulsivo Materno; Prevenção de Partos Instrumentados e Défice nos Outcomes Maternos e Fetais.

ABSTRACT

In this report of vocational stage described the activities carried out to achieve the required specific skills of the specialist nurse in obstetrics and maternal health, according to the Regulation Cycle studies of the School of Nursing of Porto, leading to the master's degree. The intervention areas, in analysis, favouring the woman is care in the pregnancy with complications, labor and postpartum, childbirth and self-care and preparation for parenthood.

It were developed strategies and interventions being supported by scientific evidences. In addition the critical and reflective analysis to the specific and specializes cares throughout this period, we find out that there are situations in practice that can potentialize the maternal and fetal well-being during the expulsive period. It is in this context that we emphasize the competence of the Specialist Nurse in Obstetrics and Maternal Health, in order to unhide the effectiveness of teaching and support to women in labour on the expulsive effort type to perform. It was then carried out an integrative literature review based on the most current scientific evidence.

From this rised out a scientific knowledge, synthesis through the analysis of significant and recent studies. The results obtained allow us to settle that pull effective technique can prevent instrumented births and maternal and fetal deficit outcomes, is the incentive to spontaneous, later (after full dilation) expulsive efforts, with vocalizations, groans with pain and breaths between expulsive efforts. This type of technique allied to a comfortable position for the mother, better in lateral decubitus, vertical, are two fundamental variables to achieve the best maternal and fetal, not to mention the presence or absence of epidural analgesia. It was possible to conclude that the pull type described previously is the most efficient and favourable for the woman and for the baby.

Keywords: Sills; Specialist Nurse in Obstetrics and Maternal Health; Maternal Expulsive Effort; Prevention of Instrumented Childbirths and Deficit in Maternal and Fetal Outcomes.

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio, de natureza profissionalizante, visa colocar em evidência o processo de aquisição e desenvolvimento de competências durante o estágio bem, como a sua contribuição para a entidade de acolhimento. Contextualiza-se o percurso formativo, para a obtenção do grau académico de mestre, na área de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, de acordo com o regulamento do segundo ciclo de estudos, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, de 19 de Novembro de 2010, que contempla a elaboração de um relatório de estágio em que se dê conta das atividades desenvolvidas e das mais-valias adquiridas para a instituição de acolhimento e uma avaliação sobre a realização dos objetivos definidos no projeto de estágio.

Pretende-se evidenciar a aquisição de conhecimentos, competências, aptidões e atitudes, inerentes ao processo de cuidados de enfermagem especializados, dirigidos às respostas humanas da mulher e família, na prestação de cuidados à mulher com uma gravidez com complicações, em trabalho de parto (TP) e parto, de baixo e alto risco no pós-parto, promover a saúde e adaptação à gravidez e ao processo de doença, transição e adaptação à parentalidade.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO), assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, ou seja, aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. Assume, também, intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher, tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010).

A aquisição de competências baseou-se nos pressupostos, que se encontram patentes na descrição das atividades realizadas ao longo do estágio. No sentido de problematizar as práticas e adotar uma postura diferente da rotina do quotidiano sob tarefas protocolizadas, procedemos à realização de uma revisão integrativa da literatura (RIL) como uma vertente de investigação, com ênfase numa temática que se revelou de interesse, para um processo de tomada de decisão baseado em evidências científicas, para ajudar as parturientes na 2ª etapa do TP. No sentido de clarificar esta situação, elaboramos uma pergunta que constitui a nossa questão de

partida: **Qual o momento ideal para proceder aos esforços expulsivos no TP e como fazê-lo?**

A revisão integrativa tem, assim, como objeto de estudo, *o esforço expulsivo na 2ª etapa do TP e qual a forma e o momento ideal para exercer esse esforço*. Assim, este estudo, visa problematizar e desocultar o conhecimento produzido sobre um fenómeno que é tão fisiológico como problemático, pelo facto de na forma de agir e na postura de vários profissionais ser notória alguma discrepância no quotidiano. Esta, constitui a motivação e o interesse deste estudo, no sentido de clarificar e/ou encontrar consensos que permitam ao EEESMO tomar a decisão de colocar a parturiente a exercer os esforços expulsivos de uma forma correta e em condições, que conduzam ao aumento da incidência de partos vaginais eutócicos e à prevenção de complicações maternas e fetais. O incentivo ao puxo espontâneo / tardio, com vocalizações, gemidos e respirações entre os puxos, aliada a uma posição confortável para a parturiente, é o tipo de puxo eficaz para a prevenção de partos instrumentos e défices de outcomes maternos e fetais.

Ao iniciar este percurso formativo, compreendemos que era necessário reconhecer que teríamos de seguir a perspetiva de Craig [et al.] (2004) de que “*é necessário fazer bem as coisas e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*” (pág. 4). Esta perspetiva foi por nós assumida como uma premissa para a construção de um projeto de estágio consistente com o desenvolvimento e aquisição de competências específicas. Procuramos que o projeto delineado pudesse ser a trave mestra de um processo formativo de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

No sentido de atingir os objetivos e de uma forma sistemática descrever o seu percurso formativo em estágio, o relatório encontra-se organizado por capítulos. O primeiro capítulo contempla a descrição das atividades desenvolvidas para a aquisição das competências, a descrição do projeto individual de estágio, os objetivos e o percurso do estágio. No segundo capítulo, apresentamos o estudo sobre as condições ideais para o exercício dos esforços expulsivos maternos, como complemento e condição necessária a uma Prática Baseada em Evidências (PBE). Por fim, é realizada uma reflexão crítica sobre o processo de desenvolvimento do estágio profissionalizante.

Como suporte para a realização e fundamentação deste relatório, optamos pela literatura mais recente, com pesquisa em bases de dados científicas na área da saúde – Cochrane Data base of Systematic Reviews, CINAHL Plus with Full Text, através da plataforma EBSCO host. Também em livros e artigos de revistas científicas de Enfermagem, Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Investigação.

1. PROJETO INDIVIDUAL E CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Este projeto individual de estágio de cariz Profissionalizante foi realizado em unidades de cuidados diversas, sob uma dinâmica modular com a designação de gravidez com complicações, TP e parto e autocuidado e preparação para a parentalidade, num total de carga horária de 900 horas, no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), Unidade II.

O CHVNG/E, foi Criado pelo Decreto-Lei nº 50 – A/2007, de 28 de Fevereiro de 2007, e emerge da fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Hospital Nossa Senhora da Ajuda, de Espinho.

Ao dar início a este percurso, a consciência que tínhamos da sua complexidade levou-nos a adotar uma forma de ser e estar que nos conduzisse à operacionalização das boas práticas. Assumimos, assim, a postura de Silva (2007) de querer evoluir para uma ação profissional de complexidade crescente e que não servisse, apenas, o conhecimento empírico nem a execução simplista de tarefas orientadas por outros profissionais de saúde, para dar resposta às diferentes necessidades dos nossos clientes, que neste caso foi a mulher, recém-nascido (RN), casal e família.

De acordo com o estipulado no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO), de 2010, são objetivos deste estágio:

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

- Recorrer à investigação em enfermagem, para desenvolver um estudo sobre os Esforços Expulsivos Maternos na 2ª Etapa do Trabalho de Parto.

Neste contexto, tendo em conta que um dos objetivos centrais deste relatório é evidenciar a aquisição das competências do EEESMO, importa fazer referência ao conceito de “competência”. Fleury & Fleury (2001) definem competência como uma palavra utilizada para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa. Ainda de acordo com os mesmos autores, competência é saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agregam valor económico à organização e valor social ao indivíduo.

Diríamos, então que, de acordo com Souza [et al.] (2008), citado por Nina (2006, pág. 32), no processamento do saber, a competência é o aspeto relevante do conhecimento, a qual envolve a expertise, como a aprendizagem e destreza em realizar e discernir a essencialidade do fazer. Neste sentido, o exercício das profissões acompanha as necessidades da sociedade emergente que, cada vez mais exigente, tanto na interação pessoal, quanto na formação especializada, direciona o profissional para a busca do conhecimento.

Em qualquer área da enfermagem, todos os enfermeiros especialistas são dotados de conhecimentos, competências, responsabilidades, inerentes à sua área de formação especializada. Conhecimentos esses que suportam a responsabilidade profissional, e garantem a mobilização dos saberes pela enfermagem – saber empírico, do domínio do conhecimento científico, da ética, do pessoal, da arte de enfermagem, que mobilizam no enfermeiro competências cognitivas – raciocínio lógico, da resolução de problemas, competências afetivas - a arte de cuidar, e competências estéticas e reflexivas - o conhecimento de si e a transferência para outras situações (SERRANO, COSTA, & COSTA, 2011).

Segundo a OE (2010), as “*Competências comuns*”, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. As “*Competências específicas*” são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Desde o início do nosso percurso formativo tivemos uma preocupação transversal, tendo como princípio validar as nossas ações, não só em relação aos conhecimentos pré-adquiridos, mas também pela busca sistemática de fundamentar a nossa prática, não só na área da enfermagem e obstetrícia, mas também em bases de dados das ciências biomédicas, sociais, e humanas. Concomitantemente, esta busca sistemática, permitiu delinear estratégias que suportassem a prática clínica, com base na evidência científica mais recente. Outra orientação que procuramos respeitar foi o recurso aos protocolos de atuação, existentes nos respetivos serviços do CHVNG/E.

Ao longo do estágio, perante a diversidade de atividades, cuidados especializados realizados e observados, alguns dilemas foram surgindo relativos a nossa atuação, nomeadamente, no estágio de TP e parto, referentes à 2ª etapa do TP. Segundo Cooke (2010), o período expulsivo normal é caracterizado pelo aumento da intensidade e frequência das contrações uterinas. É nesse período que as parturientes são solicitadas a participar ativamente na expulsão fetal, através da coordenação entre a musculatura abdominal e a respiratória. A denominada manobra de Valsalva (MV) é frequentemente e de forma vulgar, usada neste período. Porém, outros tipos de esforços expulsivos maternos podem e devem ser utilizados, tendo em conta os outcomes maternos e fetais. Assim, para dar resposta a estas e outras questões foi realizado uma RIL fundamentada pela PBE.

O horário realizado foi de acordo com o praticado na instituição, sob o regime de tutoria, seguindo o horário das enfermeiras tutoras. De forma a potenciar o maior número e qualidade de experiências e para a consecução dos objetivos, foram privilegiados o turno da manhã e tarde, por considerar que seriam os mais propícios à aquisição de experiências mais diversificadas, sobretudo no Serviço de Obstetrícia e Grávidas de Risco. Na sala de partos, de acordo com o horário das tutoras, foram realizados turnos noturnos e diurnos. Assim, a carga horária estabelecida pelo plano de estudos foi cumprido, num total de 900 horas. As aulas de orientação tutorial serviram para a reflexão, análise e construção deste relatório.

2. NA BUSCA DA COMPETÊNCIA PARA A EXCELÊNCIA

Este capítulo pretende descrever o percurso formativo ao longo do estágio, no sentido de tornar mais explícito, delineamos as estratégias e atingimos os objetivos e como foram as competências adquiridas e desenvolvidas, tendo em conta que, a este percurso, estiveram subjacentes as linhas orientadoras preconizadas no guião de estágio (2012) (pág. 2):

“Este Estágio visa criar condições propícias a desenvolver nos estudantes / enfermeiros a aquisição das competências do EEESMO, que problematizem e promovam a excelência do exercício profissional, em cuidados especializados inerentes ao suporte de cuidados face ao processo de maternidade e exercício da parentalidade, com base na melhor evidência científica existente, em conjunto com o pensamento crítico e reflexivo na tomada de decisões conscientes e que melhor traduzem a sua prática”.

Tivemos, também em conta o regulamento das competências específicas do EEESMO, ao assumir a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de atividade e intervenção: gravidez, parto, puerpério, em que indica que o EEESMO assume a responsabilidade de assistência à mulher que vivencia processos de saúde / doença durante o período pré-natal, durante o TP com a realização do parto num ambiente seguro, a optimização da saúde da parturiente e a adaptação do RN à vida extra-uterina e, no pós-parto, auxilia a puérpera na transição e adaptação para a parentalidade, com a prevenção de complicações inerentes ao puerpério (OE, 2010) (Anexo I).

2.1. Aquisição e Desenvolvimento das Competências

Para a aquisição e desenvolvimento de competências, o recurso aos conhecimentos adquiridos foi uma constante. Esta recontextualização de saberes implicou a revisão de conceitos fundamentais e específicos para a enfermagem, nomeadamente, o processo de enfermagem. Este é o instrumento de assistência de enfermagem, que proporciona uma abordagem para a resolução de problemas de forma ordenada, lógica e utilizando uma metodologia organizada e sistematizada

para a gestão de cuidados de enfermagem, de forma que os cuidados sejam congruentes com as necessidades reais (GARCIA & NÓBREGA, 2009).

Também a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), por pretender uniformizar a linguagem técnica entre todos os profissionais de uma determinada área de conhecimento, neste caso da enfermagem.

Um diagnóstico de enfermagem é a designação atribuída à decisão sobre um fenómeno que representa o foco de intervenção. Para a CIPE, um diagnóstico de enfermagem é composto por conceitos contidos nos eixos da classificação dos seus fenómenos (GARCIA & NÓBREGA, 2009). Esta visa a organização e o tratamento de informação, processada na documentação de enfermagem, sobre a situação clínica das utentes e tem como objetivos específicos suportar a atividade diária do EEESMO. Para além da reflexão e fundamentação científica procuramos seguir a metodologia de trabalho em equipa. Recorremos à linguagem CIPE, com a identificação dos focos de atenção e intervenções para cada utente, a elaboração de planos de cuidados, que traduzissem o processo de cuidados de uma forma estruturada não só com relevância para as utentes, mas também com interesse para a prática de enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Para os registos foi utilizado o Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem (SAPE) que integra a linguagem CIPE.

Os fenómenos mais frequentes na matriz de registos, no programa SAPE, na unidade hospitalar onde os estágios foram realizados, eram: no serviço de grávidas com complicações: ansiedade, desenvolvimento fetal, dor do período de dilatação cervical, hemorragia, perda sanguínea, transferir-se, metabolismo energético, bem-estar, hipertensão, dor, obstipação, prurido, medo, dor de falso TP, auto-cuidado: higiene e vestuário e entre outros. No núcleo de TP e parto: nascimento, retenção urinária, TP, dor de período expulsivo, hipotensão, abortar (aborto), infeção, ferida cirúrgica, ferida e entre outros. No serviço de Obstetrícia, puerpério: ferida cirúrgica, ferida, lactação, papel maternal, cólica, amamentação, fissura, hematoma, dor por ferida, incisão, ingurgitamento mamário, edema, entre outros¹.

¹ Apesar de estarmos conscientes da importância do conhecimento sobre a linguagem CIPE, no e para o quotidiano do EEESMO, optamos por neste contexto de relatório não apresentar os planos de cuidados por considerarmos um processo moroso, visto que os utentes que estiveram ao nosso cuidado foi em número elevado. Também porque associada à nossa forma de estar e pensar as práticas permaneceu a singularidade de cada grávida, parturiente, puérpera e RN, o que implicou a operacionalização de planos de cuidados individuais. Assim, não pretendemos fazer aqui uma descrição exaustiva, mas antes dar a conhecer os recursos e tecnologia existente para clarificar a descrição do processo de aquisição de competências.

Neste subcapítulo, passaremos a descrever as diversas atividades e experiências que foram desenvolvidas, de forma a comprovar a aquisição e desenvolvimento das competências do EEESMO. Apesar dos módulos de estágio não terem sido realizados de acordo com o desenvolvimento do processo de gravidez: Gravidez, TP e Parto e Pós-Parto mas sim Gravidez, Pós-Parto e TP e Parto, por uma questão de organização, face ao número elevado de alunos nos campos de estágio. No entanto, as atividades e experiências adquiridas serão descritas de acordo com uma sequência lógica: Internamento enquanto grávida de risco, Trabalho de parto, parto e nascimento do RN e o pós-parto, período de puerpério no serviço de Obstetrícia.

2.1.1. Gravidez com Complicações

Uma das competências preconizadas é que o EEESMO assume a responsabilidade de assistência à mulher que vivencia processos de saúde / doença durante o período pré-natal.

Uma gestação é considerada de risco quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto é superior à incidência dessa complicação na população em geral (GRAÇA, 2010).

Santos (2003) afirma que após o diagnóstico de gestação de risco, as gestantes sentem-se mais vulneráveis, alteram a sua vida diária (dentro e fora de casa), podem sentir-se sozinhas, desamparadas e inseguras e não acreditar na sua capacidade de conceber a vida. Defronta-se com a ameaça da perda do RN, acompanhada da ansiedade, stress e medo, inclusive o medo de morrer.

Uma gravidez de risco requer internamento, o que pode alterar profundamente a formação de laços afetivos entre mãe e filho. Também a sensibilidade desta mulher e o seu relacionamento sexual são alterados, por estarem afetados fatores físicos e emocionais, incluindo as crenças sobre o sexo na gestação face às modificações físicas da mulher. Para além disso, a grávida fica limitada às normas hospitalares devido ao internamento. Com a deteção de uma gravidez considerada de risco, muitas vezes impõe a necessidade de ajustes na rotina da casa, no quotidiano dos familiares e, principalmente, da mulher face à necessidade de controlar o risco.

No momento da entrada da grávida, no internamento, procedia-se ao seu acolhimento, com especial atenção para as condições do meio ambiente e o espaço, criando um clima organizacional favorável. Era fornecida toda a informação de acordo com as suas necessidades, tendo em conta o motivo pela qual foi

internada. Os procedimentos / intervenções são explicados. Na avaliação inicial era possível a partilha de informação por parte da grávida / pessoa significativa, que pudesse ajudar na individualização dos cuidados. Tentamos criar um clima propício a que a grávida e seus significativos se sentissem à vontade para questionarem e ou pudessem falar das suas preocupações e receios, caso existissem, para, posteriormente, debelar as suas dúvidas, pela nossa abertura e disponibilidade, para escutar. Neste contexto, tivemos presente a afirmação de Lazure, 1994, de que a relação de ajuda não se ensina, praticasse. Para além da entrevista inicial, a leitura atenta e precisa do processo da grávida, serviu de garante fidedigno, para verificar a situação clínica, os antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos.

Apesar de a gravidez ser considerada um processo natural e fisiológico, durante esta fase da vida, a mulher apresenta uma série de modificações físicas e psicológicas. Estas, exigem que o EEESMO mobilize os seus conhecimentos e demonstre competências para um acompanhamento individualizado e adequado às necessidades de cada grávida / casal em particular, sobretudo, se a gravidez é considerada de risco.

Aperfeiçoar as competências, utilizar as potencialidades da comunicação terapêutica foi a estratégia escolhida e delineada para estabelecer uma relação com a grávida e/ou com as pessoas significativas, com o objetivo de proporcionar apoio, conforto, informação, acompanhamento e uma relação de confiança entre EEESMO e a grávida / pessoas significativas. Esta relação foi baseada no acolhimento, na disponibilidade e na empatia, com a finalidade de prestar cuidados especializados e individualizados (GRAÇA, 2010).

Durante o percurso de estágio, os conceitos envolvidos no diagnóstico e vigilância da gravidez estiverem bem presentes, sendo possível o diagnóstico de gravidez através do Kit rápido de diagnóstico da human chorionic gonadotropin (hCG), através da urina, e a vigilância materna e fetal, através da consulta pré-natal. No 1º ano do MESMO, a permanência na consulta de vigilância da grávida no CHVNG/E e na Unidade de Saúde Familiar de Canidelo, permitiu a aquisição e desenvolvimento das competências no âmbito do cuidado à mulher grávida em relação ao diagnóstico da gravidez e vigilância materna e fetal.

Um dos objetivos da vigilância pré-natal, que consideramos pertinente, foi a identificação de focos de atenção, assim como, a identificação de diagnósticos de enfermagem que permitissem antecipar intervenções, cujos problemas ou situações pudessem ser passíveis de serem controladas, para podermos delinear intervenções no sentido de minimizar, ou mesmo evitar, o risco a que pode estar

devotada numa situação de gravidez de risco. A avaliação inicial (anamnese), exame objetivo, testes laboratoriais, ecográficos, que são realizados no decurso da gravidez, constitui uma ajuda preciosa na prevenção e deteção precoce das complicações.

Como refere Graça (2005), na primeira consulta foram recolhidos dados acerca da gravidez atual, história obstétrica, ginecológica, clínica, nutricional, consumo de substâncias, situação familiar, social, maus-tratos e estado mental. O exame físico e laboratorial permitiu identificar o estado atual, ao identificar precocemente situações de risco.

Habitualmente, as mulheres começam a suspeitar que estão grávidas com a ausência de menstruação, que é um dos sinais mais precoces (chamado sinal de presunção). Com a amenorreia, muitas mulheres recorrem à primeira consulta pré-natal após um teste positivo realizado em casa (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

De acordo com a American Pregnancy Association (2007) o teste de gravidez deteta a presença da hCG, que é produzida durante a gravidez, pelas células que formam a placenta, que nutrem o ovo, após ter sido fertilizado, e fica ligado à parede do útero. Os níveis podem ser detetados por um teste de sangue cerca de 11 dias após a conceção e, cerca de 12-14 dias após a conceção, através de um teste de urina. A quantidade da hormona produzida depende de cada mulher e de cada gravidez, portanto algumas mulheres podem detetar mais cedo a sua gravidez.

Por definição, a Idade Gestacional (IG) será baseada num ciclo menstrual ideal, com a ovulação / fertilização no 14º dia e, portanto, com mais duas semanas que a idade embriológica (MATIAS, TIAGO, & MONTENEGRO, 2002).

É importante a determinação correta da IG para a orientação das decisões mais ajustadas, para a classificação do risco da gravidez, normal, de baixo ou alto risco, e antecipar a existência de riscos, ao diagnosticar uma restrição de crescimento intra-uterino (RCIU) ou pós-maturidade.

Para a deteção da Data Provável de Parto (DPP) é essencial o conhecimento por parte da mulher da data da última menstruação (DUM), que corresponde ao 1º dia em que despontou a última menstruação, que é um aspeto a ter conta para a determinação do número de semanas de gravidez e respetiva IG. Porém, surge com bastante frequência que as mulheres não sabem ou não se lembram deste dia, tornando este método pouco fiável. Em 10-45% das grávidas a DUM não é conhecida. Tal acontece quando uma mulher refere ciclos irregulares, ou abandonou a contraceção oral há menos de três meses ou após um período de amenorreia subsequente, por exemplo, a amamentação (GRAÇA, 2010).

Como tal, o método mais fidedigno para determinar a IG é a Ecografia realizada no 1º semestre da gravidez (MATIAS, TIAGO, & MONTENEGRO, 2002).

No ensino clínico, frequentemente, éramos abordadas pelas grávidas / pessoas significativas para a elucidação acerca da IG. Para tal, recorríamos ao Boletim de Grávida para confirmar a IG, através da data ecográfica do 1º trimestre.

Para a determinação da DPP foi utilizada a Regra de Nägele. Esta regra, segundo Graça (2010), consiste em adicionar sete dias ao 1º dia da última menstruação, subtrair três meses e adicionar um ano ou, em alternativa, adicionar sete dias à DUM e contar nove meses para a frente. Esta regra considera que a mulher tem ciclos de 28 dias e que a gravidez se deu no 14º dia. Na maioria das mulheres, o parto ocorre num período compreendido entre sete dias antes e sete dias após a DPP.

Neste período de estágio foram prestados cuidados a grávidas portadoras de diferentes patologias e complicações obstétricas, designadamente: ameaça de trabalho de parto pré-termo (ATPPT), rotura prematura das membranas pré-termo (RPMPT), alterações do líquido amniótico (LA): oligoâmnios, placenta prévia total, hemorragias do 1º e 2º trimestre, doenças maternas: hipertensão arterial (HTA) e diabetes mellitus (DM) gestacional, gravidez gemelar monoamniótica, RCIU, alteração da fluxometria fetal, pielonefrite, hiperémese gravídica e indução do TP.

Para descrever as atividades desenvolvidas, optamos por fazer referência às situações mais frequentes que requereram intervenções de enfermagem e também para que não se torne um processo moroso, apenas vamos fazer referência a algumas, nomeadamente: a ATPPT, a RPMPT, as patologias maternas: HTA e DM são as patologias aprofundadas. As Induções do TP, apesar de não estarem associadas diretamente à gravidez de risco, são as situações frequentes no internamento de grávidas de risco, com posterior passagem para o serviço de núcleo de Partos. Esta temática será abordada no subcapítulo do TP e parto.

As intervenções como EEESMO, no período pré-natal, visam potenciar a promoção da saúde, diagnosticar, prevenir complicações e providenciar cuidados que facilitem a adaptação da mulher em situação de abortamento. Quando surgem situações de trabalho de abortamento, o internamento é feito no núcleo de partos. Assim, o apoio nesta área foi desenvolvido de acordo com a situação particular de cada mulher e experiências vivenciadas, das quais fazemos alguns relatos no subcapítulo do TP – Parto.

Quando surge a contratilidade uterina frequente, regular, dolorosa, e o segmento uterino inferior distendido, mas sem alterações cervicais entre as 20-37 semanas, estamos perante um caso de ATPPT. Quando, para além dos factos mencionados,

ocorre a dilatação do colo, é diagnóstico para trabalho de parto pré-termo (TPPT). O TPPT constitui a principal complicação da gravidez, na medida em que conduz a cerca de 90% de todos os óbitos neonatais, sendo 75% antes das 32 semanas (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

Por vezes, o diagnóstico de ATPPT ou de TPPT não é fácil de se estabelecer, o que, por vezes, leva a atitudes terapêuticas, tais como tocolise, corticoterapia e internamentos frequentes, daí que o diagnóstico diferencial é crucial. As atitudes terapêuticas a tomar, face a uma determinada situação, depende da IG da grávida, que inclui, a maturação pulmonar fetal com corticoterapia, uso de agentes tocolíticos, a determinação da presença ou não do estreptococos do grupo B (EGB) se desconhecido, realização de Cardiotocografia (CTG), repouso relativo ou absoluto, de acordo com o estado clínico da grávida.

Estas situações foram por nós presenciadas e exigiram algumas intervenções adequadas não só à situação clínica, mas também tendo em conta a situação de ansiedade, medo e receio por parte da grávida e família, que embora nem todas demonstrassem a necessidade de intervenções específicas, o apoiar, informar, instruir e explicar foram intervenções comuns a muitas das grávidas que estiveram sob os nossos cuidados.

A prematuridade continua a ser uma causa major de morbimortalidade infantil. Para prevenir a síndrome da membrana hialina, a hemorragia intraventricular em recém-nascidos (RNs) pré-termo e a incidência de morte neonatal. A evidência científica relata que a administração de corticóides, com capacidade de atravessar a placenta, reduz estas complicações (MONTENEGRO, CAMPOS, & RODRIGUES, 2008). Portanto, perante o protocolo, a todas as grávidas com diagnóstico de ATPPT e IG compreendida entre as 24-34⁺⁶ semanas de gestação, com feto sem malformação incompatível com a vida, era administrada a medicação instituída de corticoterapia para maturação pulmonar, mais propriamente, a Betametasona 12 mg, separadas em 24 horas, complementando duas doses, um ciclo.

A prevenção e/ou o tratamento do TPPT era uma forma de prevenir/evitar ou minimizar a morbidade e a mortalidade perinatal. Para tal, era frequente o uso dos agentes tocolíticos. Segundo Montenegro, Campos & Rodrigues (2008), estes fármacos reduzem a proporção de nascimentos até sete dias após o início do tratamento. Dos tocolíticos disponíveis, o Atosiban (antagonista da ocitocina) e a Nifedipina (antagonista do cálcio) aparecem como as primeiras escolhas, uma vez que têm eficácia comparável à dos beta-miméticos, associando-se a menores efeitos secundários (GRAÇA, 2010). Eram administrados, por protocolo, a todas as grávidas entre as 24-34⁺⁶ semanas de gestação.

Os cuidados do EEESMO, para além das intervenções de apoiar, vigiar, instruir, há cuidados específicos a ter em consideração no caso da administração da medicação prescrita. A Nifedipina era ministrada por via oral e nunca sublingual, pelo risco de hipotensão materna grave. A avaliação da tensão arterial (TA) antes e após a sua administração foi uma intervenção regular. A administração do Atosiban, administrado por via endovenosa, implica o conhecimento prévio do EEESMO sobre a correta dose de administração nas três etapas de perfusão e os efeitos colaterais (cefaleias, tonturas, náuseas e vômitos). Associado a estes cuidados, era importante, como coadjuvante, a realização da CTG para avaliação do bem-estar fetal.

A Progesterona (Utrogestan®) é uma hormona fundamental para a manutenção da gravidez. A diminuição dos níveis desta hormona é uma das causas de ATPPT e TPPT e é indicada no caso de antecedentes de TPPT e colo curto (MEIS, 2010). As intervenções relativas à sua administração visam ensinar e vigiar as grávidas relativamente à forma e via de administração e cuidados a ter. Era ministrado por via vaginal, na posição ginecológica, no fundo saco vaginal posterior (o mais profundo possível). Neste contexto, tivemos algumas experiências significativas. Cuidamos uma grávida adolescente de 15 anos que demonstrava alguma inquietude e insegurança face a este tipo de administração. Depois de termos explicado o como e o porque da necessidade de ser feita essa medicação, ficou mais confiante e permitiu que pudéssemos proceder à administração seguindo toda a orientação face aos cuidados especializados e individualizados, de acordo com a forma como a situação o exigia, quer em termos clínicos quer na dimensão da individualização dos cuidados.

Lembramos que o primeiro estudo a ser realizado para avaliar a eficácia da Progesterona na prevenção do TPPT em mulheres com colo curto foi relatado por Fonseca [et al.], em 2007. Foi um estudo randomizado, em que foi administrado progesterona via vaginal a grávidas com colo curto, inferior ou igual a 15 mm, entre as 20-25 semanas de gestação, e concluíram que houve uma redução de partos prematuros.

Portanto, a Progesterona como fármaco é utilizado, não como inibidor do TPPT mas como agente profilático em grávidas com alto risco de TPPT (GRAÇA, 2010).

Para além dos cuidados com a administração da medicação para a ATPPT, foram desenvolvidas intervenções de forma a dar suporte aos cuidados individualizados. Foi preservado e incentivado o espaço à partilha das emoções, medos e dúvidas, sob um ambiente calmo, seguro e tranquilo. Sempre que

possível,² foi possibilitada, a presença do acompanhante. Também foi uma constante das nossas intervenções; a supervisão, a vigilância e o apoio na mobilização e posicionamento, de forma a melhorar a perfusão uteroplacentária, e, também, nos cuidados de higiene e conforto, no leito, no caso de repouso absoluto.

O EGB tem sido a causa ligada a doenças humanas desde 1938, por estar presente no trato vaginal em 15-20%, das grávidas, sendo este agente responsável por muitas das infeções, tais como: amniotite, endometrite e sépsis. Embora menos frequente, também a infeção neonatal, como causa importante de morbidade (sépsis, pneumonia e meningite) e mortalidade perinatal (HAJARE, MADHAVI, & SINGH, 2012).

Perante uma grávida com EGB positivo é de referir a importância das medidas profiláticas intraparto. No caso de EGB desconhecido era necessário realizar uma colheita de exsudados vaginais e retal para cultura de EGB. No caso de conhecimento do EGB positivo, era necessário proceder à administração de antibioterapia intraparto, de acordo com o protocolo do serviço.

Nesta unidade de cuidados, o CTG constituía um meio frequentemente utilizado para a avaliação / vigilância do bem-estar materno e fetal, com a avaliação concomitante da contratilidade uterina, da frequência cardíaca fetal (FCF) e dos movimentos fetais ativos.

O Parecer n.º 275/2010 do Conselho de Enfermagem refere que o CTG é um método de avaliação do bem-estar fetal, com competência autónoma do EEESMO. Quanto à posição da grávida durante a realização do CTG, era privilegiada a posição de semi-fowler, sentada ou de decúbito lateral esquerdo, tal como nos adverte o Parecer n.º 16 da Mesa De Colégio da Especialidade de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica (2011). Este registo durava em média cerca de 20-40 minutos, que era o tempo suficiente para surgir alterações na pressão arterial e respiração. O feto apresentava sinais de reatividade: presença de pelo menos dois movimentos fetais com acelerações de 15 batimentos por minuto (bpm), durante o mínimo de 15 segundos.

A técnica que auxilia a colocação correta do elétrodo do CTG são as denominadas Manobras de Leopold. Tem como finalidade a identificação do dorso fetal, para a captação do foco fetal, principalmente, as manobras um, dois e três, após as 30 semanas (quando o feto apresenta tamanho suficiente para a exploração da posição fetal). A National Collaborating Centre for Women's and

²Neste campo de estágio, a estrutura física não permitia sempre a presença da pessoa significativa, pelo facto de não poder garantir a privacidade, pois eram salas cujo espaço era exíguo face ao número de camas existentes.

Children's Health (2003, 2008) não recomenda a sua utilização por rotina, peculiarmente, as manobras três e quatro, pois não fornecem dados clinicamente úteis e rigorosos e é desconfortável para a grávida (figura n.º 1).

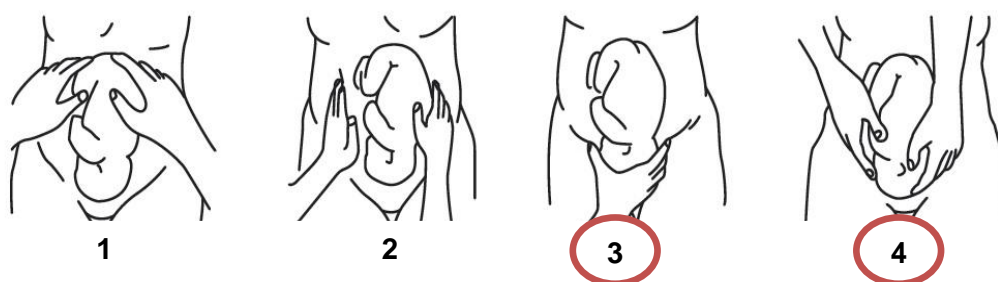


Figura 1: Manobras de Leopold

Fonte: LOWDERMILK & LEWIS, 2008

Outros meios são utilizados para avaliar o bem-estar fetal, nomeadamente, o Doppler (a partir das 8-12 semanas) e o Estetoscópio de Pinard (a partir das 16 semanas).

O Doppler, segundo Blake (2008) aparenta ser o método mais eficaz e apropriado para a avaliação da FCF, daí que o EEESMO deve utilizar em conjunto com o CTG, de forma autónoma.

Tivemos a oportunidade de verificar a sua importância no diagnóstico do bem-estar fetal, ao presenciar o seu recurso numa situação de risco. Uma primigesta, grávida pós-fertilização *in vitro*, de 30 semanas de gestação, com diagnóstico de Metrorragias do 2º Trimestre, com indicação de repouso relativo, numa deslocação ao WC para realizar os cuidados de higiene e conforto, teve uma hemorragia abundante. Foi colocada, de imediato, no leito e realizada a avaliação da FCF com o Doppler, como fator de informação segura, em relação ao bem-estar fetal.

Quanto ao estetoscópio de Pinard o seu uso não é tão habitual, porque de acordo com o estudo do autor supracitado, só as parteiras experientes com treino auditivo da FCF é que são capazes de perceber a variabilidade. Portanto, só os EEESMO experientes e com treino de ouvido é que deveriam utilizar este meio de avaliação da FCF.

Para avaliação do bem-estar materno e fetal outros fatores eram avaliados: sinais vitais, presença ou ausência de sinais de risco de acordo com cada patologia (perda sanguínea a nível vaginal, dor abdominal, ausência de percepção dos movimentos fetais e outros), exames laboratoriais e ecográficos.

A rotura prematura das membranas (RPM) é definida como a rotura da bolsa amniótica antes do início do TP e, na sua maioria, o parto ocorre nas primeiras 24 horas. Quando surge antes das 37 semanas estamos perante uma RPMPT, com

uma incidência variada de acordo com a IG, sendo responsável por 1/3 dos TPPT (FREITAS [et al.], 2011). A atuação clínica depende da IG.

Relativamente a esta situação, foram prestados cuidados a grávidas com IG, quer antes quer após as 35 semanas. Segundo os mesmos autores, a sua etiologia é pouco conhecida, o seu diagnóstico é difícil, os riscos maternos fetais e neonatais são significativos. Grávidas com diagnóstico de RPM e IG inferior ou igual a 35 semanas de gestação foram as mais frequentes, pelo que os cuidados / intervenções descritas serão de acordo com esta IG.

Assim, na atuação como EEESMO tivemos em conta a prevenção e o controlo da infeção, pela vigilância materna em relação à hipertermia, realização de CTG uma vez por turno, avaliação dos sinais vitais, vigiar a contratilidade uterina, as características do LA (quantidade, cheiro, cor) como fator para excluir e prevenir a coriamnionite e respeitar o protocolo do serviço.

A nossa atuação foi assente no controlo da infeção, com a vigilância materna dos sinais de hipertermia, CTG uma vez por turno ou sempre que necessário, avaliação dos sinais vitais, das características do LA (quantidade, cheiro, cor), como fator para excluir e prevenir a coriamnionite (protocolo do serviço) (MONTENEGRO, CAMPOS, & RODRIGUES, 2008).

A HTA em mulheres em idade reprodutiva é um problema de saúde com uma prevalência que tem vindo a aumentar e cuja abordagem constitui um importante desafio. A HTA é o diagnóstico mais comum em mulheres jovens. Quando diagnosticado numa grávida ou quando surge HTA prévia à gravidez, a abordagem é ligeiramente diferente da que se realiza na população geral, devido à necessidade de considerar duas entidades clínicas adicionais: a pré-eclampsia e a HTA crónica (GUZMÁN-JUÁREZ [et al.], 2012).

Foi possível planear e prestar cuidados a grávidas com o diagnóstico de HTA crónica, gestacional e pré-eclampsia sobreposta em HTA crónica. Para além da identificação dos focos de atenção, era importante fazer um diagnóstico de enfermagem correto e recorrer ao conhecimento de que, segundo Guzmán-Juárez, [et al.], (2012), na situação de internamento de uma grávida de risco, com TA superior ou igual 140 – 90 mmHg, sem a presença de proteinúria, numa amostra ocasional de urina, antes das 20 semanas, mas com posterior aparecimento de proteinúria: superior ou igual a 30 mg/dl ou 1+), era estabelecido o diagnóstico de pré-eclampsia sobreposta em HTA crónica. Por outro lado, no caso da HTA crónica, a grávida apresentava TA elevada antes das 20 semanas. Contudo, outro diagnóstico de HTA crónica, surge com a elevação tensional antes da conceção ou pela primeira vez na gravidez e que não desaparece após o parto. A gestante com

HTA pela primeira vez após as 20 semanas, sem proteinúria era diagnóstico para HTA gestacional.

Para cada caso em particular, as intervenções são únicas. Apesar de haver protocolos standards, que consistiam na avaliação diária da TA de quatro em quatro horas, com a grávida em posição sentada. Oliveira (2008) citado por Braunwald (2002) refere que, em todas as grávidas, deve-se avaliar a TA na posição sentada, porque a avaliação na posição em decúbito lateral está associado a valores de TA mais baixa, que a registada na posição sentada.

O registo de diurese, proteinúria, repouso relativo no leito de preferência em decúbito lateral esquerdo, CTG uma vez por turno eram intervenções por nós efectuadas. A avaliação ecográfica para vigilância materna e fetal também era uma conduta a seguir nestas situações. A vigilância dos sinais de HTA elevada era essencial, tais como, cefaleias persistentes, tonturas, epistaxis, alterações visuais, dor abdominal, cansaço. O Edema não era valorizado.

Com a presença de HTA, deve ser pesquisada a presença de proteínas, pois a proteinúria é um critério decisivo para o diagnóstico de pré-eclampsia. A pré-eclampsia afeta 2-3% de todas as gravidezes e a única cura conhecida é a expulsão da placenta. Isso cria um conflito de interesses: por um lado, a mulher vai beneficiar com um parto prematuro, e por outro, o RN pode sofrer por complicações da prematuridade. O tratamento conservador da pré-eclampsia para o feto crescer, inevitavelmente, coloca a mãe em risco (HOFMEYR & BELFORT, 2009). Portanto, devemos estar atentos aos sinais de risco para a pré-eclampsia e avaliar, frequentemente, o estado de saúde da grávida, com valorização das suas queixas.

De acordo com Graça (2010), o edema clinicamente patente, pode ser considerado um sinal de relativo valor. Para que o fator do edema seja considerado patológico tem de ser matinal, ao envolver a face, a região lombar e os membros inferiores e superiores e cujo aparecimento coincide com um súbito aumento de peso. A posição de decúbito lateral esquerdo é a posição privilegiada para a mulher durante a gestação, devido à localização da veia cava, para prevenir a sua compressão, favorecer o débito cardíaco e diminuir o edema nos membros.

Perante uma grávida com HTA temos como principal objetivo prevenir as complicações que advém desta patologia, como a Eclampsia e a Síndrome de HELLP (*Hemolytic anemia; Elevated Liver enzymes; Low Platelet count*). Era importante ter conhecimento sobre os sinais de alerta: TA superior ou igual a 160/180 – 110 mmHg, proteinúria de urina de 24 horas superior a 5 gramas, edema pulmonar, oligúria com débito urinário inferior a 500 ml por 24 horas, RCIU ou oligoâmnios, sinais de HTA elevada (descritos anteriormente). O conhecimento do

fármaco de eleição na prevenção das convulsões, anticonvulsivante sulfato de magnésio, também era necessário.

A Eclampsia é definida pela presença de uma ou mais convulsões generalizadas e/ou coma da grávida com pré-eclampsia, na ausência de outras condições neurológicas. Estes episódios podem ocorrer durante a gravidez (após as 20 semanas), durante o parto ou nas primeiras 48 horas do período pós-parto. A incidência de morte materna é elevada, assim como a mortalidade perinatal. Ocasionalmente, as convulsões podem ocorrer mesmo quando não exista HTA, apenas proteinúria (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A Síndrome de HELLP caracteriza-se pelo aparecimento de anemia hemolítica, disfunção hepática e trombocitopenia, e é considerada por vários autores como uma forma grave de pré-eclampsia, acompanhado de riscos maternos e perinatais (MONTENEGRO, CAMPOS, & RODRIGUES, 2008). Estamos, perante uma situação patológica que implica intervenções de enfermagem específicas e capacidade crítica para agir de uma forma preventiva para identificar os fatores de risco.

Outra patologia que implicou a gestão do conhecimento foi a grávida com DM. De acordo com Magon e Chauhan (2012), esta situação é algo preocupante, pois está associada à morbidade materna e perinatal. Os cuidados do EEESMO baseiam-se na avaliação rigorosa das pesquisas de glicemia capilar (jejum, pré e pós-prandial), escolha da alimentação – dieta, o incentivo à deambulação (se não houver contra-indicações) e o controlo dos sinais de alerta – risco aumentado para a pré-eclampsia, nefropatia, retinopatia, e o recurso ao protocolo do serviço aquando do início TP.

Segundo a American Diabetes Association, a DM é classificada em três grupos: DM Tipo I, DM Tipo II e DM gestacional. Como complicações da DM no feto surge RN macrossómico, anomalias congénitas, asfixia intra-uterina, prematuridade, alterações metabólicas neonatais e maior tendência para obesidade durante a infância e adolescência (MAGON & CHAUHAN, 2012).

Após a descrição sobre algumas situações de gravidez patológica que requereram intervenções de enfermagem específicas, para a promoção do bem-estar da mulher, bem como, para proporcionar as condições para que a gestação, decorra com o menor número de intercorrências, a nossa atuação pautou-se por desenvolver estratégias e intervenções congruentes com as necessidades reais em cuidados, de acordo com a singularidade de cada grávida e situação, mas com cuidado em direcionar a nossa ação para a adaptação à parentalidade e promoção do autocuidado.

Para além das experiências significativas que resultaram da oportunidade de cuidar a grávida com patologia associada, foi possível contatar com os seus familiares e potencializar a informação veiculada, assim como o significado e/ou impacto que esta gravidez significou nas suas vidas. Tal, permitiu fazer os diagnósticos com maior acuidade, delinear as intervenções de acordo com a sua organização social, quem eram e quais as suas crenças e valores em relação ao processo de parentalidade.

Sempre que as grávidas manifestavam os desconfortos inerentes ao estado de gravidez, tais como: azia, obstipação e dor na região lombar, recorremos a uma forma de agir com base na recontextualização dos saberes e competências, já adquiridas no estágio de vigilância da gravidez e preparação para a parentalidade, no 1º ano de curso. Baseado em Lowdermilk e Lewis (2008) a azia é causada pelo refluxo do conteúdo do estômago para a porção inferior do esófago, provocado pelo aumento da pressão intra-abdominal, pelo atraso no esvaziamento gástrico e diminuição do tónus da cárdia. Como suporte à explicação e aconselhamento sobre a forma como aliviar a sintomatologia, informamos que seria fundamental o fracionamento da alimentação em seis refeições por dia, evitar alimentos muito gordos e condimentados, comer devagar, mastigar bem os alimentos, evitar posturas fletidas após as refeições e uso de roupa confortável que não aperte na zona abdominal.

A obstipação era também um dos desconfortos, frequentemente, referidos. Esta situação não era para nós desconhecida, pois sabemos que ação relaxante da progesterona sobre o músculo liso diminui o peristaltismo intestinal. Face a esta situação incentivamos à ingestão de líquidos (seis a oito copos por dia), alimentos ricos em fibras (pão, cereais, vegetais), e em alguns casos, como apresentavam desconforto intestinal, era oferecido emolientes das fezes ou expansores do volume fecal, que surtia efeito imediato.

Também as lombalgias ocorrem em cerca de metade das grávidas devido à laxidão dos ligamentos, ao aumento do peso e à hiperlordose fisiológica. A estas grávidas e de acordo com cada situação particular, foi aconselhado o uso de cinta própria para grávidas, bem como, o uso de calçado confortável e a adoção de uma postura correta.

Foi também, nosso objetivo, ensinar e instruir, para corrigir défices de conhecimento da grávida e pessoas significativas que os ajudassem a identificar os processos fisiológicos normais e disfuncionais do processo de gravidez, já que através da avaliação inicial, detetamos alguns défices de conhecimento, especificamente, em relação a situações que a *National Institute for Health and*

Clinical Excellence (NICE) (2008) enfatiza, em relação à preparação para o parto e para a preparação da grávida / casal para a parentalidade, e também, para que possam vivenciar a gravidez de uma forma positiva. Estes défices eram acentuados desde a identificação dos sinais de alerta do TP, a existência e saída do rolhão mucoso, o tipo e características das contrações, a amamentação, a importância de uma alimentação saudável e equilibrada, os marcos do desenvolvimento fetal, como estimular os laços afetivos, o tipo de exercício físico, a atividade sexual segura, a importância do sono e repouso, em relação à preparação para o parto, vigilância da gravidez e a possibilidade de terem um plano de parto pré-definido para o TP. Face a estas situações e diagnósticos confirmados foram realizadas intervenções no domínio do instruir, ensinar, orientar e vigiar.

Numa atitude reflexiva, ao chegar ao final deste estágio, reconhecemos o quanto são importantes as intervenções do EEESMO a uma grávida de risco que se encontra internada. Consideramos que é essencial, devido aos seus conhecimentos, aptidões, competências e saberes dirigidos para esta área da saúde da mulher, como forma de garantir a prevenção de complicações e a promoção da saúde da mulher grávida e RN, para manter a gravidez até ao seu termo natural. Uma interpretação correta do CTG, uma avaliação correta dos sinais vitais, da hemodinâmica da grávida, a valorização das suas queixas, o conhecimento da IG, dos sinais e sintomas de alerta, são atitudes/ações fundamentais para a deteção precoce de complicações.

Durante este período, tivemos a oportunidade de construir e desconstruir conhecimentos, aptidões e competências técnico-científicas na área da intervenção à grávida com complicações. Podemos experienciar a prática dos cuidados especializados à grávida, bem como, lidar com as pessoas significativas.

Foi um espaço de crescimento profissional, que nos permitiu olhar, a gestação de outro prisma diferente da gravidez, como um processo natural de procriação. Reconhecemos que o desempenho do EEESMO ultrapassa as dimensões daquilo que pode significar apenas ser enfermeiro, pois sentimos a responsabilidade de problematizar as práticas e, de uma forma sistemática, recorrer à evidência científica mais atual, para fundamentar as ações que desenvolvíamos no seio de uma equipa multidisciplinar.

O objeto central foi a mulher envolta num paradigma de vir a ser mãe, mas sobretudo numa situação de bem-estar comprometido, pois o fenómeno da doença ou alterações obstétricas presentes exigiam do enfermeiro que soubesse lidar com uma situação de transição situacional que implicava alterações a que tentamos estar sempre atentos, nomeadamente, a mulher que tem os seus desejos, medos,

dúvidas. Com a nossa forma de agir, não só apoiar, vigiar e suprimir as dúvidas, como também instituir um clima propício à empatia e confiança com a grávida / pessoas significativas. Apesar da grávida e RN ser o nosso foco principal de atenção, é necessário incluir a família para este processo, como forma de garantir qualidade e segurança nos cuidados e respeitar a sua singularidade.

2.1.2. Trabalho de Parto - Parto

Uma das competências recomendadas é que o EEESMO assuma a responsabilidade de assistência à mulher que vivencia processos de saúde / doença durante o TP e parto.

Os primeiros dias de estágio foram basilares para conhecer a orgânica e a dinâmica funcional do serviço, identificar os locais e tipo de fármacos, o manuseamento de materiais e equipamentos, bem como, o local de armazenamento dos mesmos, a familiarização com o sistema de informação, tipo de programa e tipo de matriz de registos para o TP e parto e outras situações no processo informático – SAPE.

Confirmamos que, tal como noutras unidades de cuidados, o método de trabalho era o método de trabalho em equipa, que desenvolvem as suas práticas sob o desenvolvimento de atividades, intervenções e cuidados, mesmo que associado à forma de agir, privilegiavam os cuidados individuais e personalizados.

No início de cada turno, para assegurar que tudo estava funcional e em segurança, o carro de emergência e de reanimação do RN era avaliado, bem como, era conferido o registo e contagem dos estupefacientes existentes e a verificação da falta ou não de material.

As práticas e costumes que envolvem o nascimento e o parto têm variado ao longo do tempo e culturas. Todavia, o momento do parto continua a ser a etapa mais significativa para a parturiente e seus familiares. Como nos refere Coutinho (2004), “*Dar à luz*” é sem dúvida uma nova etapa singular na vida de cada mulher. Durante o TP, a mulher atravessa consideráveis transformações físicas, desde as contrações uterinas até ao retorno do corpo ao estado anterior à gravidez. Quando as contrações atingem determinada intensidade, provocam dor, a qual varia de mulher para mulher, consoante o seu próprio limiar de dor, sendo determinante a intervenção dos vários elementos da equipa de saúde, nomeadamente, do EEESMO.

O circuito da parturiente para o internamento na sala de partos, inicia-se pela admissão. Na colheita inicial de dados, para além da identificação, eram feitas questões relacionadas com a alimentação (última refeição, tipo de alimentos), alergias, acerca da preparação para o parto, se tinha plano de parto e, se sim, era explicado, que tudo faríamos para concretizar os seus desejos.

De acordo com a situação da parturiente, após a apresentação do espaço físico e a dinâmica da equipa. A receção à parturiente implicou a adoção de uma postura calma e confiante, que tranquilizasse a mulher e o seu acompanhante. Saudar e receber com um sorriso, fazer a nossa apresentação, explicar qual o nosso papel e o que podia esperar do nosso desempenho, durante a sua permanência e demonstrar respeito pelo seu espaço pessoal. Tranquilizá-la, antes da realização de qualquer procedimento, pedir a sua permissão (nomeadamente, para o exame pélvico) e explicar como podia pedir ajuda sempre que necessário, foram aspetos e princípios considerados relevantes ao longo da nossa atuação.

Além dos cuidados acima já descritos, o suporte durante o TP e o nascimento engloba o apoio emocional, cuidados físicos e medidas de conforto, aconselhamento e informação à mulher. O ambiente também constitui um dos aspetos a considerar, pois foram feitas mudanças no sentido de que fosse assegurada a privacidade, segurança, redução da luminosidade, ruídos. Quanto ao toque, antes de se tocar na mulher, deve-se pedir autorização, apesar da maioria das mulheres terem uma reação positiva ao toque. Uma massagem na zona da dor, uma palavra de carinho num tom suave, um sorriso, por vezes até um abraço ou um aperto na mão, são pequenos gestos que o EEESMO pode e deve fazer para que a mulher se sinta bem, segura e confiante.

Enquanto a parturiente permanecia na sala de expectantes, e estava receptiva a explicações, se referia mal-estar ou a dor por contratilidade uterina, eram informadas que o que estavam a sentir era normal, que são sinais que precedem o TP, bem como explicávamos qual o motivo pelo qual surge cada um destes sinais.

Ou seja, o abdómen da parturiente sofre alterações na sua forma devido à progressão da apresentação para a pequena bacia, da diminuição do LA, sendo este fenómeno designado de Insinuação. Com este facto, segundo Graça (2010), as mulheres sentem-se menos congestionadas, respiram melhor, no entanto, sentem uma maior pressão a nível da pelve (maior frequência urinária). A quantidade de muco vaginal aumenta, com a saída do rolhão mucoso, sendo que as membranas amnióticas podem romper-se espontaneamente. Para além destes sinais, outros podem surgir, tais como, aumento de energia, com menor frequência de vômitos, náuseas, indigestão, diarreia.

As parturientes com indicação para indução do TP, fosse por indicação eletiva ou terapêutica, eram internadas, inicialmente, no serviço de Grávidas de Risco, sendo posteriormente encaminhadas para a sala de partos, mediante várias indicações, como gestações prolongadas e pós-termo, síndromes hipertensivas, RPM, DM, RCIU, macrossomia e óbito fetal, tal como nos afirma Souza [et al.] (2010).

As condições cervicais representam um importante fator para o desempenho adequado do método de indução, sendo determinante a avaliação do índice de Bishop (IB) – dilatação (cm), apagamento (%), estágio (cm), consistência cervical (dura, média, mole), sendo, posteriormente, somado o valor, de acordo com a avaliação de cada um deles. Surgem muitas condições clínicas representativas de indicação para indução do parto, em que a cérvix desfavorável é frequentemente encontrada, sobretudo em IG mais precoces, o que pode levar à falha da indução e consequente aumento da incidência de cesarianas (SOUZA [et al.], 2010). Este facto surgiu em alguns casos durante o estágio.

A avaliação inicial era feita mediante o exame pélvico e o IB: se IB inferior a seis são ministradas as prostaglandinas (PG) para maturação cervical; se IB superior ou igual a seis era ministrada a Ocitocina para indução do (protocolo da instituição).

De acordo com a evidência científica, existem dois tipos de processos para a indução do TP: mecânicos e os farmacológicos. Os mecânicos envolvem os cateteres transcervicais, descolamento das membranas, amniotomia. Os farmacológicos incluem as PG e a ocitocina (CUNHA, 2010).

As PG utilizadas eram o Misoprostol (Cytotec®) e a Dinoprostona (Propess®). A Dinoprostona era a mais utilizada, sendo também a mais recomendada pelas guidelines da NICE (2008). Não encontramos evidências científicas que comprovassem que o Misoprostol deva ser evitado pelos riscos em detrimento dos benefícios, pois este método é o mais utilizado, sobretudo em situações de parturientes portadoras de asma brônquica ou com antecedentes de hipersensibilidade às PG. Estas situações, exigem uma vigilância cautelosa e atenta por parte do EEESMO.

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2006), recomenda que a indução do parto com PG após cesariana anterior deva ser evitada.

O uso de Ocitocina na sala de partos está orientado para protocolos específicos, de acordo com indicação médica, IB, bem-estar materno e fetal e contratilidade uterina. Segundo Buchanan [et al.] (2012), a ocitocina é o agente farmacológico mais utilizado para induzir o TP, porém, a sua administração está associado com

complicações, tais como a hiperestimulação uterina, potencial de aumentar a hipóxia fetal e outros resultados adversos neonatais

Os autores citados anteriormente, realizaram um estudo em que estudaram os efeitos na morbidade materna e fetal e concluíram que a ocitocina desempenha um papel importante na gestão do TP, porém, o seu uso deve ser cuidadosamente monitorizado em regime de tratamento padronizado para minimizar a morbidade materna e neonatal, concordando com o estudo randomizado de Shu-QinWei [et al.] (2010), em que altas doses de ocitocina está associado a diminuição da taxa de cesariana, pequeno aumento de partos via vaginal, diminuição da duração do TP, porém, a hiperestimulação foi mais frequente mas sem evidência de morbidade maternal ou neonatal.

Durante a perfusão ocitócica, a FCF e a contratilidade uterina eram avaliadas constantemente, para prevenção de hiperestimulação uterina, com avaliação da frequência, intensidade, duração das contrações e tónus basal entre as contrações, pois era nossa responsabilidade garantir uma administração de forma segura. Se se verificava hiperestimulação uterina ou alterações da FCF, a dose de perfusão era diminuída ou interrompida, até resolução do problema. O aumento da perfusão era realizado a cada 30 minutos, em atenção à farmacocinética do medicamento, como nos adverte Sanchez-Ramos e Delkem (2011).

As contrações uterinas são os fenómenos que levam á dilatação e extinção cervical, sendo as primeiras forças que atuam involuntariamente para expulsar o feto e a placenta do útero. As características de uma contração uterina centram-se na sua frequência – número de vezes que ocorrem as contrações, intensidade – força da contração no seu pico, duração – período de tempo entre o início e o fim da contração e tónus de repouso – período de tempo entre a contração e o relaxamento uterino (LOWDERMILK & PERRY, 2008). A sua avaliação era realizada através da palpação abdominal ou pela monitorização externa ou interna.

A avaliação da FCF e da contratilidade uterina era uma conduta constante, em qualquer dos turnos. A verbalização de dor por parte das parturientes, associada às contrações uterinas, era valorizada.

As indicações de perfusão de ocitocina visam acelerar o TP, estimular e ritmar as contrações uterinas, para indução do TP de acordo com o IB e para prevenção da atonia uterina na 3ª etapa do TP. Por outro lado, as contra-indicações incluem incompatibilidade feto-pélvica, prolapso do cordão, situação transversa, placenta prévia, CTG não tranquilizador e, nos casos de cesariana anterior, a administração de ocitocina tem que ser bem ponderada (BUCHANAN [et al.], 2012). Tendo em conta os riscos de administração de ocitocina, a vigilância e segurança como

EEESMO foi sempre cuidadosa, com vista a prevenir complicações e desfechos maternos e neonatais indesejáveis.

Antes da indução do TP, era explicado à parturiente o seu objetivo, os cuidados e os riscos da conduta. Após a administração das PG, as parturientes permaneciam com monitorização contínua com CTG durante duas horas, para avaliação do bem-estar materno e fetal.

A indução do TP exigia uma atenção atenta relativamente à variabilidade do feto, visto que este é um dado que obtemos através da leitura do CTG e nos indica o tipo de variabilidade. Caso apresentasse uma variabilidade baixa, a administração de uma perfusão com Soro Glicosado a 5%, era, de imediato, assegurada a boa variabilidade e acelerações. Confirma-se, assim, que o bem-estar materno e fetal pode depender da intervenção atempada, da competência e responsabilidade do EEESMO. Uma correta interpretação e leitura do traçado pode ser determinante para prevenir uma morte fetal. É da competência do EEESMO implementar as intervenções de enfermagem, documentar as avaliações com conhecimentos dos fenómenos fisiológicos e fisiopatológicos subjacentes aos padrões da FCF, ao permitir correlacioná-los com o estado clínico do feto e dominar o significado da terminologia associada à leitura do CTG, que lhe vão permitir aliar a competência à arte de cuidar.

Podem ocorrer complicações maternas, como infeção uterina, intoxicação hídrica, óbito materno. O feto também corre risco pela infeção uterina. Os métodos farmacológicos têm o seu risco pela atividade uterina aumentada ou desordenada, com resultado de sofrimento fetal, tais como a hipertonia uterina (contração uterina com mais de dois minutos em 10 minutos) e a taquissistolia (CUNHA, 2010).

O termo taquissistolia, que surgiu em alguns casos, significa quando a parturiente apresentava mais do que cinco contrações uterinas em 10 minutos. A nossa atuação, como EEESMO de forma a evitar consequências perinatais decorrentes da hipóxia, passava por posicionar a parturiente, em decúbito lateral esquerdo, com fluidoterapia em curso, oxigenoterapia e remover a PG. Se com estas ações não revertesse a situação, era necessário recorrer à tocolise com Salbutamol, com avaliação contínua da frequência cardíaca materna, para não ultrapassar os 120 bpm.

Segundo Sousa [et al.] (2010) a hidratação materna pode ser utilizada. Todavia, não encontramos evidências suficientes para afirmar que diminui as contrações uterinas. Da mesma forma, o decúbito lateral esquerdo e a oxigenoterapia materna são também recomendados, mas não são apoiadas por evidências fortes na literatura, pelo contrário de acordo com estudos recentes demonstram que a

oxigenoterapia não constitui uma opção cujas evidências demonstrem eficácia. A Dinoprostona é mais segura que o Misoprostol quanto à hiperestimulação uterina (ÖZKAN [et al.], 2009).

No acompanhamento da mulher que está a induzir o seu parto era necessário avaliar e valorizar as suas queixas algícas, avaliar as contrações e o estado fetal, o estado do colo uterino pelo exame pélvico.

Durante a indução do TP, a dor era frequente. Como forma de alívio da dor da parturiente era administrado petidine, via intramuscular, com efeito positivo em todos os casos. Antes da sua administração era explicado à parturiente o seu efeito e objetivo, mas previamente à sua administração, era contactado a equipe médica de urgência. Este é um analgésico opióide que tem como efeitos laterais maternos as náuseas, vómitos, sonolência, sedação, taquicardia ou bradicardia, hipotensão, prurido, boca seca, depressão respiratória materna, e como efeitos laterais fetais a depressão respiratória fetal, diminuição da variabilidade da FCF. Os efeitos sublinhados foram os mais frequentes (JONES L. [et al.], 2012). A Petidine era ministrada nos casos de contra-indicação para analgesia epidural, se necessário.

Quando ocorre falha na indução do TP ou quando há indicação para cesariana por complicações maternas / fetais ou no caso de gravidez gemelar patológica era necessário preparar a parturiente. Era colocado um cateter venoso periférico com soroterapia em curso, camisa do bloco, confirmação do jejum, tricotomia no baixo-ventre, cuidados de higiene e preparação do processo da parturiente. Após confirmação com o Bloco, a parturiente era transferida de maca, acompanhada pelo EEESMO e por um assistente operacional. Durante o percurso até ao bloco, o diálogo com a parturiente era fundamental para a tranquilizar.

A dor é um fenómeno complexo e muito individual com ambos os complexos sensoriais e emocional. Na admissão era questionado quanto a preferência do método para atenuar a dor, sendo que sempre respeitamos a opinião de cada parturiente, ao lhe fornecer todo o apoio na sua tomada de decisão. A informação sobre a dor no TP, e os métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor foram dois fatores que tivemos em conta.

O desconforto durante o TP tem duas origens: viscerais e somáticas. Segundo a CIPE versão 2 (2011) a dor de TP é uma *“sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada a contrações do útero e a dilatação cervical que ocorre durante o trabalho de parto”* (pág. 53). A corroborar a perspectiva de Veringa [et al.] (2011), a intensidade da dor é amplamente variável, e está sujeita a influências psíquicas, temperamentais, culturais, orgânicas e aos possíveis desvios da normalidade, as experiências anteriores, o ambiente e o próprio apoio durante o

parto, além de outros fatores, tais como distócias - que podem aumentá-la, e verificar-se a libertação de endorfinas - que pode diminuí-la.

De acordo com Graça (2010), não existem evidências científicas que indiquem que a dor do parto é benéfica para a parturiente nem para o RN, pois o stress, ansiedade e dor promovem alterações de homeostasia materna e provocam efeitos prejudiciais sobre a mulher e feto, influenciando a normal evolução do parto. Com a variedade de métodos, quer farmacológicos, quer não farmacológicos para atenuar a dor, a mulher não tem que suportar a dor, e pode associar ou optar pelos métodos não farmacológicos ou farmacológicos.

No TP, a resposta fisiológica mais importante à dor é o movimento. A liberdade de movimentos permite que a parturiente, instintivamente, assuma posições em que a resistência e a compressão sejam reduzidas. Esta, protege-se de lesões na bacia, colo do útero e períneo, enquanto que, ao mesmo tempo, protege o feto de posições inadequadas que poderiam causar pressão excessiva sobre a cabeça. Ao agir desta forma, a parturiente pode reduzir os níveis de stress do feto, bem como a sua própria dor (VERINGA [et al.], 2011). O parto fisiológico, com a dor que o acompanha, só é sustentável com o apoio e a orientação do EEESMO sábio e paciente.

De uma forma geral, o que determina e influencia a perceção da mulher sobre o parto, classificando-o de positivo ou negativo, não é tanto a dor sentida mas sim o facto de ter conseguido ou não lidar com a dor, de acordo com as suas expectativas. Antes da administração da analgesia epidural, foi sugerido às parturientes o recurso a medidas não farmacológicas, tais como, hidroterapia, uso da bola de nascimento, técnicas respiratórias, deambulação, mudança de posição, tendo uma reacção bastante positiva no atenuar da dor.

Em 1983, Michel Odent publicou os resultados da primeira centena de nascimentos na água. Um simples duche de água quente pode ser utilizado como medida para aumentar o conforto durante o TP, o bem-estar, o diâmetro funcional da pelve verdadeira, a libertação de endorfinas, melhorar as condições do períneo (verifica-se uma dilatação do colo em dois a três cm com 30 minutos de hidroterapia), diminuir a ansiedade, e, sobretudo, a necessidade de opiáceos e a necessidade de parto instrumentado. A água quente estimula os mamilos, ajuda na produção de ocitocina, melhora a qualidade dos contrações, sem causar hiperestimulação uterina. As parturientes eram estimuladas à hidroterapia, de pé ou apoiada numa cadeira, durante o tempo que for necessário para promover o relaxamento, bem-estar e o alívio da dor, com temperatura da água entre os 36-38°C para evitar os efeitos negativos (hipotensão, mal-estar, lipotímia). Os duches

repetidos com interrupções são mais vantajosos do que a permanência prolongada numa banheira / piscina, ao favorecer a redução da dor em TP longos, de acordo com Mollamahmutoğlu [et al.] (2012).

A bola de nascimento é um excelente instrumento para facilitar a mobilização, a liberdade de movimentos e pode reduzir o TP ou pelo menos torná-lo mais eficiente, ao ajudar a pelve a ajustar-se a progressão do feto. Mudar de posição e movimento, ajuda no conforto materno e é o caminho mais natural de reduzir a dor do parto (GAU [et al.], 2011).

As técnicas respiratórias são importantes para ajudar na distração, e conseguinte redução da percepção de dor, ao ajudar a manter o controlo durante as contrações uterinas. Estas técnicas eram alumiadas à parturiente / casal durante a gravidez na preparação para o parto, porém, nos casos dos casais que não frequentaram estas aulas, era necessário dar indicações sobre as técnicas respiratórias. Era importante evitar a hiperventilação que produz na parturiente cansaço, tonturas, cabeça pesada (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

As medidas não farmacológicas narradas anteriormente, foram um recurso utilizado pelas parturientes para ajudar no conforto, minimização da dor e aumentar o bem-estar materno, sendo que não seria possível sem que tivéssemos mobilizado este conhecimento prévio, sobre estas medidas ou opções.

Atualmente, a analgesia epidural constitui a técnica farmacológica preferencial e eficaz no alívio da dor no TP, como nos adverte Graça (2010). Antes da sua administração era importante avaliar as condições do colo, fazer o exame pélvico, para conferir se a dilatação se encontrava nos três a quatro cm, colo em extinção e centrado, como condição e indicativo para passar para a Sala de Partos e realizar analgesia epidural. Para além de, por vezes, verificarmos se esta situação se verificava, apenas era da nossa responsabilidade a preparação da parturiente, do material, e a colaboração com o anestesista durante o procedimento e na vigilância.

As guidelines da NICE (2007) referem, que antes de escolher a analgesia epidural, as mulheres devem ser informadas sobre os riscos e benefícios e as implicações para o seu TP.

De acordo com as necessidades patenteadas pela parturiente, era clarificada a situação e informada sobre os objetivos da analgesia epidural (bloqueio da sensação da dor sem bloqueio motor), o posicionamento (sentada na beira do leito com as costas curvadas e queixo fletido junto ao peito), a forma sobre como pode colaborar no procedimento, tendo como efeitos adversos hipotensão materna, tonturas, tremores, retenção urinária, prurido, analgesia incompleta (MOUSA, METWALLI, & MOSTAFA, 2012).

Tendo em conta os efeitos adversos da analgesia epidural (Ropivacaína e Sufentanil) eram monitorizados os sinais vitais (vigilância de hipotensão materna, hipertermia e dor), colocado em perfusão Lactato de Ringer ou Soro Fisiológico (no caso de parturientes diabéticas) para preenchimento da volémia, monitorizado o bem-estar fetal com CTG, preparado o material para colocação de cateter vesical (para prevenir a retenção urinária e, conseqüente, globo vesical). O bem-estar materno era um factor a ter em conta, com a promoção do conforto, controlo da temperatura corporal e da luminosidade, de acordo com a preferência da parturiente.

Por outro lado, nos casos de contraindicação para analgesia epidural era administrado a Petidine, como já foi referido. Tem início de efeito entre 10-20 minutos após a sua administração, com duração de três a quatro horas. Sendo a depressão respiratória fetal um efeito possível de ocorrer, se o nascimento ocorrer uma a quatro horas após a sua administração (JONES L. [et al.], 2012). Após o nascimento, tivemos sempre o cuidado em avaliar a presença de sinais de adejo nasal, gemido, retração esternal, sincronização e tiragem intercostal na avaliação do RN, tendo em conta o horário e tipo de fármaco administrado à parturiente.

Segundo Lowdermilk e Lewis (2008), o TP “é um processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas para o exterior do útero, através do canal de parto.” (pág. 344).

O TP não é um processo único mas sim contínuo, que se vai desencadeando ao longo do tempo. Na tabela seguinte, n.º 1, mostra os diferentes estádios do TP, de acordo com o facto de ser nulípara ou múltipara.

	NULÍPARA	MULTÍPARA
1ª ETAPA – fase de dilatação		
Duração fase latente	Até 20h	Até 14h
Dilatação na fase ativa	>1,2 cm/h	>1,5 cm/h
Duração fase de desaceleração	Até 3h	Até 1h
Descida da apresentação	>1 cm/h	>2 cm/h
2ª ETAPA – fase período expulsivo		
Duração normal	Até 45-60 min	Até 15-20 min
3ª ETAPA – fase da dequitação		
Duração normal	Até 30 min	Até 30 min

Tabela 1: Padrões evolutivos do Trabalho de Parto (adaptado de Graça, 2010)

A progressão gráfica do TP era assinalada no Partograma, com o registo da dilatação e extinção uterina, progressão / descida da apresentação - Planos de Hodge, integridade da bolsa amniótica, características do LA, registo da

monitorização fetal – FCF e contratilidade uterina, TA, pulso e outros aspetos considerados relevantes - rotura das membranas, colocação de STAN, analgesia epidural, com o objetivo de melhorar a assistência e reduzir a morbidade e mortalidade materna e fetal, com o conhecimento imediato da evolução do TP. Rocha [et al.] (2009) referem que o início do seu preenchimento deve ser realizado próximo da fase ativa do TP, pois o preenchimento na fase latente pode implicar intervenções desnecessárias.

A avaliação gráfica do TP de Friedman consiste na afirmação de que os únicos pontos determinantes para o prognóstico do parto são a dilatação e extinção uterina e progressão da apresentação, introduzindo as conhecidas curvas de TP que representam a dilatação, extinção e o tempo de TP (PARRA [et al.], 2007).

O TP, como processo, necessita de uma avaliação constante, e para tal, o registo do Partograma era realizado com base no exame vaginal. O toque vaginal é um exame invasivo, efetuado por profissionais especializados (PARRA [et al.], 2007). Segundo Lowdermilk e Lewis (2008), o toque vaginal deve ser realizado em situações específicas: admissão da parturiente, contratilidade uterina alterada, quando a mulher sente pressão na região perineal ou vontade de efetuar os puxos expulsivos, quando surge rotura das membranas ou quando se observam desacelerações variáveis da diminuição da FCF, sendo que seguimos a nossa atuação, de acordo com estas variáveis.

Antes da realização do exame pélvico era averiguado a hora e características do último toque vaginal. Ao se tratar de um procedimento doloroso e desconfortável para a mulher, era restrito a situações de avaliação do estado fetal e do colo uterino, e, sempre que possível, realizado pela mesma pessoa (como método de aprendizagem e de reconhecimento da evolução do TP). Era explicado à parturiente em que consistia e pedido a sua permissão. Para a realização do exame, a parturiente deve ser colocada em posição confortável, a higienização das mãos e do períneo deve ser realizada. Assim, com uma luva esterilizada e lubrificada era introduzido dois dedos – indicador e médio, para avaliação da integridade das membranas, progressão fetal, dilatação e extinção cervical, da apresentação e variedade fetal.

Com este exame também era possível a identificação dos Planos de Hodge. Estes são uma forma de separar o estreito superior da pelve inferior, que ajuda a avaliar a progressão da cabeça fetal, durante a fase expulsiva do TP. É constituído por quatro planos: 1º plano vai desde o promontório até ao bordo superior da sínfise púbica; o 2º plano vai desde a 2ª vértebra sagrada até ao bordo inferior da sínfise

pública; o 3º plano passa nas espinhas isquiáticas; e o 4º plano a nível do intróito vulvar (BECKMANN [et al.], 2010).

Tendo em atenção o desenrolar do TP, em certas situações foi necessário a colocação do STAN, que tem como objetivo fornecer uma informação contínua sobre a capacidade do feto em responder ao stress, à tensão do parto, com uma avaliação mais rigorosa da FCF e melhor avaliação da oxigenação fetal (SUNDSTROM, ROSÉN, & ROSÉN, 2006). O auxílio na sua colocação faz parte das intervenções do EEESMO, sendo que nos foi possível auxiliar no procedimento.

Na instituição hospitalar, segundo o protocolo, deve-se colocar monitorização contínua na fase ativa do TP, após analgesia epidural, amniotomia, durante a administração de ocitocina, em parturientes com cesariana prévia, e no caso de verbalização de queixas álgicas por parte da parturiente. Após a admissão da parturiente, era colocada em monitorização com CTG durante, pelo menos, 20-40 minutos, com necessidade de se prolongar, de acordo com as condições de anormalidade.

A avaliação dos sinais vitais em caso de rotura de membranas com mais de 24 horas – sobretudo a avaliação da temperatura, lipotímias, antes e após um procedimento invasivo – analgesia epidural, amniotomia, perfusão de ocitocina, era uma atitude presente.

Na avaliação da FCF com CTG, anteparto ou intraparto, era importante termos os conhecimentos sobre as causas de alterações da normalidade presentes, especificamente, da Taquicardia (hipertermia materna, ansiedade, hipotensão), Bradicardia (fármacos, hipoxemia), padrão sinusoidal, alterações da variabilidade fetal, desacelerações, acelerações (movimentos fetais, estimulação fetal) (SUNDSTROM, ROSÉN, & ROSÉN, 2006).

A ocorrência de desacelerações era frequente durante a realização do CTG. As desacelerações são diminuições rápidas e de pequena amplitude da FCF, relacionadas, sobretudo, aos movimentos fetais, mais frequentes na presença de oligo-hidrâmnio ou de circulares de cordão. Podem ser precoces (associada à contração uterina), tardias (após pico da contração) ou variáveis (ocorrem por reflexo vagal, quando a contração uterina comprime a artéria umbilical) (MELO, SOUZA, & AMORIM, 2011). Alguns casos de desacelerações eram revertidos com a mudança de posição da parturiente.

Apesar da evidência revelar que a monitorização contínua está associada a um aumento do número de partos distócicos, uma maior discrepância entre observadores na interpretação do traçado e uma menor humanização do parto, por outro lado, surge a redução de convulsões neonatais e uma avaliação de todos os

padrões da FCF e da contratilidade (GRAÇA, 2010). Com a monitorização contínua a parturiente fica limitada a nível da deambulação, sendo encorajada a realizar movimentos passivos, alternar de posição no leito, tendo em conta o bem-estar fetal.

Durante a fase latente do TP a parturiente, enquanto permanece na sala de expetantes, era estimulada a deambular. Com a deambulação, a parturiente assume uma posição vertical, que tem efeitos positivos para a mãe e feto. Esses efeitos passam por redução da duração da 1ª etapa do TP, devido ao efeito da gravidade.

Contudo, existem situações em que a deambulação ou posição vertical está contraindicada, como, membranas não íntegras com apresentação não encravada, pelo risco de prolapso do cordão (LOWDERMILK & PERRY, 2008). A mulher deve mudar de posição em cada 30-60 minutos, com auxílio na sua realização.

Em várias instituições, a ingestão de líquidos claros na sala de parto está condicionada, subentendendo que são necessários mais estudos nesta área, de forma a clarificar a temática.

Ergo, Eroglu e Taskin (2012) pretenderam determinar os efeitos da ingestão de líquidos por via oral durante o TP e a percepção da dor. O estudo inclui 110 nulíparas, grupo experimental que ingeriu líquidos -A e grupo de controlo que não ingeriu líquidos -B, concluíram que a média de duração do TP foi de 489 minutos no grupo A e, 604 minutos no grupo B. Concluiu que a ingestão de líquidos por via oral, diminuiu a duração do TP mas não influencia a percepção da dor.

Durante o processo de TP, o dispêndio de energia é o equivalente ao exercício físico moderado contínuo e, no caso do TP prolongado associado ao jejum, há um aumento progressivo de cetonas urinárias. Então, a preocupação excessiva por parte dos profissionais de saúde deve-se ao risco de aspiração do conteúdo gástrico, caso a parturiente venha a regurgitar durante um procedimento anestésico. O jejum obrigatório na fase inicial do TP pode causar uma progressão insatisfatória, ao recair em intervenções que culminam em partos distócicos, cesarianas. Porém, as evidências apontam que o risco de aspiração está diretamente associado ao uso de anestesia geral no parto, que atualmente é muito baixo, além dos cuidados do profissional que administra a anestesia (WEI, GUALDA, & JUNIOR, 2011). A NICE (2007) descreve que o jejum está recomendado se existir probabilidade de cesariana ou anestesia geral.

Um cuidado patente durante o TP, passou por incentivar as parturientes a urinar, como forma de prevenir o globo vesical, que impede a progressão da apresentação, inibe as contrações uterinas e promove a diminuição do tónus vesical ou atonia, tal

como nos adverte Lowdermilk e Lewis (2008). Quanto à eliminação intestinal, as fezes são, geralmente, expelidas durante a fase da expulsão e nascimento, que aumenta o risco de infecção e pode causar pudor à parturiente e diminuir a eficácia dos puxos. Os enemas de limpeza são ineficazes e não são realizados.

A nossa atuação também se centrou em situações de prevenção, de risco e complicações, nomeadamente, no EGB positivo, rotura de membranas, patologias maternas, tendo em conta os protocolos existentes no CHVNG/E. Quanto ao protocolo de atuação na prevenção de infecção neonatal por EGB, a medida preventiva passa pela antibioterapia, indo ao encontro de Montenegro, Campos e Rodrigues (2008).

Quando surge rotura de membranas era essencial avaliar as características do LA. Se a rotura surgisse na sala de partos era registado a hora e características; se ocorria no domicílio, era questionado, a parturiente, sobre a hora da rotura e as características do líquido. A hora da rotura era fundamental para que a equipa de profissionais, sobretudo o médico, determinasse a atuação a seguir: rotura há menos de 12 horas, indução do TP; rotura há mais de 12 horas, início de profilaxia antibiótica, segundo o protocolo da instituição.

Quanto à Diabetes, existia um protocolo para DM insulino tratada e para a DM tratada com dieta. Era elementar a pesquisa de glicemia de hora em hora para ajustamento da perfusão de insulina. Inicialmente, a partir do momento em que era suspensa a alimentação por via oral, havia a necessidade de colocar em perfusão soro polieletrólítico com glicose, em bomba perfusora, a 125 ml/h. Ao mesmo tempo era efetuada pesquisa de glicemia de quatro em quatro horas. De acordo com o valor, era colocado em perfusão soro fisiológico com insulina e respetivos ajustamentos. Na parturiente com DM e bom controlo metabólico com alimentação e exercício físico, o protocolo segue a perfusão de soro polieletrólítico com glicose a 125 ml/h e administração de insulina via subcutânea, de acordo com as pesquisas de glicemia de quatro em quatro horas. Os sinais de hipoglicemia e hiperglicemia eram vigiados.

Como se pode verificar os protocolos de atuação para parturientes com DM, foram alterados após a publicação das novas diretrizes do Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez (RCDG) (2011), e assim, estão atualizados e de acordo com a evidência científica mais recente.

Uma das medidas interventivas durante o TP foi a Amniotomia que consiste na rotura das membranas artificialmente com uma Pinça de Herff, e tem como principais indicações, segundo Cunningham [et al.] (2010), a necessidade de monitorizar diretamente a FCF, para acelerar a duração do TP, como método de

indução do TP, para avaliar as características do LA, que possam comprometer o bem-estar fetal.

Um estudo realizado por Abdullah, Saboohi e Hashami (2010) com 200 primigestas, divididas aleatoriamente em dois grupos – no grupo A foram submetidas a amniotomia, e no grupo B, a rotura aconteceu espontaneamente. Os resultados sugeriram que a duração média do TP, no grupo A foi de 1,4 hora, e no grupo B de 1,75 hora, mostrando uma diminuição significativa de uma hora na duração do TP.

Em parturientes de alto risco – como mulheres em TPPT, com patologia materna (HTA, DM), gravidez múltipla e placenta prévia, está contraindicada a amniotomia. A Amniotomia não faz parte do TP normal fisiológico, e deve ser reservada para mulheres com TP anormal (NICE, 2007).

Foi-nos possível experienciar a realização de Amniotomia, nos casos de necessidade de colocação de STAN. Sendo uma técnica invasiva era necessário assepsia, dilatação cervical, apresentação fetal bem apoiada e bem-estar fetal. Antes do procedimento a parturiente era informada sobre a técnica, adquirido o consentimento informado e realizado exame vaginal. Era introduzido a pinça de Herff por entre os dedos e efetuado um movimento de 360º até romper a bolsa. Com os dedos ainda introduzidos, era mantido a pressão no fundo uterino para manter a apresentação apoiada, permitir a saída do LA e evitar o prolapso do cordão. A hora e características do LA eram registadas e os cuidados perineais efetuados. Antes, durante e após o procedimento era avaliado a FCF para avaliação do bem-estar fetal e prevenção de complicações de prolapsos ou compressões do cordão com desacelerações fetais e infeções ascendentes.

Durante a atuação / assistência ao parto distócico com ventosa ou com a amniotomia foi possível presenciar LA com mecónio, que Siritwachirachai [et al.] (2012) refere que está associado a efeitos adversos fetais (síndrome de aspiração de mecónio, internamento em unidade de terapia intensiva neonatal, sépsis neonatal, paralisia cerebral, convulsões e doenças pulmonares). As características do LA (cor, cheiro, quantidade) eram por nós observadas, como forma de prevenção de complicações fetais e neonatais.

Perante estas complicações, aquando do diagnóstico de LA com mecónio, a nossa ação passou pela monitorização contínua da parturiente, pela preparação do material de aspiração de secreções e entubação para ventilação assistida, como forma de atuar em caso de necessidade.

Seguido do período de dilatação cervical, segue-se o período expulsivo. Este é o período em que o feto nasce. Começa com a dilatação cervical completa - 10 cm,

extinção cervical -100%, e termina com o nascimento, com o auxílio das contrações uterinas, ação da gravidade, esforços expulsivos maternos (CUNNINGHAM [et al.], 2010).

Perante ao fatores obstétricos e da situação atual da parturiente, era preparado o material para executar o parto eutócico. A privacidade, o conforto, a segurança, ambiente calmo com controlo da luminosidade, a assepsia perineal, eram igualmente tidos em conta. Um fator importante e fundamental nesta fase do TP, para além da monitorização da FCF, são os esforços expulsivos, denominados de puxos maternos. A eficácia dos puxos depende da presença ou ausência de analgesia, especificamente, da analgesia epidural.

O desejo da expulsão começa a ser sentido pela parturiente à medida que a cabeça fetal progride o suficiente para estimular os recetores de estiramento, localizados na vagina posterior. Uma vez estimulados esses recetores, há uma maior libertação espontânea de ocitocina endógena que aumenta a sensação do puxo. Esta resposta neuro-endócrina é conhecida como reflexo de Ferguson. É justamente com a presença deste reflexo que as parturientes adquirem melhor controlo do esforço e participam mais ativamente no processo de expulsão (ROBERTS, 2002 citado por OLIVEIRA, 2003).

Os puxos maternos podem ser precoces ou tardios, mediante o início do puxo com a dilatação completa ou após a dilatação completa, respetivamente (AMORIM, PORTO, & SOUZA, 2010).

Numa mulher com analgesia epidural, apesar de manter a função motora e a perceção, a função sensitiva à dor é anulada. Nestas situações, a nossa intervenção foi reforçar o encorajamento da parturiente, para colaborar com a equipa e, obviamente, instruir e orientar para que os puxos maternos fossem mais eficazes.

A ação e ou comportamento da parturiente, sem analgesia epidural, expressava-se de uma forma diferente. A vontade férrea de puxar manifestava-se de uma forma incontrolável. Nesta situação, para além da atuação já referida, nossa intervenção pautou-se por encorajara esforços expulsivos instintivos, tendo em conta o exame local em relação não só a dilatação cervical completa e a extinção mas também o tipo de apresentação, posição variedade, e, sobretudo o bem-estar materno e fetal.

Outro cuidado que tivemos sempre presente nestas situações, foi encorajar, orientar e instruir a parturiente para prestar atenção aos sinais que o corpo lhe transmita para potencializar essa interiorização de si mesma para interpretar quando deve fazer força, através de uma força interna incontrolável. A auto-estima,

confiança e sentimento de realização foram reforçados, através dos esforços mais eficazes e controlados. Avaliamos a respiração da parturiente, para que cada puxo não fosse superior a seis segundos, com o incentivo à realização de inspirações profundas, com o objetivo de ventilar completamente o sistema pulmonar, antes e depois de cada contração.

Seguimos a perspectiva de Osborne (2010) de que sustar a respiração de forma prolongada ou contínua e fazer esforço prolongado pode desencadear a MV, em que se a parturiente mantém a glote fechada, aumenta a pressão intratorácica e cardiovascular, reduz o desempenho cardíaco e inibe a perfusão uteroplacentária, com possível hipóxia fetal. Este facto despertou em nós o interesse para investigar e querer saber mais sobre os esforços expulsivos, abrindo o caminho ao recurso da evidência científica mais recente para avaliar qual a técnica de puxo mais eficaz a ser executada e o momento ideal para ser efetuado. Uma sucessão de questões que serão avaliadas e discutidas no capítulo seguinte.

Em ambos os casos, as mulheres foram auxiliadas na técnica respiratória, nos puxos e no posicionamento. A posição vertical durante o período expulsivo é a melhor posição, devido à ação da gravidade, pois facilita o nascimento, na progressão do feto, na duração do período expulsivo, face à necessidade de episiotomia e parto instrumentado (GAYESKI & BRUGGEMANN, 2009).

Os autores supracitados, consideram que, mediante a diversidade de posições a adotar na 2ª etapa do TP, deve-se permitir que as mulheres tomem decisões informadas sobre as posições e assumam aquela que desejam, com a liberdade de escolha. No papel de EEESMO auxiliamos a mudança de posição, no sentido de proporcionar medidas que ajudassem as parturientes durante o puxo. Colocamos almofadas na zona dorsal, com as mãos por cima dos joelhos, por detrás da coxa, para facilitar o puxo, e a cooperação no aumento dos diâmetros do canal de parto.

Após a preparação do material para a execução do parto eutócico, procedíamos à nossa preparação. Cumpríamos o ritual da forma preconizada. Inicia-se com a lavagem higiénica das mãos, colocação da touca, máscara, sapatos, vestir a bata e por fim, calçar as luvas esterilizadas. Para manter a técnica asséptica cirúrgica, o campo de parto era colocado por baixo das nádegas da parturiente, assim, como as pernas e o campo esterilizado sobre o abdómen da parturiente.

À medida que o trabalho de parto progredia e se aproximava o período expulsivo a nossa atenção era cada vez mais cuidadosa com a vigilância da descida da apresentação, qual o plano de Hodge, a FCF e a contratilidade uterina, eram avaliados constantemente, através do CTG. A integridade do períneo era vigiada à medida que a cabeça fetal começava a coroar, com uma atenta avaliação da

necessidade ou não de efetuar episiotomia. Pois sempre que possível era evitada e tivemos com essa postura algum êxito.

Uma das intervenções autônomas do EEESMO consiste na realização da episiotomia, como forma de prevenir lacerações vaginais e aumentar o canal de parto. A episiotomia é uma incisão feita no períneo posterior para aumentar o canal vaginal. Uma revisão sistemática realizada em 2012, incluiu oito estudos com 5541 parturientes, e concluíram que a episiotomia restrita resultou em menor trauma perineal grave, menor sutura e menos complicações de cicatrização, porém, surgiram mais lacerações perineais na parede vaginal anterior, sem diferença no trauma vaginal / perineal grave, dispareunia, incontinência urinária (CARROLI & MIGNINI, 2012).

A revisão integrativa de Rímolo (2011) refere como critérios para o uso da episiotomia, o sofrimento fetal como principal motivo fetal, seguido de macrossomia. O risco de laceração perineal espontânea grave como principal critério materno, parto distócico com fórceps e primiparidade.

É recomendado o uso restrito da episiotomia, por ser considerada uma prática claramente prejudicial, que deve ser desencorajada, pois o seu uso seletivo está associado a melhores resultados, como, uma diminuição das lesões graves e um maior número de períneos intactos, recuperação puerperal e retorno mais rápido à vida sexual (PEREIRA & PINTO, 2011).

Segundo Carroli e Mignini (2012), as lacerações são definidas como: primeiro grau (envolve o fúrcula, pele perineal e membrana da mucosa vaginal), segundo grau (envolve os músculos do períneo e da pele); terceiro grau (lesão ao complexo do esfíncter anal); e quarto grau (lesão do períneo que envolve o complexo do esfíncter anal e epitélio).

Nos casos de lacerações de primeiro grau, o principal cuidado consistia na avaliação da laceração e pela advertência, à parturiente, do risco de ardor ao urinar. Este tipo de lacerações não eram suturadas, apenas se presença de hemorragia, pois a mucosa vaginal cicatriza naturalmente, tal como refere Araújo e Oliveira (2008). Não surgiram casos de lacerações de 3^o-4^o grau.

Existem três tipos de episiotomia, sendo a mais frequente, a médio-lateral esquerda, direcionada para a tuberosidade isquiática, com cerca de quatro cm, com os dedos médio e indicador entre a cabeça fetal e o períneo (para proteger o feto), atingindo a fúrcula, mucosa e submucosa da vagina, músculo bulbocavernoso e transverso do períneo. Se ausência de analgesia epidural era infiltrado analgésico-Lidocaína 2%. Por constituir-se um ato cirúrgico, era muito importante que a parturiente e tivesse conhecimento ou estivesse muito bem informada dos

benefícios e os problemas associados à episiotomia, pois é um dos únicos procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio da parturiente.

Posteriormente, com a mão direita a proteger o períneo, aquando das contrações, para prevenir lacerações, e a mão esquerda a apoiar a saída da cabeça fetal, era realizado a manobra de Ritgen modificada. Com a saída do pólo cefálico, era pedido à parturiente para não puxar e efetuado palpação suave para verificar a presença de circular do cordão. O cordão umbilical enrola-se com frequência à volta do pescoço mas raramente acontece de forma tão apertada que provoque hipóxia. Se a circular estiver presente, o cordão era desenrolado à volta da cabeça, porém, se a circular fosse apertada era necessário efetuar laqueação prévia do cordão umbilical.

A cabeça fetal era apoiada durante a restituição e rotação externa, seguido da libertação do ombro anterior com movimento descendente, e do ombro posterior com movimento ascendente, mantendo a proteção do períneo com a mão direita. O RN era seguro firmemente, colocado ao mesmo nível que a mãe. As secreções da face do RN eram removidas com compressas esterilizadas, para facilitar a drenagem das secreções e permeabilizar a via aérea, em conjunto com a estimulação. Após o nascimento, o fluxo sanguíneo placentário continua para o RN, enquanto está posicionado até 10 cm acima do nível da placenta. Portanto, o RN era colocado sob o abdómen materno, sob um lençol aquecido. Seguidamente, o cordão umbilical era clampado e cortado. Imediatamente ao nascimento era visualizado a hora do nascimento, com avaliação do índice de Apgar ao 1º minuto e os pais eram felicitados pelo nascimento e colaboração. A cabeceira da cama era descida.

O momento ideal para o clampe do cordão, precoce ou tardio é um assunto controverso. Questões que envolvem o tempo de clampe do cordão incluem a IG, idade materna e considerações neonatais. No clampe do cordão tardio (após os 30 segundos de nascimento ou quando pára de pulsar), ocorre um aumento de transfusão placentária, de volume de sangue neonatal ao nascimento, das reservas de ferro, diminuindo o risco de anemia, mas pode aumentar, adversamente, o risco de icterícia e a necessidade de fototerapia. Quanto ao clampe precoce do cordão (antes dos 30 segundos após o nascimento), as possíveis vantagens incluem permitir uma rápida reanimação e tratamento do RN, a colheita de células estaminais e prevenção de potencial hemorragia pós-parto, embora esta última vantagem não é vista como uma vantagem nas guidelines mais recentes (GARAFOLO, HAIM, & ABENHAIM, 2012).

A nossa prática durante o ensino clínico, baseou-se nas evidências científicas mais recentes, em que, no caso de um RN com choro vigoroso, com bom índice de Apgar (9-10). A clampagem do cordão era efetuado após os 30 segundos. Nos casos de RN não vigoroso, não reativo, a clampagem e corte era realizado o mais rápido possível, para uma intervenção mais rápida, em que se efetua os primeiros cuidados ao RN, limpeza das vias aéreas, sua permeabilização, e reanimação se necessário.

O contato pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento, com temperatura ambiente de 26°C e envolvido em campos pré-aquecidos, reduz o risco de hipotermia em RNs de termo, com boa vitalidade. Esta prática de colocar o RN despido, no abdómen da mãe, era recorrente na instituição logo após a realização dos primeiros cuidados.

Se necessário, era colhido sangue do cordão umbilical para criopreservação de células estaminais e/ou para determinação do fator Rh em casos de possível incompatibilidade Rh/ABO e grupo O. Após o desclampe do cordão, tínhamos que ter em atenção para que o “coto” não entrasse em contato com a incisão de episiotomia, se presente.

Foi possível auxiliar o Obstetra na execução de parto distócico com aplicação de ventosa, em que o método de nascimento que envolve a aplicação de uma ventosa na cabeça fetal, utilizando a pressão negativa para facilitar a sua saída. As principais complicações para o RN incluem o Cefalohematoma, lacerações do couro cabeludo e hematoma subdural. Para a mulher incluem lacerações perineais, vaginais e cervicais ou hematomas dos tecidos moles. Durante a intervenção, participamos no parto, colaboramos na preparação da ventosa e posicionamento da parturiente, tendo sempre o cuidado de informar e explicar à parturiente sobre o procedimento. A FCF era avaliada continuamente, e a parturiente era incentivada a realizar os esforços expulsivos durante as contrações. Após o nascimento a prioridade era realizar uma avaliação rápida do RN, do índice de Apgar e permeabilização das vias aéreas.

A avaliação e estabilização do RN faz parte das competências do EEESMO, assim como a deteção de qualquer alteração morfológica e funcional do RN, através da escala de Apgar. A escala é compreendida entre 0 a 10, e o RN é avaliado durante o 1º, 5º e 10º minuto de vida, com a avaliação da FCF – auscultação com estetoscópio ou palpação do cordão umbilical, frequência respiratória, tónus muscular, irritabilidade reflexa e a cor da pele (MADIA [et al.], 2012).

Os cuidados imediatos ao RN, para além dos referidos anteriormente, consistiam na prevenção da perda de calor, com a colocação do RN sob uma fonte de calor, envolto num lençol aquecido, aspiração das secreções, a pesagem do RN, o primeiro banho (remoção do excesso de Vénix caseoso, ou na remoção do mecónio), secagem, observação da pele, colocação da pulseira de identificação, observação e limpeza do coto umbilical, profilaxia oftálmica, administração de Vitamina K – Kanakion e o vestir. Geralmente, o banho de rotina não é considerado prejudicial ao RN, porém recomenda-se, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), que o primeiro banho seja dado apenas seis horas após o parto, devido ao risco de hipotermia durante e após o banho (FERNANDES, OLIVEIRA & MACHADO, 2011 citado por BERGSTROM, BYARUHANGA & OKONG, 2005).

Imediatamente após o nascimento, a necessidade de reanimação depende da avaliação rápida, por parte do EEESMO, de quatro situações referentes à vitalidade do RN, como refere Hockenberry e Wilson (2011), com a colocação das seguintes perguntas: - Gestação a termo? - Ausência de mecónio? - Respira ou chora? - Tônus muscular bom? Se a resposta era sim a todas as perguntas, considerava-se que o RN estava com boa vitalidade e não necessitava de manobras de reanimação. Se a resposta era não, o Neonatologista era chamado de imediato.

Na presença de LA com mecónio, fluido ou espesso, não devemos realizar a aspiração das vias aéreas, pois este procedimento não diminui a incidência de síndrome de aspiração de mecónio, a necessidade de ventilação mecânica nos RNs que desenvolvem a pneumonia aspirativa, nem o tempo de oxigenoterapia ou de hospitalização. A conduta frente à presença de LA com mecónio depende da vitalidade ao nascer. Outra recomendação é a não aspiração da orofaringe do RN à vulva, pois não existe evidências científicas que diminua o risco de aspiração do mecónio pelo RN (ALMEIDA & GUINSBURG, 2013).

O papel do acompanhante era fundamental durante todo o processo, ao servir de apoio à parturiente e como forma de participar e auxiliar no processo de nascimento. Na maioria dos casos, a escolha do acompanhante recaía no pai do RN. O homem, segundo Lowdermilk e Lewis (2008) pode assumir três papéis: orientador, membro da equipa e observador, sendo que na sua maioria, o principal papel que observamos foi o de observador. Portanto, tivemos um papel fundamental em educar, orientar estes pais para um papel mais ativo durante o nascimento, papel esse, que residia no ajudar a mulher durante o TP, no responder aos seus pedidos de apoio físico e/ou emocional, no aumento da auto-estima e confiança da mulher, com o auxílio da mulher durante o TP. Os pais que frequentavam as aulas de preparação para o parto com as suas mulheres,

conseguiam ter um papel mais ativo durante o TP, particularmente, na solicitação para o corte do cordão umbilical.

O corte do cordão umbilical pelo pai é uma prática que alguns profissionais defendem. A este respeito, Brandão (2009) concluiu no seu estudo de investigação, que o grupo de pais que não tiveram a oportunidade de cortar o cordão umbilical era em número mais significativo quando o parto era realizado pelo obstetra do que pelo EEESMO.

Após a realização dos primeiros cuidados aos RN, este era colocado novamente em contato com a mãe, durante a dequitação e a episiorrafia, com a oportunidade do pai pegar, olhar e tocar no RN. Este momento, era propício para o início da amamentação. A OMS recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na 1ª hora de vida, pois se associa a uma melhor interação mãe-RN, um período em que o RN está em estado de alerta e pronto para mamar, que favorece a contração uterina e a prevenção de hemorragia materna, com a promoção da saúde da mulher e do RN.

Barbosa [et al.] (2010) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer o significado da vivência da puérpera quanto à amamentação na sala de parto, em que o colocar o RN para mamar ainda na sala de parto é muito gratificante para as puérrperas, demonstrando a importância e aceitação desta prática.

A nossa intervenção e cuidados com a amamentação visam nas escolhas da puérpera, no auxílio da amamentação na 1ª hora, na verbalização das vantagens da amamentação, pois com o desgaste físico muitas puérrperas não tinham força física, porém, a maior parte demonstrava uma força emocional enorme para alimentar o RN com o leite materno, pois este é o melhor alimento. À exceção dos RNs que necessitavam de ser transferidos para a unidade de Neonatologia, todos os RNs que acompanhamos foram amamentados na 1ª hora de vida.

Durante a progressão do TP, devemos avaliar constantemente a sua evolução, com particular atenção às situações de anormalidade que interferem diretamente com a dilatação e extinção do colo uterino e com a dinâmica uterina, denominada de distócia.

Assim, existem dois tipos de distócias no TP: dinâmica – anomalias das forças expulsivas relacionadas quer com a disfunção contrátil uterina quer com esforço muscular voluntário inadequado durante o período expulsivo, e mecânica – alterações a nível da apresentação, da posição ou das dimensões do feto e de anomalias da bacia materna ou do canal de parto (GRAÇA, 2010).

Os casos de distócia que presenciamos foram os esforços expulsivos voluntários inadequados, a disfunção contrátil hipertônica, feto macrossômico e distócia de ombros.

Nos casos mais frequentes de esforços expulsivos inadequados a etiologia foi a presença de analgesia epidural, com a consequência de partos distócicos por ventosa. O nosso papel passou por incentivar, motivar, alertar, durante a 1ª etapa do TP, para esta realidade, ao informar sobre a técnica respiratória correta para realizar os esforços expulsivos coordenados, com a colaboração no nascimento do RN. Eram incentivadas a colocar as mãos no fundo uterino como forma de detectar a presença de uma contração uterina, para que, realizem os esforços eficazes e controlados.

A disfunção contrátil hipertônica consiste numa incoordenação da contratilidade uterina por ausência da dominância fúndica do estímulo contrátil (GRAÇA, 2010). A taquissistolia uterina foi a mais frequente, em que as atitudes do EEESMO já foram descritas anteriormente. Perante uma disfunção contrátil do tipo hipertônica era necessário ter em conta que podemos estar perante um descolamento da placenta normalmente inserida.

Um RN com peso superior ou igual a 4000 gramas era considerado um feto macrossômico. Mulheres diabéticas, múltiparas, com obesidade, uma gravidez prolongada são fatores de risco para o nascimento de um feto macrossômico. A distócia surge pelas grandes dimensões do móvel fetal, pela menor moldagem do pólo cefálico e pelo excessivo diâmetro biacromial que dificulta a saída dos ombros (GRAÇA, 2010). Assim, perante uma parturiente com fatores de risco, com uma estimativa de peso fetal superior a 4000 gramas, como medida preventiva, o parto era distócico por cesariana, com relevante importância para a nossa colaboração junto com os restantes profissionais, na escolha da medida mais segura para a parturiente e RN.

O ACOG (2002) e o *Colégio Britânico de Obstetras e Ginecologistas* (RCOG) (2005) definem a distócia de ombros como um parto, que necessita de manobras obstétricas adicionais, após falência na tração da cabeça fetal, para libertar os ombros. Pode ser dividida em moderada (uso apenas da manobra de *McRoberts* e/ou pressão suprapúbica) e severa (recorre-se a manobras de manipulação interna: realizar ou estender a episiotomia, manobra de Rubin e Woods, sinfisectomia e manobra de Zavanelli).

Os casos de distócia de ombros surgiram em parturientes nulíparas, com analgesia epidural, esforços expulsivos ineficazes e parto instrumentado com ventosa. Com os fatores de risco presentes, toda a equipa de profissionais estava

atenta e pronta para atuar em caso de necessidade. Com a saída da cabeça fetal surge a dificuldade em extrair o ombro anterior pela sínfise púbica e posterior pelo promontório. A primeira medida a tomar passou pela realização da manobra de *McRoberts* (hiperflexão das coxas), seguido da pressão suprapúbica, que resolveu a situação. O conhecimento das atitudes e manobras obstétricas a realizar nestes casos era fundamental, para saber intervir de forma eficaz, ao colaborar para o nascimento rápido do RN em sofrimento, funcionando em equipa.

A ACOG (2005) defende o uso da manobra de *McRoberts*, com ou sem pressão suprapúbica, como primeira abordagem da distócia, visto ser a menos invasiva de todas as manobras, porque retiliniza o sacro relativamente à coluna lombar, que permite que a rotação cefálica decorra de melhor modo.

Seguidamente, temos presente a 3ª etapa do TP, que vai desde o nascimento do feto até à expulsão da placenta, tendo neste período como principal objetivo o controlo do descolamento rápido e expulsão da placenta, de forma eficaz e segura.

Com o nascimento do RN, a puérpera era esclarecida sobre o aparecimento de contrações uterinas, que iam auxiliar na expulsão da placenta. A posição em decúbito dorsal era mantida, bem como a cabeceira baixa. Se a perda sanguínea fosse escassa e bem-estar materno presente, aguardava-se pela dequitação até 30 minutos após o parto, com a vigilância da consistência, volume uterino, perda sanguínea vaginal, com a avaliação dos sinais de descolamento da placenta – pressão suprapúbica – manobra de Krustner, sinal do cordão, golfada de sangue e útero globoso e firme. Com a confirmação do descolamento, era solicitado à puérpera para a realização de pequenos esforços expulsivos, para auxiliar a saída da placenta.

A saída da placenta pode ser natural ou manual. Foi possível assistir a um dequite manual, com saída incompleta da placenta. Neste tipo de dequitação, a nossa ação consistiu no auxílio ao obstetra com a preparação do material necessário, e fundamentalmente, o apoio à mulher. O apoio era indispensável, porque a revisão manual é bastante dolorosa, apesar da analgesia epidural. Assim, era assegurada analgesia à mulher, realizado sob assepsia, com posterior administração de antibioterapia, se prescrita.

Com a saída da placenta era identificado o mecanismo de expulsão – Schultze ou Duncan. Sabe-se, pois, que o mecanismo de Duncan a hemorragia é maior, pelo facto do descolamento ter ocorrido lateralmente, segundo Lowdermilk e Lewis (2008). Nos partos que acompanhamos, o mecanismo de Schultze foi o mais frequente.

A torção das membranas aquando da dequitação era fundamental, para garantir o descolamento integral – manobra de Jacob-Dublin. Imediatamente após a sua expulsão era assegurada a formação do globo de segurança de Pinard, com massagem circulantes no fundo uterino – manobra de Credê, início da perfusão de ocitocina, de acordo com o protocolo. Era informado à puérpera em que consistia o globo de segurança, com o incentivo à massagem, para coadjuvar o útero a regressar à sua posição anatómica normal.

A inspeção e avaliação da integridade da placenta faz parte dos cuidados. Na placenta e membranas era avaliada a forma, inserção, integridade dos cotilédones, presença ou não de anormalidades e presença dos dois folhetos. No cordão umbilical era avaliado o seu comprimento, presença de três vasos (duas artérias e uma veia), inserção na placenta, presença da geleia de Wharton na sua totalidade, com o objetivo de garantir a sua normalidade e a expulsão completa da cavidade uterina. Perfusão de ocitócicos são administrados para promoção da contração e retração uterina adequada.

Com a laqueação do cordão era avaliada a integridade do canal de parto: períneo e parede retal, e após a saída da placenta era avaliada a vagina e o estado do colo uterino. Era essencial a avaliação minuciosa de todo o canal de parto, da identificação do vértice (se realizado episiotomia), para a reparação de todos os tecidos, como forma de garantir a integridade e prevenir hemorragias.

Antes de iniciar a episiorrafia – reparação da incisão cirúrgica da fenda vulvar, era preparado e reunido todo o material. Eram asseguradas todas as normas de assepsia e limpeza do períneo com soro fisiológico. Caso a parturiente não tivesse analgesia epidural era preparado o material para analgesia do períneo – Lidocaína 2%. A iluminação era assegurada com a correta colocação do foco de luz, de modo a otimizar a visualização da ferida, bem como, a lavagem higiénica das mãos, colocação de bata e luvas esterilizadas.

Com a inspeção de todas as estruturas envolvidas, era colocado tampão vaginal (para bloquear a hemorragia uterina e ser mais fácil a observação das estruturas a reparar) e identificado, novamente, o vértice da episiotomia. Era iniciada sutura contínua cerca de um cm acima do vértice (para garantir resistência e segurança) com encerramento perineal intradérmico, na mucosa vaginal com nó triplo no início e no fim, até à fúrcula. Seguidamente, os músculos perineais afetados eram suturados, com a aproximação realizada por planos, dependendo da profundidade da ferida, com sutura de ponto a ponto ou pontos separados. Era imprescindível ter em atenção a ausência de “espaços mortos”, que podem causar infeção ou deiscência da ferida. Posteriormente, a pele era suturada com pontos Donatis. O fio

de sutura utilizado era o VicrylRapid 2.0 por ser de fácil absorção e facilitar a cicatrização.

Segundo Graça (2010), o tipo de fio de sutura é um fator importante para as suturas de episiotomia e lacerações, optando pelo fio de sutura de reabsorção rápida que diminui o desconforto e dor pós-parto.

Após a sutura era retirado o tampão vaginal, que não pode ser esquecido, e examinado, novamente, a vagina e o períneo, e removido o cateter vesical. O útero era palpado para averiguar a sua contração, o globo de segurança de Pinard e a perda sanguínea. Por fim, o conforto era proporcionado à puérpera com a limpeza da zona perineal. Os ensinamentos sobre os cuidados a ter com a ferida perineal eram realizados: higiene diária com água e sabão com pH neutro após a eliminação vesical ou intestinal, higiene dos genitais da frente para trás, mudança frequente do penso higiênico, uso de roupa interior de algodão, e uso de medidas de alívio da dor, como uso de gelo tópico e almofadas.

Os sinais e sintomas inflamatórios locais, como edema, dor, rubor e calor local são esperados na fase inicial do processo de cicatrização e regredem mediante a evolução das reações locais e a absorção do material de sutura, porém, morbidades do trauma perineal como hematoma, equimose, infecção e deiscência prejudicam a completa recuperação materna. As características e condições gerais da puérpera como idade, deficiência proteica, déficit de oxigênio tecidual e ação de drogas influenciam o tempo e a qualidade da cicatrização (ALMEIDA & RIESCO, 2008).

Segundo protocolo, no caso da parturiente com DM, após a dequitação, o soro fisiológico com insulina era suspenso, a perfusão de soro polieletrólítico com glicose a 125 ml/h era mantida até iniciar alimentação oral. A insulina era administrada por via subcutânea em função das pesquisas de quatro em quatro horas ou antes das refeições, logo que era iniciada a alimentação oral. Porém, se glicemia superior a 140 mg/dl em duas avaliações sucessivas era introduzida a insulina de base. Em relação ao RN era efetuada pesquisas de glicemia capilar antes das mamadas até se verificarem três valores consecutivos superiores a 50 mg/dl.

Segundo a *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) (2012) a administração de ocitocina, um minuto após o nascimento do RN é a principal intervenção para a redução da hemorragia pós-parto, pois atua de forma rápida e eficaz, com efeitos adversos mínimos e pode ser usada em todas as mulheres, com a sua administração antes ou após a saída a dequitação. No serviço, era norma a perfusão de ocitocina após a saída da placenta.

A avaliação do bem-estar materno, sinais vitais, conforto, presença de dor, eram avaliados constantemente, através do diálogo com a puérpera. Após a realização de todos os cuidados e medidas de conforto e bem-estar, a puérpera passava para a sala de recuperação, junto com o acompanhante e RN. A privacidade era mantida, oferecida alimentação à puérpera, com sua permanência no serviço de duas horas para vigilância. Os sinais vitais, a posição, forma do útero, o globo de segurança, a coloração da pele e mucosas e a perda sanguínea após expressão uterina eram avaliados, bem como, ao RN eram assegurados sinais de bem-estar: cor, choro, alimentação e reação a estímulos.

O desejo de felicidade eterna, de aproveitar cada momento do crescimento do RN era verbalizado aos pais, bem como, felicitação sobre as condutas que adotaram durante todo o processo, desde a admissão até a sua alta do serviço.

Além das implicações fisiológicas, foram consideradas como focos de atenção do EEESMO os aspetos psicossociais da perda de um filho.

Segundo a OMS, o aborto recorrente é uma complicação comum da gravidez, sendo definida como a perda espontânea de uma gravidez antes que o feto atinja a viabilidade (antes das 20 semanas) ou com peso fetal inferior a 500 gramas (FREITAS [et al.], 2011). Como forma de despiste de complicações no pós-aborto, estivemos atentas aos sinais de hemorragia ou infeção, como perda sanguínea vaginal abundante, suores, arrepios, hipertermia, abdómen distendido, hipotensão ligeira. A evidência recente mostra que o EEESMO, pode, de forma efetiva, segura e competente, prestar cuidados pós-aborto, pois, na maioria das situações, é o profissional mais disponível, acessível e de confiança para prestar cuidados de saúde reprodutiva.

Como podemos participar nos cuidados relacionados com o aborto? Encaminhar de forma apropriada e atempada; reconhecer os sinais e sintomas do aborto incompleto e estabilizar a utente; dar informação e prestar cuidados de planeamento familiar, com atenção particular às necessidades das adolescentes e mulheres que abortaram; dar informação e educar as mulheres e outros membros da comunidade sobre os cuidados abortivos seguros; prestar serviços em áreas carenciadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Devemos ter em atenção aos aspetos psicossociais relacionados com a perda de um filho.

A morte fetal é um dos desfechos mais dramáticos da gravidez. Tendo em conta a IG, o EEESMO deve atuar de maneira diferente, com especial atenção aos fatores psicológicos, sociais, espirituais e religiosos.

A nossa primeira abordagem passava pela promoção da privacidade da utente (afastada dos RNs), no estabelecimento de uma relação empática, na

disponibilidade para ouvir, na escuta ativa, na permissão para a verbalização das angústias, medos, desejos do casal, com explicação de todos os procedimentos que envolvem o aborto e o luto, na orientação para grupos de apoio na comunidade, ensinamentos sobre os sinais de luto disfuncional (alucinações, procura constante do feto que faleceu, isolamento), ensino sobre sinais de resolução (reconhecimento da perda, não vive no passado, está orientada para o futuro e estabelece novas metas, redefine o relacionamento com a perda, inicia socialização) e na preparação dos outros membros da família para apoiarem a mãe / pai, bem como, atender ao resto da família (irmãos, avós).

Se a identificação de casal com risco de desenvolver luto disfuncional / patológico, este era referenciado para os Psicólogos da instituição, de forma a desenvolver um trabalho em equipa multidisciplinar, com a promoção da saúde mental do casal.

Os registos são efetuados no programa informático SAPE e no Partograma. A identificação da puérpera, acompanhante, índice obstétrico, antecedentes obstétricos relevantes, processo do TP, tipo de analgesia, fármacos administrados, tipo e hora do parto, integridade do canal de parto, tipo de dequitação, perda sanguínea, evolução materna após o parto imediato – lóquios, condição do útero, início da dieta, primeira micção após desalgiação, identificação do RN, peso, tipo de alimentação e hora da última mamada, e/ou a presença de qualquer anomalia eram dados a ser transmitidos para a Enfermeira presente no serviço de Puerpério.

A vivência do parto é uma experiência única no ciclo vital da mulher e família. O momento do parto surge como o corolário da gravidez... um momento desejado e, simultaneamente, temido. No fim de nove meses de gestação, finalmente vão conhecer o RN, desejado, imaginado, vivido e acarinhado através das sensações internas, das flutuações hormonais, do corpo feminino que se altera na sua forma, das emoções e porventura até das imagens algo estranhas das ecografias. As primeiras contrações surgem, prenunciando um início de TP, assim como esse momento único de ter o seu filho nos braços pela primeira vez...tocá-lo, senti-lo, olhá-lo... algumas das perguntas surgem...de que cor será os olhos? Cor dos cabelos? Com quem será parecido? Será que vai ser doloroso? Enfim, uma imensidade de questões...

O EEESMO é o profissional que auxilia a parturiente em todos os momentos do processo de nascimento, doa o seu tempo e dedicação, usa a sua sabedoria inata, não tem pressa, pois sabe que é prudente observar a natureza e deixá-la agir livremente. Portanto, foi assim que tentamos ser e estar durante todo este processo de aprendizagem.

O contato do EEESMO com os pais é estabelecido pelo apoio verbal, informações sobre as razões dos cuidados e pela partilha da alegria pelo nascimento do seu filho.

Em síntese, o momento do parto é a etapa mais significativa para a parturiente, RN e familiares, processo que depende de horas e provoca profundas mudanças fisiológicas e psicológicas, ao proporcionar aos profissionais de saúde a oportunidade de colocar em prática as habilidades para assistir ao nascer com qualidade.

2.1.2. Autocuidado e Preparação para a Parentalidade

A responsabilidade de assistência à mulher que vivencia processos de saúde / doença durante o período pós-natal é uma das competências instituídas para o EEESMO.

O período puerperal é compreendido como o período que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais, determinadas pela gestação no organismo materno, retornam às condições normais (SANTOS, 2002). Neste período ocorrem adaptações fisiológicas e comportamentais complexas nas mulheres caracterizadas pelos fenômenos involutivos, pelo estabelecimento da amamentação, pela adaptação psicológica da mãe e da relação mãe-filho e familiares. Ao considerar tais modificações acredita-se na importância de prestar uma atenção bastante peculiar e específica a este período, ao reconhecer a sua singularidade, em que a mulher neste momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser único, sem excluir a sua dimensão psíquica.

O puerpério é dividido em três fases: imediato (1^o-10^o dia pós-parto), durante o qual se desenrolam todas as modificações necessárias ao retorno do funcionamento do organismo da mulher ao estado anterior à gravidez; tardio (11^o-25^o dia), onde se desenrolam todas as manifestações involutivas de recuperação e regeneração da genitália materna; remoto, com o término impreciso, na dependência da lactação, normalmente em torno de seis semanas, permeados por processos físicos, sociais e psicológicos, inerentes à maternidade (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

Este período, especialmente nos primeiros dias, em que a puérpera vive um período de transição, está vulnerável a qualquer tipo de problema, sente-se ansiosa ao ter que assumir maiores responsabilidades relacionadas ao RN e a sua vida em casa, tendo que ter o apoio da família e dos profissionais de saúde,

especificamente do EEESMO, que possui um conjunto de competências técnico-científicas, capazes de implementar cuidados específicos à puérpera / RNs / família. O foco da atenção deve ser a puérpera e o RN, e o EEESMO, ao prestar cuidados à puérpera, deve estar atento e disponível para perceber a necessidade de escutar cada mulher.

Para prestar cuidados apropriados à puérpera / RN, mobilizamos conhecimentos sistematizados sobre a anatomia e fisiologia materna, período de recuperação, características físicas, comportamentais e cuidados ao RN e a própria reação da família à chegada de um novo membro.

Para uma melhor organização, iremos abordar inicialmente os cuidados específicos à puérpera e, posteriormente, os cuidados ao RN.

Após o parto, a puérpera encontra-se fragilizada e dependente no autocuidado. Independentemente do tipo de parto, tem que permanecer em repouso no leito até ao primeiro levante, que, de acordo com o protocolo do serviço, surge após 12 horas, no caso de uma cesariana e, seis horas no parto vaginal.

O primeiro levante era efetuado após o início da dieta, suspenso fluidoterapia, perfundido analgesia de levante, desalgaliação (se presente cateter vesical) e avaliação dos sinais vitais, na presença do EEESMO e de um assistente operacional. O primeiro banho de chuveiro era supervisionado pelo risco de queda, como aconselha Montenegro, Campos e Rodrigues (2008). Até a realização do mesmo, a mulher era incentivada a mobilizar os membros inferiores, com exercícios ativos e passivos, como forma de prevenção de tromboembolismos, tal como nos recomenda Lowdermilk e Lewis (2008), tanto no caso de parto vaginal ou cesariana.

Durante o repouso, a puérpera estava dependente nos cuidados de higiene e conforto, e eram realizados os cuidados de higiene parciais e os cuidados perineais. Os ensinamentos e orientação sobre a mudança frequente do penso, como forma de prevenir infeções, foi uma constante.

As queixas algícas, a perda hemática, o estado do útero e as condições gerais da mulher eram consideradas, tanto antes como após o levante. Os sinais de lipotímia eram, equitativamente, valorizados.

Após o nascimento, o processo de retorno do útero ao seu estado não gravídico é denominado de involução. A causa principal da involução uterina é a diminuição repentina dos níveis de estrogénio e progesterona. Ao fim de 12 horas após o parto, o fundo do útero pode estar aproximadamente um cm acima do umbigo, às 24 horas tem aproximadamente o mesmo tamanho que tinha às 20 semanas. A involução progride, rapidamente, nos dias que se seguem, com o fundo do útero a

descer um a dois cm, a cada 24 horas. Por volta do 6º dia pós-parto, o fundo do útero estará a metade da distância que vai da sínfise púbica ao umbigo e ao 10º dia estará na sínfise púbica (LOWDERMILK & PERRY, 2008).

Recontextualizar o conhecimento acerca do processo de involução do útero, a sua posição e consistência são importantes, para a detecção precoce de possíveis complicações da subinvolução do útero, tais como, retenção de excedentes placentários e a infecção e, possível atonia uterina.

Para avaliar o estado do útero, em privacidade, era explicado à puérpera o procedimento, posicionada em decúbito dorsal no leito e realizado a palpação do fundo uterino. Nos casos de subinvolução uterina, redução da consistência e mobilidade, aumento da dor e sinais de febre, aconselhava-se a efetuar uma massagem no fundo do útero de forma circular e em direção à vagina, para facilitar e ajudar no processo de eliminação de possíveis coágulos e lóquios, de uma forma mais vigorosa, como referem Freitas [et al.] (2011). Ao mesmo tempo, as puérperas são advertidas e instruídas sobre a massagem no fundo do útero, as causas e os riscos de atonia uterina, como forma de as envolver ativamente no processo de recuperação e colaboração nos cuidados, com a redução da ansiedade materna.

Quando a puérpera referia dor e desconforto abdominal associada à mobilização, era aconselhada ao uso de cinta pós-parto, para auxiliar na recuperação física e na diminuição da dor e desconforto na deambulação, com o objetivo de apoiar os músculos, durante o dia e um curto período de tempo, no caso de restabelecimento do trânsito intestinal.

O Parecer 117/2009 do Conselho de Enfermagem menciona que, sendo intervenção autónoma de enfermagem a recuperação puerperal, compete ao EEESMO informar todas as puérperas sobre o efeito do uso da cinta pós-parto, suas vantagens e desvantagens, ao sustentar a sua intervenção na aplicação efetiva da evidência, indispensável ao processo de tomada de decisão em enfermagem. Segundo a evidência científica, não se recomenda o uso da cinta com o objetivo de ajudar na involução uterina, por um período de tempo muito longo, pois poderá contribuir para a redução da dimensão das fibras musculares, ao favorecer a flacidez. Porém, a presença de dor e desconforto aquando da mobilização nos primeiros dias pós-parto pode constituir indicação para utilização da cinta pós-parto por um período transitório, especialmente, após cesariana.

A perda sanguínea após o parto é denominada de Lóquios. Graça (2010) descreve que, inicialmente são caracterizados de lóquios hemáticos (2º-3º dia pós-parto), depois sero-hemáticos (4º-10º dia) e, finalmente serosos (a partir do 10º dia). Era ensinado às puérperas como iam decorrer as transformações nestes

períodos, assim como, as características e como observar o cheiro, aspeto e quantidade, durante o internamento (48 horas no parto vaginal e 72 horas na cesariana), como forma de despiste de complicações, como, hemorragia da ferida perineal, atonia uterina, retenção de fragmentos placentários ou de membranas, laceração vaginal ou cervical não suturada, infeção, endometrite (lóquios sero-hemáticos ou serosos após três a quatro semanas pós-parto, com febre, dor ou hipersensibilidade abdominal).

A eliminação vesical esteve sempre sob controlo. Sabemos que a puérpera deve urinar espontaneamente dentro de seis a oito horas. Posteriormente à desalgiação, era importante a vigilância das primeiras micções, para avaliar o correto esvaziamento vesical, como forma de prevenir complicações, como, a retenção urinária, que impedirá que o útero se contraía corretamente. Se após esse período, a puérpera não urinasse espontaneamente eram aconselhadas a tomar um duche de água quente e, se presença de globo vesical, era efetuado esvaziamento vesical, com cateter vesical de Nelaton de alívio, como nos refere a NICE (2006).

Relativamente ao trânsito intestinal, é normal que nos primeiros dois a três dias após o parto, não surja espontaneamente, pela diminuição da tonicidade dos músculos intestinais durante o parto. Como forma de ajudar à eliminação intestinal, as puérperas eram incentivadas à deambulação, hidratação oral, ingestão de alimentos ricos em fibras e, em último recurso, era-lhes proposto a administração de emolientes ou laxantes. Muitas puérperas referiam desconforto intestinal e receio em evacuar pelo receio de deiscência dos pontos da episiorrafia. Eram incentivadas à verbalização dos seus receios e era explicado a importância da eliminação intestinal, com o ensino sobre a forma de diminuir o esforço.

O restabelecimento da função urinária e intestinal é fundamental pois confirma a integridade da musculatura adjacente ao canal do parto, mesmo com a realização de episiotomia e posterior episiorrafia ou lacerações. Felizmente, não surgiram casos de incontinência urinária ou anal, porém, se ocorresse, estes casos geralmente são temporários e resolvem-se dentro de seis meses, como refere Ferederice, Amaral e Ferreira (2011). Como prevenção e ajuda na recuperação, as mulheres eram incentivadas a executar os exercícios no pavimento pélvico de forma correta - exercícios de Kegel. Estes exercícios devem ser realizados durante a gravidez, como forma de fortalecimento dos músculos pélvicos.

Na presença de ferida perineal decorrente da episiotomia, inicialmente, como forma de alívio da dor, maior conforto e diminuição do edema, era aplicado gelo envolvido em compressas e almofadas para auxiliar no posicionamento. Como

forma de prevenir infecções eram aconselhadas a cuidados de higiene diários, descrito anteriormente. Os sinais de infecção como, rubor, calor, tumor ou supuração e de deiscência eram referidos, bem como, as características dos pontos da sutura, que são absorvidos por volta do 7^o-10^o dia, com cicatrização por volta de duas a três semanas. No caso de persistência da dor após terapia com o frio, era oferecido analgesia via oral – Paracetamol ou Ibuprofeno, se não contraindicado.

A área perineal e o estado do períneo devem ser avaliados diariamente pelo EEESMO para despiste de complicações e verificar o processo de cicatrização favorável. Estes cuidados são referidos pelo Parecer n.º 23/2011 da Mesa De Colégio da Especialidade de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica.

Quando o parto era distócico por cesariana, eletiva ou não, a puérpera apresentava ferida cirúrgica, a nível abdominal. Esta era avaliada diariamente quanto ao progresso de cicatrização, e para despiste de sinais inflamatórios, seroma ou hematoma e/ou sinais de infecção.

O regresso a casa era preparado ao longo do internamento. Todavia antes da alta, era realizado o tratamento à ferida cirúrgica com soro fisiológico, compressas esterilizadas e colocado penso oclusivo. De acordo com a observação do estado da ferida, eram dadas algumas informações e instruções para a sua segurança, que, no caso de pontos por agrafos, deveria dirigir-se ao centro de saúde por volta do 10^o dia pós-parto, para iniciar a remoção dos agrafos. Se pontos intradérmicos, são absorvidos. Eram advertidas que, se aparecimento de supuração, cheiro fétido, febre, rubor, calor no local da sutura, deveriam dirigir-se às urgências.

Presenciamos uma situação de uma puérpera que, nove dias após o parto, deu entrada no serviço por infecção da ferida cirúrgica. Apresentava ferida com supuração, cheiro fétido, rubor, calor e dor. O tratamento à ferida foi realizado com a observação da equipe médica, sendo colocado dreno em telha, com drenagem de exsudado hemato-purulento em moderada quantidade. Foi realizada limpeza com soro fisiológico em abundância com compressas esterilizadas e, por indicação médica, foi realizado colheita de exsudado para zaragatoa. A infecção da parede abdominal pertence ao rol das infecções nosocomiais e ocorre em 3-16% das cirurgias de cesarianas (ZUGAIB, VEJA, & MIYADAHIRA, 2009), porém, desenvolvem-se após a alta da puérpera.

Relativamente à sexualidade, antes do regresso a casa, as puérperas eram orientadas como e quando podiam recomeçar a atividade sexual. Por volta das quatro semanas após o parto, quando a cicatrização da ferida perineal está presente, sem hemorragia e sinais de infecção. Se a mulher expressa ansiedade em retomar a relação sexual, as razões eram exploradas. Uso de gel lubrificante à base

de água para ajudar a aliviar o desconforto durante a relação sexual pode ser recomendado, especialmente se a mulher está a amamentar (NICE, 2006). Porém, na nossa sociedade, a sexualidade continua a ser um tabu. Esta razão, entre outras, implica que tenhamos que agir para que a puérpera se sinta à vontade, em privacidade, para que consigamos inspirar confiança e assim possa revelar os seus medos, receios e desejos, sem ser discriminada ou sujeita a juízos de valor.

Está demonstrado que a gravidez é uma crise evolutiva, biologicamente desencadeada, que irá exigir adaptações psicofisiológicas e sociais para a retoma da homeostase e promoção da continuidade do desenvolvimento biopsicossocial. No pós-parto, a sensibilidade emocional da mulher é maior devido aos fatores biopsicossociais. Perante o conhecimento dos fatores de risco (história de depressão em gestações ou puerpérios anteriores, gravidez não desejada, adolescência, transtornos de humor ou mentais prévios), interiorizamos que teríamos de estar em alerta para a possibilidade de identificação precoce desta patologia do foro mental.

Procuramos, no quotidiano, ajudar nesta fase de adaptação, com a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, e incentivo para as puérperas frequentarem cursos de recuperação pós-parto, que pode permitir o reencontro / encontro com outras mães, e aliarem, simultaneamente ao exercício para recuperação física, o convívio.

Não foi identificado nenhum caso de transtorno do foro mental, porém, os cuidados subjacentes neste âmbito e a vigilância dos sinais de risco, estão bem presentes. Como refere Rosenberg (2007), deve-se consentir a possibilidade de falar livremente, sem elementos da família, com a avaliação dos sinais de risco do blues puerperal (crises de choro, irritabilidade, hostilidade pelo pai da criança, falta de afeto pelo RN, alterações no sono).

A importância da incompatibilidade de grupo sanguíneo materno e fetal reside na possibilidade da ocorrência de isoimunização que é uma causa comum de anemia hemolítica e hiperbilirrubinemia no RN. Na existência de incompatibilidade eram informadas sobre a vacina da imunoglobulina Anti-D e o consentimento informado era cedido. Era ministrado às 28 semanas ou até 72 horas após o parto (NASIM, MUSTAFA, & SHAHID, 2011).

Quanto ao planeamento familiar, antes da alta, as puérperas eram informadas sobre o método anti-contracetivo que planeiam fazer, com a abordagem das opções existentes, para que possam fazer uma escolha informada, antes do início da atividade sexual. A maioria das puérperas optava pelo anti-contracetivo oral, sendo

advertidas sobre a sua toma: inicia por volta dos 21-28 dias após o parto, sem interrupções.

A prestação de cuidados a puérperas de várias idades, sobretudo, adolescentes. A maternidade / paternidade na adolescência constitui um problema de saúde pública e, como tal, deve ser foco de atenção do EEESMO, pois encontram-se a vivenciar em simultâneo duas transições desenvolvimentais complexas: a adolescência e a maternidade / paternidade.

Os cuidados do EEESMO são essenciais e preponderantes, como forma de prevenir a incapacidade de transição e adaptação ao novo papel de mãe / pai que gera bastante ansiedade, insegurança, dúvidas. Inicialmente a criação uma ligação de confiança com a puérpera e o pai do RN era importante, com a avaliação dos recursos financeiros, económicos, sociais, psicológicos e biológicos, ativação da equipa multidisciplinar, particularmente, a psicologia e a assistente social.

Era basilar o ensino relativo ao planeamento familiar, no método mais adequado para a prevenção da gravidez e sua forma correta de utilização, com o objetivo de os responsabilizar pela sua sexualidade. Para tal, o encaminhar para o seu enfermeiro do centro de saúde da área de residência, era imprescindível, pois será ele a dar continuidade dos cuidados ao casal adolescente após o internamento.

Os cuidados ao RN, ou seja, à criança nascida há menos de dez dias, como a sua higiene, vestuário e alimentação, são procedimentos, que para os novos pais, parecem ser complicados, causando-lhes bastante ansiedade. São vários os conhecimentos que os pais têm que adquirir para prestar cuidados ao RN, constatando-se que, a orientação e ensino feitos pela equipa de enfermagem acerca dos mesmos, conferem-lhes uma maior segurança.

A hora do banho fornece-nos uma oportunidade de envolver os pais nos cuidados do RN, ensinar os procedimentos corretos de higiene e aprender sobre as características individuais do RN, como refere Hockenberry e Wilson (2011). As opiniões, crenças e valores da mulher, parceiro e família, em relação aos seus cuidados e ao do RN, devem ser respeitados em todos os momentos.

Durante a realização dos cuidados ao RN eram realizados os ensinamentos e treino de alguns cuidados com a puérpera: lavagem higiénica das mãos antes e após a execução dos cuidados ao RN, a higiene e conforto (cuidados com a temperatura, o nível da água, diferentes formas de dar banho, os produtos do banho), limpeza do coto umbilical, mudança e colocação da fralda, corte das unhas, limpeza dos olhos, ouvidos e nariz, aplicação de creme hidratante para prevenir e tratar a pele seca, e os cuidados com o vestuário. Este momento era uma excelente oportunidade para observar o comportamento do RN, o estado de consciência, prontidão e atividade

muscular. O banho em geral era realizado após os sinais vitais do RN estabilizarem, especificamente, a temperatura corporal, como adverte os autores supracitados.

Durante o banho, era observado as características da pele dos RNs, com a presença das “Marcas de Nascimento”, sobretudo, as manchas mongólicas e as petéquias. Foram realizados, os respectivos ensinamentos aos pais, acerca das características, pois alguns manifestavam-se ansiosos.

Devido ao uso da ventosa, no parto distócico, após o parto, alguns RNs apresentavam a Bossa sero-hemática ou Cefalohematoma, sendo realizados os ensinamentos: a Bossa, desaparece ao fim de alguns dias após o nascimento e não requer tratamento; o Cefalohematoma, é reabsorvido entre 2ª semana e o 3º mês de vida (conforme o tamanho) e não requer tratamento.

Nos casos de manifestação de dor pelo RN, tinha como etiologia, as cólicas. As massagens, a estimulação do ânus, a posição do RN eram elucidadas aos pais.

Os cuidados com o coto umbilical são de tal forma importante, que tal como Cranley e Ziegel (1986, pág. 526) referem “*é aconselhável dar à mãe uma oportunidade para cuidar do umbigo antes de deixar o hospital, especialmente se ela demonstrar ansiedade com relação a tal procedimento*”, como foi possível verificar em algumas puérperas. Os sinais de infecção: exsudado esverdeado ou purulento, com cheiro fétido, calor, rubor na pele circundante, eram comunicados aos pais.

As principais dúvidas dos pais residiam sobre a eliminação urinária, intestinal e a amamentação. Foram efetuados os respectivos ensinamentos: se RN alimentado corretamente era de esperar seis a oito mudanças de fralda com urina e, cerca de quatro dejeções por dia. Os cuidados com a prevenção de eritema da fralda foram igualmente informados.

Segundo a CIPE versão 2 (2011) a amamentação é o “*padrão alimentar ou ingestão de líquidos: alimentar uma criança oferecendo leite materno*” (pág. 39). A amamentação exclusiva consiste em “*alimentar exclusivamente com leite materno, excluindo outros tipos de alimentos nos primeiros 4 a 6 meses de vida da criança*” (pág. 39).

As vantagens e os problemas da amamentação foram abordados a alguns casais que se mostravam duvidosas para a amamentação e com muitas dúvidas sobre a posição correta do RN (pega correta), a duração e a frequência das mamadas, cuidados com as mamas, como, sobre algumas crenças.

Como é do conhecimento de todos os profissionais da área da Saúde Materna e Obstetrícia, em 1990, através de uma declaração conjunta designada por

«Declaração de Innocenti», a OMS e a UNICEF (“United Nations Children's Fund”) reconhecem que o aleitamento materno constitui um processo único capaz de reduzir a morbidade e a mortalidade infantil, tendo assumido como código de conduta um conjunto de passos / medidas que são conhecidas como “Dez Medidas para um Aleitamento Materno com sucesso”. Em Portugal, existem cinco hospitais Amigos do Bebê. Os profissionais de saúde da instituição hospitalar têm implementado as medidas, para alcançar a certificação e o título de Hospital Amigo do Bebê. Assim, colaboramos com os mesmos, ao desenvolver as competências do EEESMO e fomentar as medidas para o sucesso da amamentação.

No serviço, existe uma linha da amamentação, disponível 24 horas por dia, durante todos os dias, com o objetivo de auxiliar as mães no domicílio, para esclarecer dúvidas, ajudar na resolução de problemas e potenciar o sucesso da amamentação. Esta linha informa a todas as puérperas aquando da alta hospitalar, que se revelaram ficar mais seguras e confiantes, por saberem, que no domicílio, tinham o nosso auxílio e cooperação. O Cantinho da Amamentação era igualmente advertido às puérperas, tendo o mesmo objetivo que a Linha da Amamentação.

A Academia Americana de Pediatria recomenda que os lactentes sejam amamentados em exclusividade durante os primeiros seis meses de vida e que a amamentação ou alimentação com leite materno continue como única fonte de leite durante os seis meses seguintes (GARTNER [et al.], 2005).

As vantagens da amamentação são inúmeras, tanto para a mãe, o RN e o meio ambiente. As principais vantagens mencionadas residiam no facto do leite materno possuir todos os nutrientes para o RN, com aumento das suas defesas e fortalecimento do sistema imunitário, fácil de digerir, reforça os laços afetivos entre a mãe e o RN, menos propensão para obesidade infantil e na adolescência, menor risco de diabetes tipo I, alergias; recuperação pós-parto mais rápida e eficaz perda de peso, com fortalecimento da auto-estima da mulher. Para o meio ambiente é um produto natural, renovável, não contaminado e auto-suficiente. Estas vantagens são referidas por Galvão (2006) e Bértolo e Levy (2008).

Assim que o RN nasce, as mamas da mãe estão prontas para alimentá-lo. Estão cheias de colostro, um líquido amarelado, que tem exatamente os nutrientes que o RN precisa nesta fase. A descida de leite surge por volta das 48-72 horas após o parto. As mamas crescem e ficam tensas, duras, quentes, com possibilidade de febre (37,5 – 39°C). Para alívio dos sintomas e prevenção dos mamilos fissurados e macerados, as puérperas eram incentivadas a continuar com a amamentação com uma pega correta, com a recomendação para a colocação de creme apropriado – Lanolina (Purelan®), ou do próprio leite. As puérperas não devem interromper a

mamada, devem deixar que seja o RN a fazê-lo, e se for necessário, devem colocar um dedo na boca do RN, para interromper a sucção (SARAIVA, 2010) (MANNEL, MARTENS, & WALKER, 2011). As massagens circulares na mama, a aplicação de compressas quentes antes das mamadas e frias após as mamadas, o esvaziamento completo da mama antes de oferecer a outra, o uso de um bom sutiã de suporte, são estratégias que foram abordadas a todas as puérperas, com especial atenção à singularidade individual de cada mulher.

A maioria das puérperas apresentava dificuldades em colocar o RN à mama, sendo auxiliadas durante as mamadas e realizados os ensinamentos de uma pega correta. Em todos os casos, observava as mamadas, como forma de despistar o mau posicionamento e prevenir problemas provenientes de uma pega incorreta. Eram incentivadas à mudança de posição entre as mamadas, para promover o esvaziamento de todos os ductos da mama e aumentar a confiança da puérpera na sua capacidade para variar as posições no domicílio. A estimulação do RN também se mostrou relevante, sendo instruídas que, para acordar o RN, era necessário despir o RN, como forma de o manter desperto para a amamentação (SARAIVA, 2010).

Quanto à duração e frequência das mamadas, as dúvidas das puérperas permaneciam. Foram aconselhadas a deixar o RN mamar até que cesse espontaneamente, e a só oferecer a outra mama, se o RN desejar. Na mamada seguinte, deveriam iniciar pela mama que estiver mais cheia, como nos indica Saraiva (2010). Quanto à frequência das mamadas, durante o período neonatal, se o RN estiver a dormir para além de três horas, o melhor era acordá-lo para mamar. Após este período, se o RN apresentar ganho de peso, considera-se que não é necessário e que o RN deve mamar por livre demanda, até que esteja satisfeito e solte a mama espontaneamente (HITOS & PERIOTTO, 2009).

A crença de que deve mamar 10 minutos em cada mama, continua patente na nossa sociedade. Foi explicado a composição do leite materno, de acordo com Bértolo e Levy (2008): inicialmente é constituído por água e lactose, e à medida que a mamada prossegue, é constituído por gordura, o que permite ao RN ficar satisfeito mais tempo e aumento de peso.

Quanto à higiene das mamas eram esclarecidas para a higienização dos mamilos apenas uma vez por dia, durante a asseio diário, apenas com água, evitar o uso de discos protetores de algodão e optar pelo uso de protetores de mamilos (SARAIVA, 2010).

O incentivo à amamentação exclusiva, ao alojamento conjunto, o evitar das chupetas e biberões até amamentação bem estabelecida, de mamilos de silicone

(exceto se mamilos rasos ou umbilicados), o uso do copo para alimentar o RN (exceto se RN com fraca sucção e reflexos), a manutenção da lactação se RN na Neonatologia, uma pega correta, aliada a uma posição confortável para a mãe e para o RN, os cuidados com as mamas, a força de vontade, confiança, persistência e paciência da puérpera, são contributos para o sucesso da Amamentação.

A saúde do RN pode ser afetada por diversos problemas maternos, daí que qualquer problema que envolve a mãe afeta negativamente a saúde do RN, e por isso era necessário uma avaliação e monitorização do estado de saúde do RN, nomeadamente, nos casos de DM materno.

Para controlar e prevenir a hipoglicemia era efetuada monitorização da glicemia dos RNs. Das complicações descritas, a icterícia mais frequente foi a fisiológica (2^o-3^o dia pós-parto). Para o diagnóstico desta situação era necessário proceder à observação da cor da pele do RN da cabeça aos pés, das escleras e membranas mucosas, com a pressão da pele, na ponta do nariz ou no esterno. Essa pressão promove um branqueamento da área, com a pronúncia da coloração amarela. Era realizada sob luz natural, para uma visualização fidedigna. Se avaliação positiva após colheita dos níveis de bilirrubina, os RNs eram colocados em fototerapia. Os respetivos ensinamentos sobre a fototerapia eram advertidos à puérpera / casal (HOCKENBERRY & WILSON, 2011).

O nível de bilirrubina sérica do RN continua a aumentar até ao 5^o dia pós-parto (SUNDSTROM, ROSÉN, & ROSÉN, 2006). Com internamentos de 48-72 horas, os pais devem ser informados sobre como avaliar e identificar a presença de icterícia, aquando no domicílio.

Quanto ao rastreio auditivo, era realizado a todos os RNs, no dia seguinte ao nascimento e tem como objetivo o diagnóstico precoce de complicações do âmbito auditivo. Este exame era da nossa responsabilidade, e os pais eram informados quanto ao seu objetivo, e no caso de teste inconclusivo ou de não aprovação do teste, era marcado uma nova consulta de repetição, um mês após nascimento, com o Pediatra.

As primeiras vacinas do plano nacional de vacinação eram administradas aos RNs: tuberculose e hepatite B, e os ensinamentos eram realizados: a vacina da tuberculose, como é ministrada via intradérmica, tem o aparecimento de uma cicatriz vacinal, após duas a seis semanas, sem a necessidade de aplicação de creme hidratante nessa área e remoção da crosta. O banho pode ser realizado, com secagem suave com a toalha.

A adaptação / transição ao papel parental é uma das intervenções do EEESMO. Devemos observar cuidadosamente os comportamentos que indiquem a formação

de vínculos emocionais entre o RN e a família, em especial a mãe e o pai. Quando existe comportamentos de face a face, de despir e tocar no RN, o sorrir, beijar e falar com ele, segurá-lo, balançá-lo e aninhá-lo junto do seu corpo eram ótimos sinais de formação da vinculação mãe / pai / RN (HOCKENBERRY & WILSON, 2011).

Por outro lado, se mãe / pai não se sentem confortáveis para pegar no RN, não demonstram vontade em saber como cuidar dele, tocam-lhe apenas com as pontas dos dedos, não falam com ele, não brincam, evitam contato visual e até dão mais atenção às visitas, estamos perante uma situação em que os pais estão com dificuldade de adaptar-se à parentalidade (LOWDERMILK & PERRY, 2008). Apesar de não ter identificado nenhum caso, perante uma situação destas, devemos pedir a colaboração da assistente social, psicóloga (da instituição hospitalar), dos familiares mais próximos, como forma de ajudar o casal a identificar os fatores predisponentes desta não adaptação / transição, bem como, dispor estratégias e intervenções que promovam a transição e adaptação à parentalidade.

Neste âmbito da relação de vínculo entre mãe e RN, surgiu um caso significativo: uma grávida, com cesariana eletiva às 32 semanas de gestação, ficou internada no serviço de grávidas de risco, com o RN na Neonatologia. Durante o internamento, a puérpera manifestava receio de se vincular ao RN, receio da dor se algo não corresse como o esperado. Perante esta situação, foi explicado que, o vínculo mãe-RN começa a desenvolver-se durante a gravidez, na perceção da mãe dos movimentos do feto, da audição da FCF. Era importante para o RN, enquanto internado na Neonatologia, sentisse o cheiro da mãe, ouvisse a sua voz, sentisse o seu toque. O RN começa a conhecer o mundo através da relação com a mãe.

A relação da mãe com o RN constitui-se desde o período pré-natal, e é influenciada pelas expectativas que ela tem sobre o RN e pela interação que, também, se estende após o nascimento. O vínculo é de importância vital para o feto, pois este precisa de se sentir desejado e amado para propiciar a continuação harmoniosa e saudável do seu desenvolvimento. A formação do vínculo não é automática e imediata, pelo contrário, é gradativa e, portanto, necessita de tempo, compreensão e amor para que possa existir e funcionar adequadamente (FONSECA, 2010).

Na área dos cuidados à mulher / RN após parto, o EEESMO deve atuar no sentido de promover a autonomia da puérpera, potenciar a sua saúde e a do RN, promover a transição e adaptação à parentalidade. De todos as intervenções e ensinamentos descritos previamente, durante o internamento, o diálogo com as puérperas

/ família era frequente, construindo laços de empatia e sucesso da acomodação a esta nova fase.

Como forma de dotar o casal de todos os conhecimentos necessários, outros ensinamentos foram realizados: prevenção de acidentes: quedas, asfixia, queimaduras, sobreaquecimento, engasgamento, esmagamento, intoxicações; segurança rodoviária do RN: cadeira voltada para o sentido contrário ao do trânsito com airbag frontal desligado e corretamente instalada; posição no berço: decúbito dorsal com elevação da parte superior do colchão; sono: RN dorme aproximadamente 17 horas por dia, intercalado com períodos de vigília; diagnóstico precoce: realizado no centro de saúde entre o 3º-6º dia de nascimento ou no internamento hospitalar, se necessidade de internamento do RN; sinais de alerta para os pais: presença de febre (temperatura superior ou igual a 38°C), vômitos, diarreia ou diminuição da frequência de dejeções (menos de duas em 48 horas) e de eliminação urinária (sem urina 18-24 horas ou menos de seis micções por dia), dificuldade respiratória (adejo nasal, cianose); projeto “Nascer Cidadão”: registo dos RNs no próprio hospital, logo após o nascimento; questões legais: questão jurídica de proteção social na parentalidade; vigilância de saúde: consulta de revisão do puerpério entre seis e oito semanas após o parto no centro de saúde da área de residência e consulta com o Pediatra ao 15º dia de nascimento do RN.

Após o nascimento de um RN o enfermeiro é o profissional de saúde que, pela sua relação de proximidade, se encontra mais apto para ajudar a puérpera / família a escolher os mecanismos adaptativos e defensivos para que seja ultrapassada a instabilidade, mudanças de auto-estima, mudanças de desempenho de papéis, que o período puerperal acarreta, para assim se alcançar um novo equilíbrio.

2.2. Outras Atividades Relevantes

Para além das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, foi-nos proporcionado a possibilidade de participação em ações de formação no serviço, designadamente, sobre a administração do Citomegalovirus (CMV) na gravidez e sobre a colocação do STAN.

A infeção materno e fetal por CMV durante a gravidez é a principal causa infecciosa de malformações congénitas, atraso psicomotor e surdez. A infeção por CMV é endémica, ocorre ao longo de todo o ano e sem variações sazonais. Por todas as características inerentes à vida fetal, é impossível a suspeição de um diagnóstico de infeção pelos sintomas. No entanto, podem existir alguns sinais,

ainda que inespecíficos, que permitam suspeitar que exista uma infecção, sendo o melhor método disponível para avaliar o feto e o seu bem-estar a ecografia obstétrica, um ótimo instrumento de rastreamento da infecção fetal por CMV (VIDE-TAVARES [et al.], 2011). No estágio de grávidas de risco, uma grávida deu entrada após diagnóstico de CMV positivo. Ficou internada para administração de anti-imunoglobulina CMV - Megalotec. A sessão teve como principal objetivo patentear a incidência do CMV, a correta administração do Megalotec, os seus efeitos e cuidados a ter.

A via de transmissão é através do contato íntimo entre pessoas, e o vírus pode ser encontrado na orofaringe, trato genital, urina, sêmen, sangue, leite e lágrimas de pessoas infetadas. Na gestação, a transmissão ocorre mais frequentemente por contato sexual e pelo contato com crianças infetadas, como foi o caso da grávida, sendo a sua profissão Educadora de Infância. O Megalotec deve ser administrado por via endovenosa a uma velocidade de 0,08ml/Kg de peso corporal por hora, durante 10 minutos. Se for bem tolerado, a velocidade de administração pode ser aumentada gradualmente para um máximo de 0,8 ml/Kg de peso corporal por hora, durante o resto da infusão (INFARMED, 2004). Antes da sua administração deve ser aquecido à temperatura ambiente. A avaliação dos sinais vitais antes, durante e após a administração era realizada, bem como, a alerta para o aparecimento de alguns sintomas: náuseas, vômitos, cefaleias, rubor (porém, estes não são mencionados para não influenciar). O rubor e as cefaleias foram os sintomas mais frequentes.

Quanto à formação do STAN, anteriormente já foi abordada quanto ao seu objetivo e cuidados do EEESMO.

Durante o estágio no serviço de Obstetrícia, verificamos que o recurso às almofadas de amamentação era frequente e com grande adesão por partes das puérperas. Porém, perante a escassez de almofadas, resolvemos participar na resolução deste problema e promover um projeto para angariar almofadas de amamentação. Estas almofadas são um excelente aliado na hora de amamentar, pois auxiliam no posicionamento do RN, na conservação da postura materna com uma posição confortável, auxilia no apoio do braço que segura a cabeça do RN, pode também, servir de apoio à própria cabeça do RN, permite maior bem-estar, tanto para a mãe como para o RN. Mais tarde, serve também para apoiar o RN que começa a sentar-se. Portanto, angariamos e oferecemos duas almofadas da amamentação, ao serviço para ajudar a colmatar os défices existentes. O feedback recebido foi muito gratificante, quer por parte dos profissionais, como das puérperas e seus RNs.

3. ESFORÇOS EXPULSIVOS MATERNOS NO TRABALHO DE PARTO – QUANDO E COMO PUXAR?

O interesse por esta problemática, em estudo, emergiu da observação ao longo do estágio, de práticas e tomadas de decisão divergentes, em relação á condução do trabalho da 2ª etapa do TP, pelos vários profissionais, EEESMO e Obstetras. Assim, optamos por problematizar as práticas em relação a uma área de atuação do EEESMO, na sala de partos, de forma a clarificar a razão da discrepância, através da evidência científica, recente, para poder integrar os conhecimentos na prática e melhorar a intervenção, através de estratégias e habilidades no âmbito da investigação.

A gestão da 2ª etapa do TP tem associada um conjunto de comportamentos, específicos, nomeadamente, os esforços expulsivos da parturiente para auxiliar a passagem do feto no canal de parto, que podem ser realizados, de forma direcionada / dirigido (também denominada de MV), ou espontânea. Podem ser ainda, precocemente ou tardiamente, à dilatação completa.

Com este trabalho pretendemos identificar qual a técnica de puxo mais adequada que a parturiente, com ou sem analgesia epidural, deve realizar, de forma a diminuir a incidência de partos instrumentados, a melhorar os outcomes maternos e fetais e identificar a duração do puxo. Para tal, foi realizada uma RIL sobre os esforços expulsivos maternos, com busca em bases de dados científicas da área da saúde, entre 2006 a 2013.

A partir da análise dos dados, verificou-se que os estudos incluídos defendem que o EEESMO deve orientar, ensinar e incentivar o recurso ao esforço expulsivo espontâneo e tardio na 2ª etapa do TP, nas parturientes com ou sem epidural, com melhoria dos outcomes maternos e fetais e na redução dos partos instrumentados, baseado nas recentes evidências científicas.

3.1. Introdução ao Problema de Investigação

Historicamente, a 2ª etapa do TP tem sido definida anatomicamente como o intervalo de tempo entre o momento em que o colo atinge uma dilatação completa (10cm) e o nascimento do feto. Esta etapa é muitas vezes caracterizada por

contrações regulares, frequentes, durante o qual a mulher em TP sente uma pressão vaginal, retal e um impulso irresistível de puxar (OSBORNE, 2010).

A forma como a respiração auxilia as parturientes durante o parto normal sempre foi motivo de controvérsias na literatura. A respiração, um ato inconsciente, torna-se nesse momento uma atividade controlada, voluntária e ritmada pelos mecanismos fisiológicos do parto. A busca do padrão respiratório ideal para o período expulsivo do parto tem sido estudada há aproximadamente cinco décadas e ainda gera muitas dúvidas, nomeadamente, quanto ao tipo de puxo que se deve incentivar, tendo em conta os seus outcomes (FREITAS [et al.], 2009).

A parturiente é solicitada a auxiliar na expulsão do feto e para isso, utiliza a musculatura abdominal como suporte da bomba muscular respiratória. É justamente esse sistema respiratório que fornecerá o oxigénio adicional necessário para suprir as exigências metabólicas desse momento.

Do ponto de vista fisiológico, segundo os autores referidos anteriormente, a respiração é, normalmente, involuntária e ocorre em frequências e profundidades variáveis, de acordo com a atividade que a parturiente se encontra a realizar. No entanto, pode ser também uma atividade voluntária e controlada de modo consciente. Em permanência com esse princípio de controlo voluntário da respiração, a literatura demonstra que é prática comum as parturientes seguirem instruções específicas quanto ao padrão respiratório a ser adotado durante o período expulsivo, para colaborar no nascimento.

Assim, durante a 2ª etapa do TP, a parturiente tem que realizar esforços expulsivos, que podem ser espontâneos ou dirigidos pelo profissional de saúde, precoces ou tardios. Quando o puxo é efetuado apenas com o reflexo de Ferguson, o diafragma é puxado para cima, o que descontra o períneo, e é favorecido o reflexo expulsivo. Este reflexo ocorre quando a apresentação desce abaixo das espinhas isquiáticas, com o alongamento dos nervos e músculos, e estimulação dos recetores de estiramento na parede vaginal posterior, causando um aumento da libertação de oxitocina (FREITAS [et al.], 2009).

Por outro lado, os mesmos autores supramencionados descrevem que a ação de efetuar uma respiração profunda e durante um período prolongado, com a glote fechada – MV, vulgarmente é utilizada com o puxo dirigido, mesmo que não haja a vontade de puxar. É definido quando é o profissional de saúde que controla a mulher durante o puxo, instruindo-a quando e como puxar. Tipicamente, isto significa instruir a mulher a realizar uma respiração profunda no início da contração, durante 8-10 segundos com a glote fechada, com cerca de três puxos por contração.

Segundo as recomendações da OMS na assistência ao parto normal, nas “condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas”, vem descrito a seguinte conduta: Esforços de puxo prolongados e dirigidos (MV) durante o período expulsivo.

Vários estudos sugerem que existem diferenças quanto ao tipo de puxo, nomeadamente, quanto à FCF, pH do cordão umbilical arterial, traumas no canal do parto, nos músculos do assoalho pélvico e períneo. Têm equitativamente demonstrado e incentivado o uso do puxo espontâneo e tardio como forma de melhorar os outcomes, e desencorajado o puxo direcionado – MV. Apesar destas diferenças, a técnica de puxo dirigido com MV é utilizado rotineiramente na 2ª etapa do TP, tal como Yildirim e Beji (2008) nos referem.

Nesse sentido, objetivamos a identificação do tipo de puxo a realizar no período expulsivo para diminuir a incidência de partos instrumentados, com o aumento de partos eutócicos, bem como, quando iniciar o puxo (antes ou após a dilatação completa), como puxar, qual o puxo que produz melhores outcomes maternos e fetais, qual o limite do puxo e analisar qual o puxo a incentivar na parturiente com analgesia epidural.

3.2. Metodologia: Revisão Integrativa da Literatura

Este estudo, de abordagem qualitativa, baseada na RIL, visa identificar o tipo de evidência científica existente, sobre os esforços expulsivos maternos durante a 2ª etapa do TP.

A RIL é uma metodologia específica de pesquisa em saúde que sintetiza um assunto ou referencial teórico para maior compreensão e entendimento de uma questão, permitindo uma ampla análise da literatura. Este método foi desenvolvido com os propósitos da PBE e tem como pressuposto um rigoroso processo de síntese da realidade pesquisada (MENDES, SILVEIRA, & GALVÃO, 2008).

Segundo os autores acima descritos, “este método tem a finalidade de reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.” (pág. 175). Perante os métodos de revisão, a RIL é o mais amplo, sendo uma vantagem, pois permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase-experimental, que proporciona uma compreensão mais completa do tema de interesse. Similarmente permite a combinação de dados de literatura teórica e empírica.

O investigador pode elaborar uma RIL com diferentes finalidades, ou seja, pode ser direcionada para a definição de conceitos, a revisão de teorias ou a análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular. A variedade na composição da amostra da RIL em conjunto com a multiplicidade de finalidades deste método proporciona, como resultado, um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde relevantes para a enfermagem.

Souza, Silva e Carvalho (2010) referem que o recurso à RIL para este estudo é fundamental e pertinente, na medida em que iremos recorrer a estudos atuais, fidedignos, pertinentes, com diferentes abordagens metodológicas, que irão ser analisados de forma sistemática, tendo em conta os seus objetivos, materiais e métodos. Na metodologia da RIL, esta segue um conjunto de etapas que consistem na formulação do problema (tema), elaboração da pergunta de partida, na colheita de dados (busca na literatura), categorização dos estudos, análise e interpretação dos dados recolhidos, discussão dos resultados e síntese dos conhecimentos.

Os mesmos autores referem que a definição da pergunta de partida é a fase mais importante da revisão, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações recolhidas de cada um dos estudos selecionados, que inclui a definição dos participantes, as intervenções e os resultados a serem avaliados.

A pergunta de partida final foi desenvolvida e modificada: **qual a técnica de puxo eficaz e segura, a realizar pela parturiente, sem ou com epidural, durante o período expulsivo, para aumentar a incidência de partos eutócicos com outcomes maternos e fetais benéficos?**

A estratégia de busca de evidência científica com a seleção de artigos deve ser ampla, diversificada, recente e de acordo com a pergunta de partida, com a pesquisa de publicações em revistas científicas, bases de dados científicas ligadas à área da saúde, nomeadamente, CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Data base of Systematic Reviews, Health Technology Assessments e Cochrane Methodology Register, NICE, na plataforma EBSCO.

Como critérios de inclusão foram definidos os artigos integrais, que abordam as diversas temáticas do parto vaginal, de estudos randomizados, revisão sistemática de literatura e guidelines, publicados em qualquer idioma (português, inglês, espanhol, francês), que nos seus títulos abrangesse os seguintes descritores da área das ciências da saúde: 2ª etapa do TP ou período expulsivo, parto vaginal, esforço expulsivo, MV, puxo espontâneo, limite do puxo, analgesia epidural,

outcome materno e neonatal, incluindo, trauma perineal, duração da 2ª etapa do TP, índice de Apgar, valores do pH umbilical.

Os descritores citados anteriormente foram um recurso para a busca nas bases de dados, com a utilização da linguagem booleana: ('Second stage of labour' OR 'parturition' OR 'expulsive phase' OR 'childbirth' OR 'deliver') / ('push*' OR 'Valsalva' OR 'bearing down') / ('pregnancy outcome' OR 'infant' OR 'neon*' OR 'maternal' OR 'mother').

Os artigos avaliados na íntegra tiveram as suas listas de referência comparadas para verificar a existência de possíveis outros estudos de interesse. A elegibilidade da referência foi conferida, separadamente, sendo inicialmente avaliadas pelos seus títulos e/ou resumos. Se no título ou resumo não houvesse informação suficiente para avaliar o estudo, ou quando era considerado relevante, o artigo era analisado na íntegra.

3.3. Resultados

Com a pesquisa, foram encontrados 117 artigos, dos quais 98 artigos eram integrais e que, após a leitura dos títulos e sua repetição, foram rejeitados 46 artigos. Dos 52 artigos, 26 foram rejeitados após leitura dos resumos e por não serem artigos randomizados, revisões sistemáticas ou guidelines. Após a leitura dos critérios de inclusão dos artigos para a investigação, 11 foram rejeitados. Dos restantes artigos, cinco são estudos clínicos randomizados, sete são revisões sistemáticas da literatura e três são guidelines que se tornaram basilares para a fundamentação.

Na tabela seguinte, n.º 2, é evidente a realização de uma análise dos artigos acima selecionados para a RIL, com a descrição do autor, ano, objetivos, metodologia, resultados, conclusão e nível de evidência (NE). Para os autores Levin, Singleton e Jacobs (2007), o NE é representado por diversos esquemas, nomeadamente uma pirâmide, com estrutura hierárquica. O nível mais elevado de evidência, na parte superior da pirâmide, é caracterizado pelo aumento da relevância das provas para o clínico. No Nível I, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados, como é o caso de sete estudos incluídos. No Nível II, as evidências derivam de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado, perfazendo um total de cinco estudos.

Tabela 2: Resumo e Análise dos Artigos

Autor/Ano	Publicação /Pais	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusão	NE
Brancato; Church; Stone (2008)	Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses EUA	Determinar qual o melhor método de puxo – precoce ou tardio (descida passiva) - que reporta maiores benefícios nas mulheres, com analgesia epidural, Na 2ª etapa do TP.	Revisão Sistemática da Literatura Inclui sete estudos de ensaios clínicos randomizados, com comparação do puxo precoce e descida passiva, em 2,827 mulheres, com analgesia epidural.	No puxo precoce, há aumento do risco de morbidade materna (parto instrumentado, trauma perineal, incontinência fecal, lesão do esfíncter anal e lesão do nervo pudendo), maior tempo de puxo e fadiga materna e mais desacelerações combinadas e prolongadas por minuto e variáveis leves. No puxo tardio, há uma diminuição significativamente do tempo de puxo, do risco de parto instrumentado, morbidade neonatal com aumento do pH fetal, menor fadiga materna e desacelerações combinadas e prolongadas por minuto e variáveis leves.	Deve-se permitir que o feto desça passivamente pelo canal do parto durante o tempo de duas horas, até que a cabeça seja visível no intróito vaginal ou até que a parturiente sinta uma irresistível vontade de puxar, durante período expulsivo, para promover melhores experiências do parto e melhores resultados para mãe e feto. É uma forma segura e eficaz de aumentar os partos vaginais espontâneos e reduzir o tempo de puxo.	I
Bosomworth ; Saltikov (2006)	Midwifery Digest Inglaterra	Comparar os efeitos do puxo direcionado (MV) com o puxo espontâneo quanto à: duração da 2ª etapa do TP, tipo de parto, resultado perineal, índice de Apgar, pH arterial e FCF.	Revisão Sistemática da Literatura Incluí 10 estudos. <u>Participantes:</u> primigestas, múltiparas, com gravidez única cefálica, sem complicações.	No trauma perineal, revelaram existir uma menor frequência e gravidade de trauma perineal no puxo espontâneo, com menor necessidade de sutura. Quanto ao resultado neonatal, 30% dos fetos tiveram desacelerações variáveis graves e 30% mantinham a variabilidade média da linha de base, no puxo direcionado, e 17,6% dos fetos com desacelerações variáveis graves e 58,8% com a variabilidade média da linha de base, no puxo espontâneo. Quanto à duração da 2ª etapa do TP, é de menor duração, no puxo espontâneo. No tipo de parto, surge uma redução de 50% de partos distócicos (fórceps), no puxo espontâneo.	Para mulheres, sem analgesia epidural, onde o Reflexo de Ferguson esta presente para o puxo espontâneo, o puxo direcionado não deve ser encorajado. Há uma necessidade de uma maior pesquisa de alta qualidade a ser realizado com amostras grandes, tendo em conta a complexidade de fatores de confusão e preconceitos. Até essa pesquisa estar disponível, o EEESMO deve apoiar as mulheres para o puxo espontâneo.	I
Martin (2009)	British Journal of Midwifery Inglaterra	Identificar os efeitos que a MV (puxo direcionado) tem sobre o bem-estar materno e fetal.	Revisão Sistemática da Literatura Inclui 16 estudos com resposta à questão: "quais são os efeitos da Manobra de Valsalva – puxo	No bem-estar fetal, o puxo direcionado produz uma diminuição significativa na oxigenação cerebral fetal, aumento da acidose fetal (diminui o pH), das concentrações de lactato fetais. No bem-estar materno, recomendam evitar o puxo direcionado e precoce para evitar o aumento de concentração materna de lactato e para diminuir a ansiedade e stress. Quanto à justificação para o uso do puxo dirigido, evidenciam que as parteiras incentivam este tipo de puxo quando há sofrimento materno, cansaço, medo e dor. Na	Deve-se incentivar o comportamento materno espontâneo e instintivo, sem limite de tempo para a 2ª etapa do TP, se presença de bem-estar materno/fetal. O EEESMO deve adotar uma abordagem flexível para o início do puxo, dependendo do grau de dilatação do colo do útero e outros sinais de bem-estar materno/fetal. Durante a fase latente inicial do	I

			<i>direcionado e dirigido, no bem-estar materno e fetal?"</i>	duração da 2ª etapa do TP, um estudo observou que a duração média foi significativamente menor no grupo do puxo precoce (46 minutos), quando comparado com o puxo tardio (59 minutos). No trauma perineal, as parturientes que usam o puxo espontâneo são mais propensas a perineos intactos, episiotomia reduzidas ou lacerações de 2º-3º grau. Com puxos precoces tem maior incidência de lacerações perineais. A integridade do períneo é mais preservada nos puxos espontâneos, em comparação com os puxos dirigidos.	período expulsivo pode não haver necessidade de puxar, sendo normal e as mulheres não devem ser direcionadas para o puxo. Deve ser encorajado o puxo tardio, até que haja um impulso para puxar, mesmo em mulheres com anestesia epidural, e a adotar posições verticais para incitar a progressão fetal e evitar o parto instrumentado.	
Ray, [et al.] (2009)	American Journal of Obstetrics & Gynecology Inglaterra	Avaliar a influência da duração da 2ª etapa do TP nos resultados maternos e neonatais.	Revisão Sistemática da Literatura Inclui três estudos multicêntricos randomizados controlados; <u>Participantes:</u> 1.862 mulheres nulíparas com analgesia epidural.	Após uma hora de puxo, a probabilidade de parto espontâneo de um feto sem sinais de asfixia diminuiu com a duração do puxo. Puxo ativo com mais de duas horas, a probabilidade de parto vaginal espontâneo de um RN com sinais de asfixia foram de 22,7% no puxo precoce, e 19,6% no puxo tardio. A taxa de hemorragia pós-parto de 23,6%, com duas horas de puxo, foi aumentada para 30,5%, depois de três horas de puxo. O risco de febre intraparto também foi associado significativamente com a duração da 2ª etapa do TP.	Após duas horas de puxo ativo, a probabilidade de ter um parto vaginal espontâneo de um RN sem sinais de asfixia são aproximadamente 20%, o risco de hemorragia pós-parto aumenta significativamente. No contexto da vigilância fetal contínua na 2ª etapa do TP e de uma duração prolongada desta fase, não aumenta o risco de neonatal adverso resultado, se monitorizado adequadamente.	I
Yildirim; Beji (2008)	Journal Birth Turquia	Determinar os efeitos das técnicas de puxo sobre a parturiente e o feto.	Estudo randomizado controlado <u>Participantes:</u> 100 primíparas entre as 38 e 42 semanas de gestação, em dois grupos: puxo precoce (dirigido com a glote fechada) e puxo tardio (espontâneo com a glote aberta).	A duração média da 2ª etapa do TP no grupo do puxo dirigido foi mais longa do que no grupo do puxo espontâneo. Diferenças na incidência de episiotomia e lacerações perineais não foram significativas entre os grupos, porém, o seu aumento prevalece no grupo do puxo dirigido. A quantidade de hemorragia pós-parto era pequena em 50% e moderada em 48% das mulheres, no grupo do puxo espontâneo e pequena em 40% e moderada em 58% das mulheres, no grupo do puxo dirigido. No puxo espontâneo, o RN nasceu com melhor índice de Apgar ao 1º-5º minutos, maior pH da artéria umbilical e níveis pO2.	Deve-se educar as mulheres sobre a técnica de puxo espontâneo, na 1ª etapa do TP, com suporte para o puxo espontâneo, resultando numa 2ª etapa mais curta, sem intervenções e melhores resultados para os RNs. As Parturientes relataram que tinham menos problemas, que sentiam que estavam a puxar de forma mais eficaz, e estavam mais satisfeitas com a técnica de puxo usada (espontâneo), quando comparado com o grupo do puxo dirigido.	II
Cooke (2010)	British Journal of Midwifery Inglaterra	Determinar qual o método de puxo que constitui a melhor prática, e o papel do EEESMO nos cuidados.	Revisão Sistemática da Literatura Inclui 55 artigos, dos quais estudos randomizados, incluídos nas bases	Uma duração da 2ª etapa do TP superior a três horas, após o parto há risco de hemorragia e corioamnionite; superior a quatro horas, há um aumento da morbidade materna, incluindo trauma perineal extensa. Há evidências crescentes de que o exato tempo de duração da 2ª etapa do TP não é tão importante quanto a sua progressão. O puxo dirigido aumenta a probabilidade de trauma perineal, taxa de parto	A recomendação para a prática clínica é que o EEESMO não deve dirigir o puxo, pois pode ser prejudicial ao bem-estar fetal, à probabilidade de parto instrumentado, por consequência de alcançar o bem-estar materno/fetal. Também é importante não impor limites de	I

			de dados: Cochrane, CINAHL, BNI, Embase, Medline, PubMed, TRIP, OMNI, NeLH e PsycInfo.	instrumental, disfunção do assoalho pélvico a longo prazo; diminui a oxigenação materna e fetal, aumenta a fadiga materna, alterações nos valores do pH do sangue do cordão umbilical, da concentração de lactato materno. Mais de seis segundos de puxo, resulta em desacelerações cardíacas fetais, hipóxia fetal e acidose e aumento do volume sanguíneo cerebral. O Puxo espontâneo diminui a probabilidade de parto instrumentado, trauma perineal, episiotomia, por permitir tempo para o aumento da complacência dos tecidos; o RN tem melhores resultados, sendo que na fase passiva do período expulsivo, o bem-estar fetal não é afetado, mas na segunda fase a condição fetal deteriora-se, sugerindo esta técnica de puxo, e uma duração de puxo curto, para benefício fetal. O EEESMO enfrenta dificuldade em se abster de utilizar o puxo dirigido, porque reage à aflição materna, mudando de incentivo do puxo espontâneo para o dirigido.	tempo para a 2ª etapa do TP, se bem-estar materno/fetal e se há uma clara progressão fetal. Outras estratégias, tais como a mudança de posição ou um período de descanso, são fundamentais, junto com a técnica de comunicação, como forma de incentivar a parturiente ao puxo natural, ouvindo o seu corpo. A evidência sugere que o puxo espontâneo na 2ª etapa do TP deve ser incentivado para melhores resultados fetais.	
Gillesby, [et al.] (2010)	Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses EUA	Determinar se a utilização de puxo tardio após o início da 2ª etapa do TP, reduz o tempo de puxo ativo (TPA) e diminui a fadiga materna.	Estudo randomizado controlado <u>Participantes:</u> 77 mulheres com gravidez única, nulíparas, com analgesia epidural, divididas em 2 grupos: puxo imediato e tardio;	O TPA, no puxo precoce foi, em média, de 94 minutos, e no puxo tardio foi de 68 minutos. Quanto à duração da 2ª etapa do TP, no grupo do puxo imediato foi, em média, de 107 minutos, e no grupo do puxo tardio foi de 166 minutos. A satisfação materna foi semelhante para ambos os grupos. Apesar de não ser significativa a diferença entre ambos os grupos, foram realizados 11 episiotomias, sendo que sete foram no grupo do puxo precoce e quatro no grupo do puxo tardio. Nas lacerações de 1º grau foi superior no grupo do puxo precoce - 11, e no puxo tardio - sete. Nas lacerações de 2º grau foi superior no grupo do puxo tardio - 19, e no puxo precoce 12. As lacerações de 3º-4º grau ocorreram apenas no puxo precoce. Para os RNs, o índice de Apgar ao 1º-5º minutos foram superiores no grupo do puxo tardio, evidenciando que o feto é melhor oxigenado. Quanto ao parto eutócico, em 55 casos, 25 foram no puxo precoce e 30 no puxo tardio. Quanto ao parto por ventosa, em 17, 11 foram no puxo precoce e seis no puxo tardio. Quanto ao parto distócico com fórceps apenas ocorreu um no puxo precoce. Apesar de pouco significativa, evidencia-se que o puxo precoce aumenta a probabilidade de parto distócico e	Ao atrasar o início do puxo ativo nas nulíparas com anestesia epidural, o TPA é reduzida em 27% e, no grupo do puxo tardio, o TPA é, em média, de menos de 26 minutos, do que no grupo do puxo imediato. Além disso, apesar de atrasar até duas horas o início do puxo ativo no grupo do puxo tardio, o tempo total durante 2ª etapa do TP foi em média de apenas 59 minutos mais do que no grupo do puxo precoce, sendo que o bem-estar fetal, o índice de Apgar, pH do sangue do cordão umbilical não são afetados por este aumento. Recomenda-se uma prática de atraso no início do esforço expulsivo, durante a educação pré-natal.	II

Jahdi, [et al.] (2011)	International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health Irão	Avaliar o efeito do puxo espontâneo contra o puxo dirigido, na duração da 2ª etapa do TP, o tipo de parto e índice de Apgar.	Estudo controlado randomizado <u>Participantes:</u> 191 mulheres, foram agrupadas no grupo do puxo espontâneo e no grupo do puxo dirigido.	que, o uso de ocitocina foi maior. Nas primíparas, a duração da 2ª etapa do TP foi inferior no grupo do puxo espontâneo, 33.10 versus 36.75 minutos no grupo do puxo dirigido. Nas múltiparas durou 23,43 minutos no grupo do puxo dirigido, e 22,76 minutos no grupo do puxo espontâneo. Não houve índice de Apgar no 1º minuto inferior ou igual a sete no grupo do puxo espontâneo. Em contraste, dois RNs tiveram índice de Apgar inferior a sete no 1º minuto, no grupo do puxo dirigido. Um RN teve Apgar ao 5ºminuto inferior ou igual a oito no grupo do puxo dirigido. Todos os RNs do grupo do puxo espontâneo tinham 9 ou 10 de índice de Apgar ao 5ºminuto. Um caso do grupo do puxo espontâneo e dois casos no grupo do puxo dirigido realizaram cesariana.	Não há dados para apoiar uma política de puxo dirigido, e sugerindo que é prejudicial. O puxo espontâneo não foi associado com nenhum resultado adverso, sendo que esta técnica pode reduzir a duração da 2ª etapa do TP e é um método seguro, sem resultados adversos para a mãe e o RN. AWHONN recomenda que as parturientes não comecem a puxar, até que sintam vontade para fazê-lo, e quando o fazem, puxam espontaneamente, em resposta ao impulso para puxar.	II
Yli, [et al.] (2012)	Journal Perinatal Suécia e Noruega	Avaliar o efeito do TPA quanto aos resultados neonatais.	Estudo clínico aleatório, controlado randomizado <u>Participantes:</u> 22.812 parturientes em TP com gravidez superior ou igual a 36 semanas de gestação, feto único e apresentação cefálica, avaliação fetal com CTG ou STAN.	O tempo médio de TPA foi de 23 minutos. Para nulíparas, o TPA foi em média de 36 minutos, enquanto, em múltiparas, o tempo foi de 13 minutos. Com o aumento do TPA, a pCO ₂ da artéria umbilical e BDecf. aumenta e o pH diminuiu. Para a TPA inferior a 15 minutos, os valores médios do pH foram os valores mais elevados e BDecf. foram menores, do que para todos os grupos de TPA superior ou igual a 15 minutos. A probabilidade de parto vaginal espontâneo diminuiu com cada aumento de 30 minutos de TPA. No entanto, a fisiopatologia de deficiência de oxigênio e para o desenvolvimento da acidose metabólica é a mesma para o feto, independentemente da paridade. Evidenciaram um aumento de seis vezes na probabilidade de desenvolvimento de acidose metabólica fetal para TPA de 15-30 minutos, um aumento de mais de oito vezes para TPA de 30-59 e 60-90 minutos e aumento de 14 vezes para durações do TPA de 90-120 minutos.	O bem-estar fetal está em risco, principalmente durante o TPA, e, portanto, um maior TPA aumenta o risco de acidose fetal. O parto instrumentado pode ser uma consequência de um TPA prolongado e, conseqüente, influencia na asfixia fetal. Sugerem avaliação fisiológica ativa do progresso do trabalho em conjunto com a monitorização fetal eletrônica contínua, durante o puxo.	II
Prins, [et al.] (2011)	International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health	Avaliar os benefícios ou riscos do puxo dirigido – MV, e do puxo espontâneo, para a parturiente e o RN, durante a 2ª etapa do TP.	Revisão Sistemática Da Literatura Inclui 11 estudos randomizados. <u>Participantes:</u> 425 primíparas sem	No grupo do puxo espontâneo tiveram uma duração média da 2ª etapa do TP de 121,4 minutos, e, no grupo do puxo dirigido, de 57 minutos. Quanto ao tipo de parto, no grupo do puxo dirigido os partos instrumentados foram superiores. A necessidade de reanimação não diferiu, embora num estudo a necessidade de reanimação em ambos os grupos era elevado. A Admissão na unidade de cuidados	As evidências não suportam o uso rotineiro da MV na 2ª etapa do TP. O puxo espontâneo deve ser aceite como uma boa prática, sendo que as parturientes devem ser encorajadas a escolher o seu próprio tipo de puxo. Devem ser apoiadas para seguir os seus próprios sentimentos, ouvir o	I

	Reino Unido, USA e Hong Kong		analgésia epidural.	intensivos neonatais não diferiu entre os grupos. Os fatores urodinâmicos avaliados aos três meses após o parto foram afetados negativamente pelo puxo dirigido. O primeiro desejo de urinar e evacuar, e capacidade vesical foram reduzidas, tendo efeitos negativos na função do assoalho pélvico.	corpo. O profissional pode fornecer mais sentido explícito, orientação e assistência com o puxo, a pedido da parturiente ou quando parece razoável, por exemplo, quando a 2ª etapa do TP tem de ser rápido.	
Low, [et al.] (2013)	The International Urogynecological Association EUA	A incidência de incontinência urinária após 12 meses do parto em primíparas é reduzida com o uso do puxo espontâneo isolado ou em combinação com massagem perineal, em comparação com as mulheres que experimentam o puxo dirigido, na 2ª etapa do TP?	Estudo controlado randomizado <u>Participantes:</u> 249 parturientes. O auto-relato de incontinência foi avaliado em 145 mulheres aos 12 meses pós-parto.	O resultado do estudo clínico para testar o efeito do puxo espontâneo com ou sem massagem perineal e massagem perineal isolado não demonstraram um efeito positivo na redução da incontinência urinária pós-parto. Um estudo controlado randomizado (com 128 participantes) encontrou défices urodinâmicos no pós-parto nas mulheres que usaram o puxo dirigido durante o parto, do que o grupo em que não foram treinadas e usaram o puxo espontâneo. Quanto à duração da 2ª etapa do TP, mostra variações nos diferentes grupos, sendo que no grupo do puxo dirigido foi uma média de 91 minutos, no grupo da massagem perineal foi de 126 minutos, no grupo do puxo espontâneo foi de 133 minutos e, no grupo da combinação, foi de 88 minutos. A duração da 2ª etapa do TP era mais curta, em média, 13 minutos, no grupo do puxo espontâneo.	Conclui-se que nem o puxo espontâneo com ou sem massagem perineal, ou a própria isolada, reduzem o risco de incontinência urinária aos 12 meses após o parto, embora nenhum estudo provou ser contraindicada, e podem ser seguramente utilizadas, como o método preferido para puxar, para se atingir resultados positivos, até mesmo relativo à prevenção da incontinência urinária.	II
Berghella; Baxter; Chauhan (2008)	American Journal of Obstetrics & Gynecology EUA	Analisar as evidências da gestão do TP, fornecendo orientações baseadas em evidências	Revisão Sistemática da Literatura Inclui artigos randomizados <u>Participantes:</u> grávidas saudáveis, únicas e apresentação cefálica.	No puxo tardio, em gestações de termo, com apresentação cefálica, com epidural, aumenta a incidência de parto vaginal espontâneo, e melhores resultados em comparação com o puxo precoce. O puxo precoce com MV está associado com uma duração da 2ª etapa do TP mais curto por 13-18 minutos de duração. Quanto a fatores urodinâmicos, três meses após o parto são inferiores no grupo do puxo precoce com a glote fechada.	Deve-se valorizar a escolha da parturiente, ao preferir o puxo espontâneo, tardio, com melhores outcomes maternos e fetais.	I

3.4. Discussão

Após mais uma etapa e terminadas as quatro primeiras fases da RIL, vamos proceder à discussão, interpretação e síntese dos resultados obtidos após análise dos artigos selecionados. Para melhor compreendermos, foi elaborado um esquema, baseado na pergunta de partida, de forma a dar resposta às perguntas anteriores.



Figura 2: Esforços Expulsivos Maternos

3.4.1. Tipo de Esforço Expulsivo Materno Sem Analgesia Epidural

Sem analgesia epidural, a parturiente, instintivamente, com o aparecimento do reflexo de Ferguson, inicia os esforços expulsivos espontaneamente, com o auxílio / apoio por parte do EEESMO, com a presença da sensibilidade dolorosa, e dos inevitáveis puxos. Porém, é possível presenciar casos de parturientes sem analgesia epidural em que o incentivo ao puxo direcionado – MV é realizado. Tendo em conta os diferentes tipos de puxo: espontâneo – precoce ou tardio e, dirigido – precoce ou tardio, várias conclusões foram aferidas.

De acordo com os estudos apresentados, os outcomes maternos são constituídos pelos traumas perineais, episiotomia, aumento da concentração de

lactato, sofrimento materno, fadiga, disfunções do assoalho pélvico, oxigenação e entre outros.

A revisão da literatura de Martin (2009) recomenda evitar o puxo direcionado e precoce para evitar o aumento de concentração materna de lactato e para diminuir a ansiedade e stress. Quanto à justificação para o uso do puxo dirigido / direcionado, esclarecem que o EEESMO incentiva este tipo de puxo quando há sofrimento materno, fadiga, medo e dor.

As Parturientes que usam o puxo espontâneo são mais propensas a períneos intactos, episiotomias ou lacerações de 2^o-3^o grau reduzidas, diminuição da probabilidade de parto instrumentado; com o puxo dirigido pode afetar significativamente os índices de urodinâmica associados ao aumento do detrusor de hiperatividade com disfunção do assoalho pélvico a longo prazo (incontinência urinária de esforço), aumento da probabilidade de trauma perineal, da fadiga materna, da taxa de parto instrumental e diminuição da oxigenação materna. Os puxos imediatos com a dilatação completa tem maior incidência de lacerações perineais, do que no tardio, sendo que a integridade do períneo é mais provável que seja preservada nos puxos espontâneos em comparação com os puxos dirigidos / direcionados (BOSOMWORTH & BETTANY-SALTIKOV, 2006) (YILDIRIM & BEJI, 2008) (MARTIN, 2009) (COOKE, 2010) (PRINS [et al.], 2011). A progressão passiva do feto ocorre com o puxo espontâneo que protege o períneo, por permitir tempo para o aumento da complacência dos tecidos. Portanto, o puxo espontâneo deve ser incentivado.

Um dos benefícios maternos em relação à utilização de puxos que não utilizam a MV prolongada é a maior preservação da musculatura perineal. O puxo dirigido pode ser acompanhado pela tensão dos músculos do assoalho pélvico e interferir na rotação e progressão fetal. O puxo espontâneo apresenta menos sobrecarga na parede vaginal anterior e uma proteção nos ligamentos cervicais ou no tecido conectivo que suporta as paredes vaginais, pois não tem a capacidade de tensioná-los, uma vez que o seu início ocorre com uma apresentação fetal num plano mais baixo. Uma lenta distensão na musculatura do períneo repercute em menos trauma do que quando esta é submetida a um súbito e forte alongamento como é o caso do puxo dirigido. Quando uma musculatura é submetida a um rápido alongamento é desencadeado um reflexo de estiramento com conseqüente contração reflexa da musculatura, impedindo o seu relaxamento. Com o súbito aumento da pressão da cavidade abdominal, há uma resposta sinérgica de contração perineal. Portanto, uma saída muito rápida do feto não possibilitará uma flexibilidade adequada dessa musculatura, predispondo-a a lacerações (BOSOMWORTH & BETTANY-

SALTIKOV, 2006) (YILDIRIM & BEJI, 2008) (MARTIN, 2009) (COOKE, 2010) (PRINS [et al.], 2011) (JAHDI [et al.], 2011).

Relativamente à hemorragia pós-parto, no estudo randomizado com 100 primíparas, no grupo do puxo espontâneo / tardio era pequena em 50% e moderada em 48% das mulheres, e no grupo do puxo dirigido / precoce era pequena em 40% e moderada em 58%, denotando um aumento da hemorragia com o recurso ao puxo dirigido / precoce. As mulheres que realizaram o puxo espontâneo / tardio relataram que tinham menos problemas, sentiam que estavam a puxar de forma mais eficaz, e estavam mais satisfeitas com a técnica de puxo que tinham usado, quando comparado com o grupo do puxo dirigido / precoce (YILDIRIM & BEJI, 2008).

Relativamente às disfunções do assoalho pélvico, no estudo de Prins [et al.] (2011), os fatores urodinâmicos avaliados aos três meses após o parto foram afetados negativamente pelo puxo dirigido, em que o primeiro desejo de urinar e evacuar e a capacidade vesical foram reduzidas, com efeitos negativos na função do assoalho pélvico.

Porém, o estudo de Low [et al.] (2013), avaliou o efeito dos diferentes tipos de puxo quanto à incidência de incontinência urinária no pós-parto (ao fim de 12 meses) em 145 primíparas, e concluíram que nem o puxo espontâneo com ou sem massagem perineal, ou a massagem isolada, reduzem o risco de incontinência urinária aos 12 meses após o parto, mas não provaram ser contraindicadas e podem ser seguramente utilizadas, como o método preferido para puxar, para se atingir resultados positivos, até mesmo relativos à prevenção da incontinência urinária.

Quanto aos efeitos do puxo dirigido no bem-estar fetal incluem a diminuição significativa na oxigenação cerebral fetal, aumento da acidose fetal (diminuição do pH do sangue do cordão umbilical), concentrações de lactato fetais significativamente aumentadas com a duração da 2ª etapa do TP, em que um período prolongado de puxo dirigido é desvantajoso para o feto. Quando surge um período de descanso antes de iniciar o puxo com a dilatação completa, ou seja, a parturiente só inicia os puxos quando sente vontade, os fetos apresentam menos desacelerações. Este tipo de puxo é o mais aconselhado para o bem-estar fetal (BOSOMWORTH & BETTANY-SALTIKOV, 2006) (MARTIN, 2009) (COOKE, 2010).

Referente ao índice de Apgar, nos dois estudos randomizados que avaliaram as parturientes sem analgesia epidural, com o puxo espontâneo, o RN nasceu com melhor índice de Apgar ao 1º e 5º minutos, maior pH da artéria umbilical e níveis pO₂ (YILDIRIM & BEJI, 2008). No estudo de Jahdi [et al.] (2011), dois RNs (3,2%)

tiveram índice de Apgar inferior a sete ao 1º minuto, e um RN teve Apgar ao 5º minuto inferior a oito, no grupo do puxo dirigido. Por outro lado, todos os RNs do grupo do puxo espontâneo tinham nove ou 10 de índice de Apgar ao 5º minuto.

Na duração do puxo, mais de seis segundos de puxo, resulta em desacelerações cardíacas fetais, hipóxia fetal, acidose e aumento do volume sanguíneo cerebral (COOKE, 2010). O puxo tardio e o incentivo de utilizar a glote aberta aquando do puxo quando sente vontade de puxar, é mais favorável para o bem-estar fetal.

Nos resultados de um estudo randomizado, a duração média da 2ª etapa do TP no grupo do puxo dirigido foi mais longa do que no grupo do puxo espontâneo, sendo esta diferença estatisticamente significativa: 50.1 minutos e 40.8 minutos (fase de expulsão: 14.8 minutos e 9.6 minutos) (YILDIRIM & BEJI, 2008). O mesmo foi concluído por Jahdi [et al.] (2011) em que, nas primíparas, a duração da 2ª etapa do TP, no grupo do puxo espontâneo foi de 33.10 minutos e, no grupo do puxo dirigido, foi de 36.75 minutos. Por outro lado, nas múltíparas a 2ª etapa do TP durou 23,43 minutos no grupo do puxo dirigido, e 22,76 minutos no grupo do puxo espontâneo.

Porém, segundo a revisão de literatura de Martin (2009), a maioria dos seus estudos evidenciam que não existe diferença significativa quanto à duração da 2ª etapa do TP. Porém, um estudo observou que a duração média da 2ª etapa do TP foi significativamente menor no grupo do puxo dirigido (46 minutos), quando comparado com o puxo espontâneo (59 minutos). Na revisão da literatura de Prins [et al.] (2011), as mulheres do grupo do puxo espontâneo tiveram uma duração média da 2ª etapa do TP de 121,4 minutos, e no grupo do puxo dirigido de 57 minutos.

Numa revisão da literatura realizada em 2010 que inclui 55 artigos randomizados, num dos estudos com 15759 nulíparas revelaram que, embora a duração da 2ª etapa do TP não esteja associada com o resultado neonatal negativo, um período expulsivo prolongado superior a quatro horas está associado a um aumento da morbidade materna, incluindo trauma perineal extensa, e para uma 2ª etapa do TP superior ou igual a três horas, após o parto, há risco de hemorragia e corioamnionite. Outro dos seus estudos evidenciou uma duração mais curta da 2ª etapa do TP, para o grupo do puxo dirigido, mas apenas por 13 minutos (COOKE, 2010).

Quanto se aborda a duração da 2ª etapa do TP, deve-se considerar não só o tempo decorrido desde a dilatação completa, mas também o tempo gasto com o

puxo ativo e a condição materna e fetal, sem boas evidências para justificar os limites de tempo.

Um estudo randomizado de Yli [et al.] (2012), com 36.432 parturientes, avaliou o efeito do TPA, sendo este, em média, de 23 minutos (5-87 minutos). Para nulíparas, o TAP foi em média de 36 minutos (11-100 minutos), enquanto, em múltiparas, foi de 13 minutos (8-50 minutos).

Quanto aos seus efeitos, o Défice de Bases (BDecf.), a $p\text{CO}_2$ da artéria umbilical e o pH diminuí com o aumento do TPA: para TPA inferior a 15 minutos, os valores médios do pH foram os valores mais elevados e BDecf. foram menores, do que para todos os grupos de TPA superior ou igual a 15 minutos. A probabilidade de parto vaginal espontâneo diminuiu com cada aumento de 30 minutos de TPA. Logo, há um aumento da probabilidade, de seis vezes, de desenvolvimento de acidose metabólica fetal para TPA de 15-30 minutos, um aumento de mais de oito vezes para TPA de 30-59 e 60-90 minutos e aumento de 14 vezes para durações do TPA de 90-120 minutos.

O bem-estar fetal está em risco, principalmente durante o TPA, e, portanto, um maior TPA aumenta o risco de acidose fetal. Logo, há um aumento do risco de pH do cordão umbilical inferior a 7.00, um BDecf. superior a 12, acidose metabólica e índice de Apgar inferior a sete, no RN, com durações do TPA superior a 15 minutos. O parto instrumentado pode ser uma consequência de um TPA prolongado e, conseqüente, influencia na asfixia fetal.

Conclui-se então que, há evidências crescentes de que o exato tempo de duração da 2ª etapa do TP, não é tão importante quanto a sua progressão e conseqüências.

De acordo com as guidelines da FIGO (2012), deve-se incentivar ao puxo ativo quando o desejo de puxo está presente e quando a dilatação esta completa, aquando de uma contração, e confirmação da condição fetal e o encravamento da apresentação, com a adoção de qualquer posição, exceto a posição de decúbito dorsal, que corre o risco de compressão da veia cava aorta, com diminuição da perfusão uteroplacentária.

Quanto à duração do puxo, em primíparas não deve ser mais de duas horas e múltiparas mais de uma hora, devido a um aumento do risco de asfixia à nascença e infecção materna (FIGO, 2012).

Segundo a *South Australian Perinatal Practice Guidelines (SAPPG)*, de 2012, em nulíparas, sem analgesia epidural, a normal duração da 2ª etapa do TP é de 30 minutos a três horas (média de 50 minutos), até no máximo de duas horas. Em

multíparas, a duração da 2ª etapa do TP é de cinco a 30 minutos (média 20 minutos), até no máximo de uma hora.

Educar as mulheres, sem analgesia epidural, sobre a técnica de puxo espontâneo, na 1ª etapa do TP, deve ser implementado, com o suporte para o puxo espontâneo e tardio na 2ª etapa do TP, com TPA inferior a 15 minutos. Devemos incentivar a parturiente a interiorizar e escutar o seu corpo, seguir os próprios sentimentos, que resulta num período expulsivo mais curto, sem intervenções, com melhores resultados para os RNs e as parturientes, com verbalização da satisfação materna pela sua escolha sobre o tipo de puxo que utilizaram.

3.4.2. Tipo de Esforço Expulsivo Materno Com Analgesia Epidural

Sabe-se que o uso da epidural durante o parto, mesmo sendo um dos mais efetivos métodos de alívio de dor, traz repercussões, como, o aumento da duração do período expulsivo, o mal posicionamento fetal, maior uso de ocitocina e no número de partos instrumentados. Com a perda da sensação, há interferência no desenvolvimento do reflexo de Ferguson, essencial para um puxo efetivo.

Como consequência, para evitar um TP mais prolongado, as parturientes realizam os puxos com MV mais fortes e prolongadas. Porém, mais recentemente, tem-se utilizado o termo "*laboring down*" ou "tempo de espera" ou ainda "atraso do puxo" que permite à parturiente descansar, sem que realize qualquer esforço, até que haja a progressão do feto ou que este esteja visível no períneo. Ao analisar este método, percebe-se que a orientação para que o puxo seja iniciado, corresponde à 2ª e/ou 3ª etapa do período expulsivo do parto, fase esta em que o puxo está presente com maior intensidade (FRASER [et al.], 2000) (MINATO, 2000/2001) (HANSEN, CLARCK, & FOSTER, 2002) (ROBERTS, 2002).

Nos outcomes maternos, o estudo de Brancato, Church e Stone (2008) compararam o puxo precoce, do tardio em 2827 parturientes, com analgesia epidural. Um dos seus estudos utilizou a Escala de Classificação de Experiência de Nascimento para avaliar a percepção do controlo durante o TP e experiência do nascimento, concluindo que as mulheres no grupo puxo precoce verbalizavam com maior frequência que "*sinto que estou a puxar por um período longo*" (40,4% versus 31,4%). Outro estudo usou o "Modified Fadiga Symptom Checklist" e uma escala

análogica visual, em que nulíparas, no grupo do puxo precoce, mostraram mais fadiga geral. No estudo de Gillesby [et al.] (2010), no puxo precoce, o índice de fadiga foi ligeiramente superior após o parto, comparativamente ao puxo tardio.

Qualquer procedimento que aumenta o risco de ter um parto difícil, como o puxo precoce, pode aumentar o seu risco de morbidade materna (parto instrumentado, trauma perineal, incontinência fecal, lesão do esfíncter anal e lesão do nervo pudendo). Por seu lado, o puxo tardio diminui significativamente o TPA, diminuindo assim o risco de parto instrumentado, morbidade neonatal com aumento do pH fetal e menor fadiga materna, enquanto, o puxo precoce resultou em maior TPA (BRANCATO, CHURCH, & STONE, 2008) (GILLESBY [et al.], 2010). Quanto a fatores urodinâmicos, três meses após o parto são inferiores no grupo do puxo precoce com a glote fechada (BERGHELLA, BAXTER, & CHAUHAN, 2008).

Quanto aos outcomes neonatais, no estudo de Brancato, Church e Stone (2008), no grupo do puxo tardio surgiram menos desacelerações combinados por minuto, menos desacelerações variáveis leves, e menos desacelerações prolongadas por minuto, do que o grupo do puxo precoce.

No estudo randomizado de Gillesby [et al.] (2010), o índice de Apgar ao 1^o-5^o minutos foram ligeiramente superiores no grupo do puxo tardio, em que o feto é melhor oxigenado.

Durante a fase ativa da 2^a etapa do TP a probabilidade de parto vaginal espontâneo de um RN com um índice de Apgar ao 5^o minuto superior ou igual a sete e pH em nascimento de superior 7.10 diminui a cada hora. Depois de duas horas de puxo, o risco de febre intraparto e hemorragia pós-parto aumenta significativamente, e quanto ao resultado neonatal, surge uma diminuição da taxa de pH arterial inferior a 7.10 após duas horas de puxo (RAY [et al.], 2009).

Em mulheres com analgesia epidural, surge aumento significativo do risco de maternal de febre intraparto, associado com a duração do puxo, sendo que não é possível determinar se a causa é da infeção ou de termorregulação desequilibrada.

Após duas horas de puxo ativo, a probabilidade de uma mulher ter um parto vaginal espontâneo de um RN sem sinais de asfixia são aproximadamente de 20%, o risco de hemorragia pós-parto aumenta significativamente e prolonga a fase ativa da 2^a etapa do TP, sem o aumento do risco de desfechos neonatais negativos, com especial atenção para a monitorização adequada do bem-estar do feto (RAY [et al.], 2009).

Na duração do tempo de puxo e da 2^a etapa do TP, no estudo de Gillesby [et al.] (2010), o TPA variou entre 12 a 238 minutos. No puxo precoce a sua média foi de 94 minutos, e no puxo tardio foi de 68 minutos. Quanto à duração da 2^a etapa do

TP variou entre 25 a 301 minutos: no puxo precoce em média de 107 minutos; e no puxo tardio em média de 166 minutos. Apesar de atrasar até duas horas o início do puxo ativo no grupo do puxo tardio, o tempo total durante a 2ª etapa do TP foi em média de 59 minutos a mais, do que no grupo do puxo precoce, sem alteração do bem-estar fetal, do índice de Apgar, pH do sangue do cordão umbilical. O mesmo foi concluído no estudo de Berghella, Baxter e Chauhan (2008) e Sprague [et al.] (2008).

A reavaliação para decidir se o nascimento assistido é necessário, deve ser feita após um máximo de duas horas de puxo ativo. É adequado intervir mais cedo se existe alguma preocupação sobre o bem-estar fetal ou materno. Os fetos são mais afetados por uma longa fase de puxo forçado do que pelo período de tempo entre a dilatação completa e nascimento.

A evidência sugere que, para as parturientes com analgesia epidural, o início do puxo, imediatamente com os 10 cm de dilatação, não vai provocar uma diminuição clinicamente significativa na duração da 2ª etapa do TP. A progressão passiva do feto resultará em aproximadamente, a mesma duração da 2ª etapa do TP. Paciência e estímulo são mais úteis, do que insistir que a mulher puxe antes do apropriado e/ou quando a FCF é não tranquilizadora (SIMPSON, 2006).

Durante a 2ª etapa do TP, o puxo tardio após uma a duas horas de dilatação completa ou até a mulher com analgesia epidural sentir o forte desejo de puxar, reduz a necessidade de utilização de instrumentos para auxiliar no nascimento (FIGO, 2012).

No estudo de Gillesby [et al.] (2010), quanto ao tipo de parto, surgiram em 55 casos partos eutócicos, sendo que, 25 foram no puxo precoce e 30 no puxo tardio; no parto distócico com ventosa, em 17, 11 foram no puxo precoce e seis no puxo tardio; no parto distócico com fórceps ocorreu um no puxo precoce. Assim, patenteia-se que o puxo precoce aumenta a probabilidade de parto distócico.

Segundo as Guidelines da FIGO (2012), na ausência do impulso para puxar e na presença de uma FCF normal, os profissionais devem esperar antes de encorajar o puxo ativo, em primíparas com analgesia epidural não mais do que três horas, e em múltiparas não mais do que uma hora. A base para esta recomendação é que em condições normais no final da 1ª etapa do TP, a perfusão uteroplacentária e oxigenação fetal só começam a deteriorar-se quando o puxo se inicia.

A SAPPG, de 2012, recomenda que em nulíparas, com analgesia epidural, a duração da 2ª etapa do TP seja de 30 minutos a três horas (média de 50 minutos), com máximo até três horas. Em múltiparas, a duração da 2ª etapa do TP é de cinco

a 30 minutos (média 20 minutos), que pode ter um máximo de duas horas. O mesmo é definido pela NICE (2007).

Recomenda-se uma prática de atrasar o início do esforço expulsivo. Deve-se valorizar a escolha da parturiente, com incentivo ao puxo espontâneo, tardio, que produz melhores outcomes maternos e fetais. Permitir que o feto progrida passivamente pelo canal do parto, em vez de incentivar o puxo imediato com a dilatação completa, é uma forma segura e eficaz de aumentar os partos vaginais espontâneos, com a redução dos partos instrumentais e o tempo de puxo.

3.4.3. Como Puxar? Qual a Duração do Puxo?

A “velha maneira” de auxiliar as parturientes durante a 2ª etapa do TP normalmente envolve esforços maternos imediatamente após a dilatação completa (10 cm), independentemente da presença do desejo de puxar ou não. É aludido à parturiente para realizar uma profunda respiração e mantê-la (glote fechada), enquanto o profissional de saúde ou acompanhante, conta até 10, durante pelo menos quatro a cinco esforços expulsivos por contração, com a mulher na posição de litotomia. Essas técnicas têm o potencial de prejudicar os outcomes maternos e fetais (SIMPSON, 2006).

A melhor abordagem baseada na evidência atual é atrasar o puxo até que a mulher sinta vontade para puxar, pois o uso do puxo tardio é aconselhado, tal como nos recomenda a NICE (2007).

Durante o puxo espontâneo ocorre uma série de vocalizações como grunhidos, gemidos, rugido e arquejos, que resultam numa abertura parcial da glote. Tal facto possibilita o recrutamento da musculatura abdominal, especialmente o transverso abdominal que, permite restringir o conteúdo abdominal diretamente e, portanto, é mais eficiente mecanicamente para aumentar a pressão abdominal e com isso influenciar o comprimento diafragmático. Para além disso, com este puxo ocorre também a presença de várias respirações entre os puxos (SIMPSON, 2006).

O autor supracitado refere que no puxo dirigido, o diafragma permanece em trabalho isométrico que resulta na diminuição do fluxo sanguíneo, com consequentes prejuízos na contração e, é orientada para realizar inspiração profunda entre os puxos e uso da glote fechada. Uma vez libertado tal esforço, rapidamente esse músculo é solicitado novamente para o ato inspiratório,

importante para a oxigenação materna e fetal, após o tempo prolongado de apneia inspiratória. Portanto, o uso do puxo espontâneo com a glote aberta, gemidos expiratórios ou vocalização é perfeitamente natural, normal e aconselhado.

O puxo espontâneo apresenta menos sobrecarga na parede vaginal anterior e uma proteção nos ligamentos cervicais ou no tecido conetivo que suporta as paredes vaginais, pois não tem a capacidade de tensioná-los, uma vez que o seu início ocorre com uma apresentação fetal num plano mais baixo. Uma lenta distensão na musculatura do períneo repercute em menos trauma do que quando esta é submetida a um súbito e forte alongamento, como é o caso do puxo dirigido. Quando uma musculatura é submetida a um rápido alongamento é desencadeado um reflexo de estiramento com conseqüente contração reflexa da musculatura, impedindo o seu relaxamento. Com o súbito aumento da pressão da cavidade abdominal, há uma resposta sinérgica de contração perineal. Logo, uma saída muito rápida do feto não possibilitará uma flexibilidade adequada da musculatura, predispondo-a, a lacerações. O puxo espontâneo permite uma progressão mais lenta e controlada do feto e, com isso, um alongamento gradual da musculatura perineal (SIMPSON, 2006) (DIFRANCO, ROMANO, & KEEN, 2007) (YILDIRIM & BEJI, 2008) (MARTIN, 2009) (PRINS [et al.], 2011) (JAHDI [et al.], 2011).

O período mais stressante do TP para o feto é a fase do puxo ativo, assim, encurtar esta fase minimiza o stress fetal e promove o seu bem-estar. Ao atrasar o puxo até surgir a vontade materna para puxar, há menos desacelerações da FCF, menos efeitos negativos sobre o padrão acido-base fetal e sua oxigenação. Quando a hora certa para puxar surge, a melhor abordagem, baseada em evidência atual, é incentivar a mulher para fazer o que surge naturalmente, como nos recomenda a *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN)* (2006). Prender a respiração materna resulta em apneia materna e hemodinamicamente alterações negativas que levam a uma diminuição da perfusão do sangue para a placenta e, conseqüentemente, efeitos negativos para o feto (DIFRANCO, ROMANO, & KEEN, 2007).

Para além disso, se o feto não responder “bem” ao puxo, este deve ser interrompido, temporariamente, até que o feto recupere, com a monitorização fetal com o CTG ou STAN. Se, eventualmente, o feto continuar a responder ao puxo de forma negativa, com desacelerações e o puxo é necessário, este pode ser realizado durante as contrações de forma alternada. Nestes casos o ideal é a mulher puxar na posição lateral (SIMPSON, 2006) (AWHONN, 2006).

Três a quatro esforços expulsivos maternos com quatro a seis segundos de duração por contração são fisiologicamente apropriados. Esforços prolongados com

apneias acima de seis segundos, reduzem o fluxo sanguíneo para a placenta, com diminuição da percentagem de oxigénio disponível para o feto, sendo desaconselhável (AWHONN, 2006) (SIMPSON, 2006).

Vários estudos foram realizados acerca da posição favorável a adotar durante o TP, e mais propriamente, durante a 2ª etapa do TP. A AWHONN (2006) e a NICE (2007) recomendam que todas as mulheres grávidas recebam informação sobre os benefícios do posicionamento vertical no período expulsivo.

A posição a adotar aquando do esforço expulsivo materno é uma componente importante. Posição vertical ou lateral funciona melhor do que a posição supina e tem menos alterações hemodinâmicas maternas negativas. Deve-se incitar a parturiente a escolher uma posição confortável e a mudar de posição, sempre que necessário. O ato de forçar as pernas das parturientes contra o abdómen durante o puxo deve ser evitado, pois resulta em distender o períneo e aumentar o risco de lacerações perineais (SIMPSON, 2006) (DIFRANCO, ROMANO, & KEEN, 2007) (NICE, 2007).

Com uma variedade de posições durante a 2ª etapa do TP, as parturientes respondem ao feto com a mudança de posição, para que ele progrida e se mova pelo canal do parto. De pé, de joelhos e de cócoras ajudam na gravidade, ao proteger o canal de parto e o próprio feto da pressão excessiva. A posição de cócoras estende o diâmetro da pelve, criando mais espaço para o feto descer. As posições de joelhos, lateral e semi-sentada, permitem que as parturientes descansem entre as contrações e as ajuda a economizar energia durante as contrações. Com a realização de esforços expulsivos maternos, em posturas verticais, abrevia a duração da 2ª etapa do TP e diminui a incidência de dor materna grave e FCF anormal (DIFRANCO, ROMANO, & KEEN, 2007) (ROMANO & LOTHIAN, 2008).

Segundo o estudo exploratório de Gayeski e Bruggemann (2009) e a Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, evidências recentes mostram que a posição vertical, quando comparada com as posições horizontais (supina ou de litotomia), apresenta inúmeros benefícios: reduz a duração do período expulsivo, diminui a percepção de dor severa, o número de partos distócicos, as alterações na FCF, menos episiotomias, favorável índice de Apgar do RN no pós-parto. Estes fatores coincidem com os benefícios do uso do puxo espontâneo e tardio, durante a 2ª etapa do TP.

Na parturiente, com ou sem analgesia epidural, recomenda-se, três a quatro puxos, com duração de quatro a seis segundos, em cada contração, com incentivo ao puxo espontâneo e tardio, ou seja, quando a parturiente sente vontade, e após uma a duas horas da dilatação completa. A combinação do puxo espontâneo e tardio com a posição vertical potenciam melhores outcomes maternos, fetais e maior incidência de partos eutócicos.

3.5. Conclusão Da Revisão Integrativa Da Literatura

Este estudo, relativo aos esforços expulsivos maternos durante a 2ª etapa do TP surgiu durante o percurso do ensino clínico na Sala de Partos, com a percepção do incentivo ao puxo dirigido / precoce (MV) durante o período expulsivo, com resultado, na sua maioria, em partos instrumentados, trauma perineal e déficit nos outcomes neonatais. Assim, como forma de aumentar a incidência de partos eutócicos e melhorar os outcomes maternos e fetais, foi realizado esta revisão.

As guidelines supracitadas nesta revisão e que foram utilizadas para a fundamentação teórica, recomendam vivamente que o EEESMO deve incentivar e aconselhar o esforço expulsivo materno de forma espontânea e não imediatamente após a dilatação completa, ajudando a parturiente a escutar o seu corpo. Este ensino pode ser realizado durante a 1ª etapa do TP, indo ao encontro das conclusões dos estudos selecionados (AWHONN, 2006) (NICE, 2007) (FIGO, 2012) (SAPPG, 2012).

Assim, para responder à pergunta de partida elaborada inicialmente, e a partir dos estudos analisados e interpretados, comprovou-se que a técnica de puxo para a parturiente, com ou sem analgesia epidural, como forma de aumentar a incidência de partos eutócicos e melhores outcomes maternos e fetais, passa pelo esforço expulsivo materno de forma espontânea – quando a parturiente sente vontade para puxar, e o puxo tardio - espera de uma a duas horas para iniciar o puxo, após a dilatação, se bem-estar materno e fetal, com três a quatro puxos em cada contração uterina, com a duração de quatro a seis segundos, com a glote aberta, gemidos, vocalizações e respirações entre os puxos.

O uso / incentivo ao puxo dirigido / direcionado – inspirações profundas com sustentação da respiração durante mais de seis segundos, precoce – com a dilatação completa, e com a glote fechada, tem efeitos negativos no bem-estar fetal e materno, e conseqüentes repercussões no tipo de parto, na duração da 2ª etapa

do TP, trauma perineais, disfunções no assoalho pélvico, no pH do cordão umbilical, índice de Apgar, fadiga, dor e sofrimento materno.

O EEESMO, enquanto profissional habilitado para cuidar da mulher no pré, durante e pós-parto, tem a responsabilidade e o cuidado de educar a parturiente para as práticas que melhor traduzem um bem-estar materno e fetal, de acordo com as evidências científicas mais recentes.

4. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

A enfermagem afirma-se atualmente como uma área de conhecimento multidisciplinar dotada de valores próprios e de metodologias, que embora na sua origem sejam comuns a outros domínios científicos, se concretizam de forma particular em torno de objetivos bem definidos. A sistematização dos conteúdos funcionais, o alargamento de competências e a adoção de respostas diferenciadas na prestação de cuidados contribuiu para o seu desenvolvimento, sendo progressivamente reconhecidos, quer pelos utilizadores desses cuidados quer pelos parceiros das equipas multidisciplinares.

No conceito de competência, abordado anteriormente, de acordo com Brandão, Touça e Brandão (2009), podemos ressaltar que ser competente é agir com autonomia, ou seja, ser capaz de auto-regular as suas ações, saber contar com os seus recursos e com os complementos, e estar preparado para reintegrar as suas competências noutros contextos, em que é esperado que o EEESMO saiba agir, ter iniciativa, decidir, negociar, mediar, fazer escolhas, reagir, inovar e assumir responsabilidades. E segundo estas ideias, ser competente é diferente de ter competências.

Os mesmos autores referem que todos os conceitos de autonomia, vão ao encontro de duas condições essenciais: a liberdade - independência do controlo de influências, e a ação - capacidade de ação intencional. Uma pessoa autónoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre os seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação, é a livre manifestação da vontade humana, ou seja, é a liberdade da vontade. O conceito de autonomia corresponde à capacidade de se governar a partir das suas próprias normas e das suas próprias leis. A autonomia em Obstetrícia significa Cuidar na Maternidade.

A autonomia assume especial relevância se for entendida na área das competências do EEESMO. Saber interpretar o limite dessa autonomia, é fundamental, isto é, onde acaba a responsabilidade do Enfermeiro na tomada de decisão e onde começa a responsabilidade de intervenção de outro profissional.

Assim, o conhecimento prático quando associado ao conhecimento teórico reforça ou ajuda a garantir a autonomia, porque proporciona mais segurança e torna-se fundamental para a adoção de determinadas atitudes e comportamentos,

bem como, a necessidade de manter os conhecimentos atualizados, através de pesquisas, leituras e investigação.

Para mantermos a nossa autonomia, temos que afirmar verbalmente e com ações práticas, perante outros profissionais, os nossos conhecimentos atuais, demonstrando que estamos a trabalhar na equipa, que na nossa forma de agir, revelamos possuir conhecimentos, quer técnicos quer científicos, com a progressiva aquisição de um reconhecimento das nossas capacidades.

Na primeira parte deste relatório estão descritas as atividades realizadas durante o estágio profissionalizante, com a possibilidade de poder refletir sobre algumas práticas e experiências, com base nas evidências mais recentes, que possibilitaram o crescimento enquanto ser humano, enquanto enfermeira e futura especialista, numa área que nos fascina e nos orgulha pela descomunal capacidade que a mulher tem para conceber um ser vivo, trazê-lo ao mundo, alimentá-lo e ajudá-lo a adaptar-se a este novo mundo, sendo imprescindível a nossa intervenção para coadjuvar neste crescimento.

Estas reflexões e práticas vão ao encontro das competências, habilidades e conhecimentos que o EEESMO deve possuir, para exercer a sua prática. Já a OMS em 1996 preconizava que o EEESMO é o elemento da equipa médica mais indicado para a vigilância da gravidez, parto e pós-parto, de baixo risco, pois tem o fulcro de toda a sua intervenção, onde é perfeitamente autónomo nas suas intervenções e na humanização dos cuidados, não descurando toda a competência técnico-científica que nos permite a correta tomada de decisão.

Relativamente as orientações da Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, o gráfico n.º 1 evidencia o número de mulheres grávidas vigiadas, quer de risco ou não. O gráfico seguinte n.º 2, demonstra o número de puérperas e RN cuidados, durante os ensinos clínicos. O gráfico n.º 3 junto com o Anexo II, demonstra a aquisição das competências necessárias no Serviço de Sala de Partos.

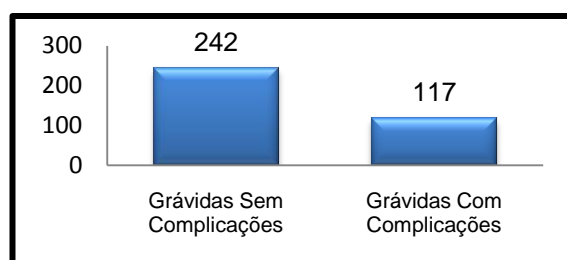


Gráfico 1: Número de Grávidas cuidadas

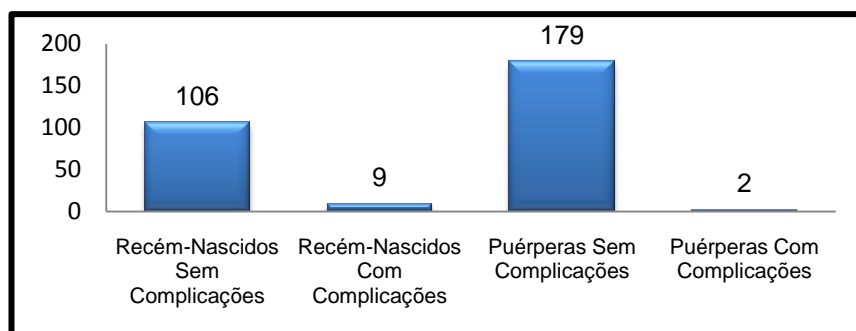


Gráfico 2: Número de Puérperas e Recém-Nascidos cuidados

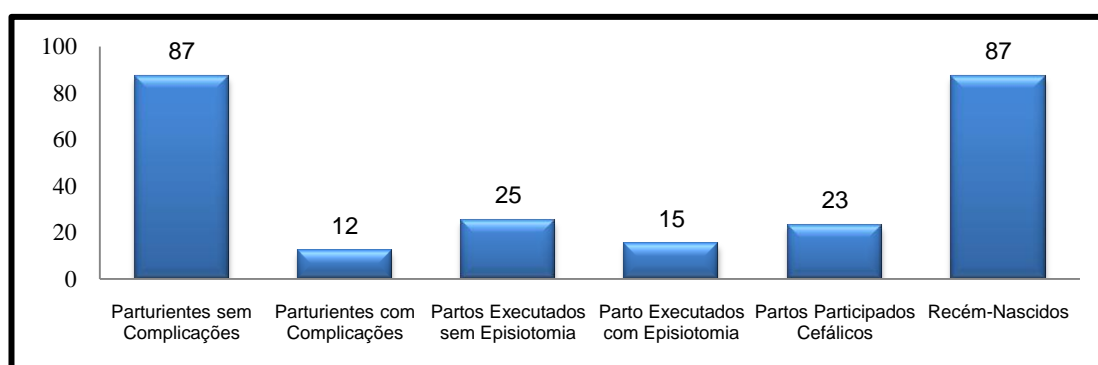


Gráfico 3: Número de Parturientes e Recém-Nascidos cuidados e Partos realizados e participados

Quanto às competências do EEESMO segundo o regulamento da OE (2010), ao longo do desenrolar do relatório, das sete áreas de atividade de intervenção, três foram desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos – gravidez, parto e puerpério. Relativamente às áreas de intervenção no planeamento familiar e pré-concepcional, climatério, ginecologia e comunidade, não sendo desenvolvidas diretamente nestes campos de estágios, mas durante os estágios realizados no 1º Ano do MESMO, nas consultas externas e na Unidade de Saúde Familiar, bem como, de forma indireta, na atuação em comunidade, com ensinamentos e aconselhamentos a familiares, amigos e pessoas que abordavam o assunto e na qual identificava lacunas de conhecimentos ou problemas existentes. O desenvolvimento de competências essenciais à aquisição do título de EEESMO assenta no Código Deontológico do Enfermeiro, tendo sempre presente na nossa atuação, os vários princípios deontológicos que regem a profissão.

Na segunda parte do relatório está patente a investigação em enfermagem, com recurso à RIL. Segundo o Regulamento da Exercício Profissional dos Enfermeiros (2012) (artigo 9º), os enfermeiros “concebem, realizam, promovem e participam em

trabalhos de investigação que visem o progresso da Enfermagem em particular e da saúde em geral.” (pág.19).

Desta revisão foi possível extrair algumas conclusões que se tornam fundamentais para a nossa prática, durante o período expulsivo, ao colaborar com a fisiologia materna e a própria natureza no processo de TP. Com a admissão da parturiente na sala de partos, a avaliação de fatores de risco é imprescindível, como tipo de partos anteriores, preparação para o parto, e nomeadamente, sobre os esforços expulsivos maternos e técnicas respiratórias.

Como tal, na 2ª etapa do TP é solicitado à parturiente que realize esforços expulsivos maternos para auxiliar o RN na sua progressão, rotação e expulsão. Com a RIL e de acordo com as guidelines, na parturiente com ou sem epidural, o EEESMO deve incentivar e ajudar a mulher a escutar o seu corpo, potenciar a concentração (para não perder o controlo), encorajar a realização das técnicas respiratórias, o início do puxo quando sente vontade, com uma duração de quatro a seis segundos com três a quatro puxos em cada contração, com a glote aberta, respirações entre os puxos, possíveis vocalizações, uma a duas horas após a dilatação completa, se não houver comprometimento fetal ou materno, com constante avaliação da monitorização fetal. Se possível, deve-se incentivar a parturiente a adotar a posição que lhe é mais confortável para puxar, em lateral, fowler elevado, com mudança de posição.

Com esta técnica de esforço expulsivo materno, a incidência de partos distócicos e de resultados maternos e neonatais adversos são diminuídos, com o aumento da satisfação materna e a vivência de um acontecimento positivo. O conhecimento científico e a sua melhor evidência, aliados a uma metodologia de trabalho eficaz, trilharam o caminho a seguir, na adoção de práticas de qualidade que potenciam ganhos em saúde na população em geral, é peculiarmente, na saúde da mulher, RN e sua família.

A prática de enfermagem avançada traduz o desafio que se impõe atualmente à profissão. Quando os profissionais de saúde fundamentam a sua prática na ciência, na pesquisa e no registo dos resultados clínicos, validamos as nossas contribuições à saúde, não apenas para os utentes, mas também para a profissão de enfermagem. Assume-se assim, como imperativo, que o Enfermeiro especialista sustente a sua tomada de decisão, não apenas na sua experiência e intuição, mas em sólidos e fidedignos padrões de conhecimento. A noção desta realidade orientou, desde o primeiro dia de estágio, a nossa atuação no sentido de privilegiar o conhecimento resultante da investigação, como sustentador da nossa prática, como se pode verificar no desenrolar do trabalho.

Portanto, neste processo, foi objetivo integrar na prática a melhor evidência na área da Saúde Materna e Obstetrícia, com recurso a bases de dados com artigos científicos fidedignos, atuais e pertinentes, com mobilização de diversos conhecimentos, na área da investigação em enfermagem, Obstetrícia, Pediatria, Psicologia da gravidez e maternidade, cuidados do EEESMO à mulher, RN, família, tanto no pré, durante e pós-parto. A componente relacional, social, comunicacional do enfermeiro / utente foi igualmente trabalhada e melhorada. O sentimento de segurança na prestação dos cuidados a este grupo-alvo específico foi, nitidamente, crescendo com o desenrolar do estágio, das oportunidades que surgiram e do incentivo por parte das tutoras.

“A Parteira: Mãos de Confiança”: quando estamos perante uma mulher que está grávida, que vai dar à luz ou que, já tem o RN nos braços mas necessita da nossa intervenção, ela tem o sentimento de confiança plena no EEESMO, que lhe demonstra as suas capacidades, segurança nas suas condutas, com a construção de um laço de confiança. A motivação da mulher aumenta para assumir o controlo sobre o processo que está a vivenciar, pois segundo Lourenço [et al.] (2011), o termo confiança reflete o processo que resulta da perceção individual da mulher relativamente à atenção determinada do EEESMO no cuidar, com aplicação à enfermagem no seu geral.

A conduta à prática de humanização dos cuidados à mulher, RN e sua família foi estimulado pelas tutoras, baseada no acolhimento da grávida, parturiente, puérpera, no respeitar da sua individualidade, da sua fisiologia, na paciência ao proporcionar tempo, no respeitar as suas decisões, *valores, crenças e cultura*, no oferecer um ambiente seguro, no oportunizar um acompanhante e na não intervenção em processos naturais com tecnologias desnecessárias.

Consideramos que este relatório evidencia as atividades relevantes para a aquisição das competências, habilidades, conhecimentos e aptidões do EEESMO, enquanto agente que atua diretamente nos cuidados à mulher, RN e família, durante todo o processo de pré-concepcional, gravidez, parto e pós-parto, processos de abortamento, planeamento familiar, climatério, e a procura da melhor evidência científica para desenvolver boas práticas atualizadas. A participação nos estágios foi assídua, ativa, com empenho, interesse e benefício em todas as situações que despontaram o crescimento pessoal e profissional.

CONCLUSÃO

Finalizado este período de aprendizagem, apresentamos um relatório, organizado com base nas evidências científicas mais recentes e das experiências vividas nos campos do estágio profissionalizante.

A nossa prática desenrola-se num contexto multiprofissional, e centra-se numa relação terapêutica, interpessoal, de parceria com a pessoa, em que os cuidados de enfermagem devem tomar, como foco de atenção, a promoção de projetos de saúde em que cada pessoa vive, ajudando-a a gerir os recursos da comunidade, sem esquecer as recomendações da OMS, FIGO, NICE, AWHONN, SAPPG, que promovem uma assistência humanizada na gravidez, parto e puerpério.

A tomada de decisão que orienta o nosso exercício autónomo deve incorporar resultados de investigação da prática e princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes e religiões, para que bons cuidados signifiquem coisas diferentes para diferentes pessoas, com a exigência da demonstração das competências dos Enfermeiros especialistas para saber lidar com estas diferenças, de forma a apoiar a parturiente a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde na maternidade (SARDO, 2005).

Este relatório teve como propósito proporcionar uma visão o mais fiel possível da experiência formativa vivida ao longo destes meses, bem como relatar a intencionalidade das atividades desenvolvidas. Desenvolvemos distintas reflexões sobre várias realidades e práticas, motivadoras de mudanças positivas e evolutivas, com especial incidência nos momentos mais marcantes e potenciadores de aprendizagem. O ato de refletir em todas as práticas desenvolvidas, com a procura constante de informação atualizada sobre os dissemelhantes temas, permitiu desenvolver em nós um espírito reflexivo e de exigência na prestação de cuidados.

Através de uma análise-reflexiva do percurso percorrido, depreendemos que a teoria adquirida ao longo do curso foi aplicada na prática, a par da integração do conhecimento científico mais atualizado. Quanto à metodologia adotada, consideramos que foi a mais adequada, já que os resultados que através dela emergiram, têm potencialidades para garantir a excelência dos cuidados prestados à grávida, com e sem complicações associadas, durante o TP, parto e no pós-parto.

Assim, a descrição das situações que foram mais significativas e a análise que realizamos permitiu-nos tomar consciência das necessidades de aprendizagem, da intervenção, das práticas observadas, das dificuldades e das estratégias

mobilizadas. A reflexão sobre as mesmas à luz da evidência científica, e a consequente descrição, revelou-se muito enriquecedor para o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, no âmbito do acompanhamento da mulher / acompanhante durante o TP, parto e assistência ao RN, em situações normais e de risco.

Para além da oportunidade de aprender através do sucesso, foi possível aprender através da reflexão sobre os incidentes críticos, potenciadores da mudança de comportamentos dos intervenientes nos contextos, e consequente, na intervenção especializada, de acordo com os padrões de qualidade.

Quanto à RIL, esta é uma componente da investigação que nos permitiu demonstrar as capacidades, saberes e aptidões para realizar uma investigação, que servem de guia para a nossa conduta diária, com a implementação de boas práticas baseadas na evidência científica atual.

Com o tema abordado, foi possível determinar a técnica de puxo eficaz para prevenir partos instrumentados e défices no outcomes maternos e fetais, com o incentivo ao puxo espontâneo, tardio, com a glote aberta, com vocalizações, gemidos e respirações entre os puxos. Cada puxo deve ter uma duração máxima de 4 a 6 segundos, com realização de 3 a 4 puxos em cada contração. Este tipo de técnica aliada com uma posição confortável para a parturiente, de preferência em decúbito lateral, vertical ou outra que não a tradicional de litotomia, são duas variáveis fundamentais para se atingir os melhores resultados maternos e neonatais. Na parturiente, com ou sem analgesia epidural, foi possível concluir que em ambas as situações, o tipo de puxo descrito anteriormente, é o mais eficiente e benéfico, quer para a mulher, o RN, e até mesmo para a atuação do EEESMO.

Relativamente às sugestões para futuras investigações, propomos: a avaliação do uso de ocitocina quando da técnica de esforço expulsivo materno espontânea e tardia; a avaliação do efeito do TPA no bem-estar materno; a identificação dos efeitos dos diferentes tipos de esforços expulsivos quanto aos fatores urodinâmicos maternos; a avaliação das diferentes técnicas de puxos maternos quanto ao tipo de parto; um estudo qualitativo sobre as opiniões e experiências dos profissionais de saúde quanto aos diferentes tipos de puxo.

Podemos concluir que os objetivos centrais foram alcançados, com o desenvolvimento das competências, habilidades, aptidões, conhecimentos dos EEESMO, com a exposição das atividades, experiências e condutas realizadas ao longo do estágio profissionalizante, de forma a dar resposta ao regulamento de competências do EEESMO, e por outro lado, a realização de uma RIL para o alcance de uma resposta científica, atual, pertinente, plausível de ser utilizada na

prática, sobre os esforços expulsivos maternos na 2ª etapa do TP, com recurso à investigação em enfermagem.

Consideramos que os resultados alcançados com a RIL, bem como, as atividades, condutas e experiências vivenciadas, foram e são, sem dúvida, fundamentais para o crescimento e atuação do EEESMO, enquanto profissional que está 24 horas com a grávida, durante a gravidez com ou sem complicações, com a parturiente durante o TP e parto, e puérpera no pós-parto. Constatamos que o EEESMO conhece toda a dinâmica que envolve a Saúde Materna e Obstetrícia, que vigia, escuta, que faz tornar aquele momento, num momento de aprendizagem, de ensino para a grávida; que auxilia a parturiente a vivenciar cada segundo, minuto, hora ou dias, do processo do TP, para que seja um momento marcante na sua vida; e que auxilia, igualmente, a puérpera na adaptação para a parentalidade, ajuda-a a conhecer o RN, a ouvi-lo, a ajuda-lo a crescer.

Este trabalho permite-nos agora olhar as práticas do EEESMO sob uma perspetiva crítica e fundamentada para uma ação interventiva. Abriu perspetivas futuras para o reconhecimento da abertura ao mundo da evolução científica da enfermagem em saúde materna, que passa por assumirmos que o caminho é para continuar ...

Em jeito de conclusão e parafraseando Salgueiro (1996, pág. 58), *“a necessidade e inquietação de formação ao longo da vida é como única via para a aprendizagem difícil de nos tornarmos mais humanos, onde nunca podemos deixar de nos sentir alunos, e pois senão, não há diplomas que nos valham.”*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDULLAH, A., SABOOHI, S., & HASHAMI, U. (Janeiro-Abril de 2010). *Effects of Amniotomy versus Spontaneous Rupture of Membrane on Progress of Labour and Foetal Outcome in Primigravidae* . JLUMHS Vol. 09 No. 01, p. 33.
- ALMEIDA, M. F., & GUINSBURG, R. (2013). *Reanimação neonatal em sala de parto: Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria*. Coordenação Geral do Programa de Reanimação Neonatal.
- ALMEIDA, S. F., & RIESCO, M. L. (Março-Abril de 2008). *Ensaio clínico controlado aleatório sobre duas técnicas de sutura do trauma perineal no parto normal*. Rev Latino-am Enfermagem.
- AMERICAN PREGNANCY ASSOCIATION (Janeiro de 2013). *Human Chorionic Gonadotropin (hCG)*. The Pregnancy Hormone .
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (Agosto de 2009). *Induction of labor*. Clinical Management Guidelines for obstetrician-gynecologists n.º 107.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2002). *Practice bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician Gynecologists* . 40:759-63.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2006). *Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery*. Obstet Gynecol. , pp. 465-6.
- AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. (Nov. 2010). *Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências*. Femina; 38(11). Pág. 583-591.
- ARAÚJO, N. M., & OLIVEIRA, S. M. (Maio-Junho de 2008). *Uso de vaselina líquida na prevenção de laceração perineal durante o parto*. Revista Latino-am Enfermagem 2008 maio-junho; 16(3).
- ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH OBSTETRIC AND NEONATAL NURSES (2006). *High-touch nursing care during labor*. Second stage labor support.
- BARBOSA, V. [et al.] (Abr/Jun de 2010). *Aleitamento materno na sala de parto: a vivência da puérpera*. Cienc Cuid Saude 9(2), pp. 366-373.
- BARKOWSKI, B. [et al.](2006). *Manual de ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins*. Porto Alegre: Artmed.

BASEVI, V., & LAVENDER, T. (2009). *Routine perineal shaving on admission in labour*. JohnWiley & Sons, Ltd.

BECKMANN C.R.B.; LING F; SMITH R.P.; BARZANSKY B.M.; HERBERT W.N.P.; LAUBE D.W. (2010). *Obstetrics and Gynecology*. 6th edition, Lippincott Williams & Wilkins.

BELLAD, M., KAMAL, P., & PATIL, J. R. (Janeiro-Abril de 2012). *Does Artificial Rupture of Membranes (ARM) Reduce Duration of Labor in Primigravidae: A Randomized Controlled Trial*. Journal of South Asian Federation of Obstetrics & Gynecology vol.2, p. 37.

BERGHELLA, V., BAXTER, J. K., & CHAUHAN, S. P. (Novembro de 2008). *Evidence-based labor and delivery management*. American Journal of Obstetrics & Gynecology, pp. 415-454.

BERGSTROM A; BYARUHANGA R; OKONG P. (2005). *The impact of newborn bathing on the prevalence of neonatal hypothermia in Uganda: a randomized, controlled trial*. In FERNANDES J. D.; MACHADO M. C. R.; OLIVEIRA Z. N.P. (2011). *Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido*. An Bras Dermatol. 2011;86(1):102-10.

BÉRTOLO, H., & LEVY, L. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: UNICEF.

BEZERRA, M. G., & CARDOSO, M. V. (2005). *Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na etnoenfermagem*. Rev. bras. enferm., vol.58, n.6, pp. 698-702.

BISCAIS, J. (2001). *Ética em pediatria*. In BRITO, Silveira de; HENRIQUE, Jose. *Bioética*, (pp. 49-67). Braga: Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa.

BLAKE, D. (2008). *Pinards: out of use and out of date?* British Journal of Midwifery, pp. 364-365.

BOSOMWORTH, A., & BETTANY-SALTIKOV, J. A. (2006). *Just take a deep breath... A review to compare the effects of spontaneous versus directed Valsalva pushing in the second stage of labour on maternal and fetal wellbeing*. Midwifery Digest, 16 (2), pp. 157-166.

BRANCATO, R. M., CHURCH, S., & STONE, P. W. (2008). *A Meta-Analysis of Passive Descent Versus Immediate Pushing in Nulliparous Women With Epidural Analgesia in the Second Stage of Labor*. AWHONN, The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

BRANDÃO, S. (2009). *O envolvimento emocional do pai com o bebé: Impacto da experiência do parto*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Abel Salazar, Universidade do Porto.

BRANDÃO, A. P. M.; TOUÇA, O. P.; BRANDÃO, S. M. P. A.; (2009). *“Das qualificações às competências: autonomia da enfermeira especialista em saúde*

materna e obstétrica: a excelência do cuidar”. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. N.º 10, p. 9-11.

BRAZELTON, B., & CRAMER, B. (2007). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.

BUCHANAN, S. L. [et al.] (2012). *Trends and morbidity associated with oxytocin use in labour in nulliparas at term*. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.

CAMUNE, B., & BRUCKER, M. (2007). An overview of shoulder dystocia. *Nursing for Women's Health*, pp. 490-8.

CAPILÉ, C. S. [et al.] (Maio/Agosto de 2011). *Enfermagem e humanização no cuidado à mulher durante o parto*. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 25, n. 2, pp. 155-160.

CARDOSO, A. M. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai : estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Porto: Tese de Doutoramento em Enfermagem, apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

CARROLI, G., & MIGNINI, L. (2012). *Episiotomy for vaginal birth*. JohnWiley & Sons, Ltd.

CASTIEL, L. D. (1999). *A medida do possível ... Saúde, risco e tecnobiociência*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ Contra capa.

CHAIM, W. [et al.] (2000). *Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection*. Infect. Dis. Obst Gynecol, pp. 9(2): 77-82.

CONSELHO DE ENFERMAGEM (2009). *Parecer n.º 117: Utilização de Cinta durante o Puerpério*.

CONSELHO DE ENFERMAGEM (2010). *Parecer n.º 275: Realização de Cardiotocografia*.

CONSELHO DIRETIVO DE LISBOA (5 de Maio de 2010). *Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista*. Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão2*.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (2011). *Parecer n.º 018: Massagem uterina para auxílio na involução uterina*.

COOKE, A. (Fevereiro de 2010). *When will we change practice and stop directing pushing in labour?* British Journal of Midwifery, vol 18, n.º 2.

COSTA, C. (2007). *Representação do papel do pai no Aleitamento Materno*. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Nutrição Clínica da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto.

- COUTINHO, E. D. (Outubro de 2004). *A experiência de ser cuidada na sala de partos*. Revista de Enfermagem - Número 30 .
- CRANLEY, M., & ZIEGEL, E. (1986). *Enfermagem Obstétrica*. Rio de Janeiro: 8ª Edição: Editora Guanabara.
- CREASY, R., RESNIK, R., & IAMS, J. (2004). *Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice*. Fifth Edition, Saunders, pp. 4: 55-62, 29: 524-527.
- CUNHA, A. D. (Setembro de 2010). *Indução do trabalho de parto com feto vivo*. FEMINA. vol 38. nº 9.
- CUNNINGHAM, F. G. [et al.] (2010). *Obstetricia de Williams*. São Paulo: MC Graw Hill e Artmed 3º Edição.
- DIFRANCO, J. T., ROMANO, A. M., & KEEN, R. (2007). *Care Practice 5: Spontaneous Pushing in Upright or Gravity-Neutral Positions*. Journal of Perinatal Education 16(3), pp. 35-38.
- DODD, J. [et al.] (2012). *Preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth*. The Cochrane Collaboration.
- DORES, J. [et al.] (2011). *Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez*. Janeiro.
- ERGOL, S., EROGLU, K., & TASKIN, L. (2012). *The effect of oral fluid food support during labor on labor duration and perception of labor pains*. HealthMED, p. Volume 6 / Number 6.
- FEREDERICE, C.P., AMARAL, E., FERREIRA, N.O. (2011); *Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., vol.33, n.4, pp. 188-195.
- FIORELLI, L. R., & ZUGAIB, M. (Julho-Setembro de 2007). *Resultado perinatal na macrossomia fetal*. Rev Med (São Paulo), pp. 86(3):144-7.
- FLEURY, M. T., & FLEURY, A. (2001). *Construindo o Conceito de Competência*. RAC: Especial.
- FONSECA, B. C. (Maio de 2010). *A construção do vínculo afetivo mãe- filho na gestação* . Revista científica eletrônica de psicologia Ano VIII – Número 14.
- FONSECA, E. [et al.] (2007). *Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix*. N Engl J Med, pp. 462 – 9.
- FRASER, W. D. (Maio de 2000). *Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Saint Louis, v. 182, n. 5, pp. 1165- 117.
- FREITAS, A. (2009). *Posturas e puxos durante o trabalho de parto*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras n.º 10, pp. 48-50.

- FREITAS, F. [et al.](2011). *Rotinas em Obstetricia*. Porto Alegre: Artmed 6º Edição.
- GALVÃO, M. (2006). *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- GARAFOLO, M., HAIM, A., & ABENHAIM, M. (2012). *Early Versus Delayed Cord Clamping in Term and Preterm Births: A Review*. J Obstet Gynaecol Can, pp. 34(6):525–531.
- GARCIA T. R.; NÓBREGA M. M. L.; (2009). “*Processo De Enfermagem: Da Teoria À Prática Assistencial E De Pesquisa*”. Esc Anna Nery Rev Enferm. Janeiro - Março; 13 (1): 188-193
- GARTNER, L. [et al.] (2005). *Breastfeeding and the use of human milk*. Pediatrics, p. 115 (2).
- GAU, M. L.[et al.] (2011). *Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomized controlled trial in Taiwan*. Midwifery 27, pp. 293-300.
- GAYESKI, M.E. & BRÜGGEMANN O. M (2009). *Percepções De Puérperas Sobre A Vivência De Parir Na Posição Vertical E Horizontal*. Rev Latino-am Enfermagem 2009 março-abril; 17(2)
- GILLSBY, E. [et al.] (2010). *Comparison of Delayed Versus Immediate Pushing During Second Stage of Labor for Nulliparous Women With Epidural Anesthesia*. AWHONN, the Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- GOMES, M. L. (2010). *Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- GRAÇA, L. M. (2005). *Medicina Materno- Fetal*. Lousã : Lidel.
- GRAÇA, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. 4º Edição: Lidel.
- GUASQUET, B. (2009). *Trouver sa position d’accouchement*. Paris Marabout Pratique.
- GUZMÁN-JUÁREZ, W. [et al.] (Junho de 2012). *Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia*. Ginecol Obstet Mex, Volume 80, n.º 7, pp. 461-466.
- HAJARE, V., MADHAVI, L., & SINGH, H. (Julho de 2012). *Antibiogram of Group B Streptococci Isolated from the Vagina of Pregnant Women in Third Trimester of Pregnancy*. People's Journal of Scientific Research. Volume 5 (2).
- HANSEN, S. L., CLARCK, S. L., & FOSTER, J. C. (Jan de 2002). *Active pushing versus pasive fetal descent in the second stage of labor: a randomized controlled trial*. Obstetrics & Gynecology, New York, v. 99, n. 1, pp. 29-34.
- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (1994). *Consensus Development Conference on the effects of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes*. Consensus Development Conference statement, p. Bethesda .

- HITOS, S., & PERIOTTO, M. (2009). *Amamentação: atuação fonoaudiológica*. REVINTER.
- HOCKENBERRY, M. J., & WILSON, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Elsevier 8ª Edição.
- HOFMEYR, G. J., & BELFORT, M. (2009). *Proteinuria as a predictor of complications of pre-eclampsia*. BMC Medicine, pp. 7-11.
- IAMS, J. D. (2010). *Predição e detecção precoce do trabalho de parto pré-termo*. In QUEENAN, J. T., *Gestação de Alto Risco – Diagnóstico e Tratamento baseados em Evidência*. Porto alegre: Artmed .
- INFARMED (2004). *Folheto Informativo do Megalotect*.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES & ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Pelo Direito ao Parto Normal: Uma visão Partilhada*. 2ª Edição .
- INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (30 de Abril de 2012). *Guidelines on post-partum haemorrhage :Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings*.
- INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (2012). *GUIDELINES: Management of the second stage of labor*. International Journal of Gynecology and Obstetrics 119 , pp. 111–116 .
- JAHDI, F. [et al.] (2011). *A randomized controlled trial comparing the physiological and directed pushing on the duration of the second stage of labor, the mode of delivery and Apgar score*. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health 3(2), pp. 159-165.
- JONES, L. [et al.] (2012). *Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- KATEB, A. E., & VILLE, Y. (2008). *Update on twin-to-twin transfusion syndrome*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, pp. 22(1): 63-75.
- KHOOSHIDEH, M., & SHAHRIARI, A. (Fevereiro de 2009). *A comparison of tramadol and pethidine analgesia on the duration of labour: a randomised clinical trial*. The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology, pp. 49(1):59-63.
- LEITE, A. C., & ARAÚJO, K. K. (Abril/Junho de 2012). *Diástase dos retos abdominais em puérperas e sua relação com variáveis obstétricas*. Fisioter., p. Vol. 25 n.º2.
- LEVIN, R. F., SINGLETON, J. K., & JACOBS, S. K. (2007). *Developing and evaluating clinical practice guidelines: a systematic approach* .
- LIMA, D. A. (2010). *Condutas humanizadas no parto normal na percepção de graduandos de enfermagem* . Faculdade de tecnologia e ciências: Feira de Santana.

- LOTHROP, H. (2000). *Tudo sobre a Amamentação: o livro da amamentação*. Lisboa: Ed. Paz.
- LOURENÇO, C. [et al.] (2011). *Confiança Versus Desconfiança Na Relação De Cuidar: Confiança Enfermeiro-Cliente, Um Conceito Em Construção No CHLN-HPV*. Pensar Enfermagem vol.5 n.º2.
- LOW, L. K. [et al.] (2012). *Spontaneous pushing to prevent postpartum urinary incontinence: a randomized, controlled trial*. The International Urogynecological Association .
- LOWDERMILK, D., & PERRY, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: 7º Edição Lusodidacta.
- MADIA, J. [et al.] (2012). *Apgar score of zero at one minute: Perinatal factors and early neonatal outcomes*. Journal of Neonatal-Perinatal Medicine, pp. 65–70 .
- MAGON, N., & CHAUHAN, M. (Volume 4 (6) de Junho de 2012). *Pregnancy in Type 1 Diabetes Mellitus: How Special are Special Issues?* North American Journal of Medical Sciences.
- MANNEL, R., MARTENS, P., & WALKER, M. (2011). *Manual prático para consultores de lactação*. Loures: 2º Edição: Lusociência.
- MARTIN, C. J. (Maio de 2009). *Effects of Valsalva manoeuvre on maternal and fetal wellbeing*. British Journal Of Midwifery, Vol 17, No 5.
- MATIAS, A., TIAGO, P., & MONTENEGRO, N. (2002). *Cálculo da Idade Gestacional: Métodos e Problemas*. Acta Medica Portuguesa, pp. 17-21.
- MEIS, P. J. (2010). *Caproato de 17 α -Hidroxiprogesterona para Prevenção do Parto pré-termo*. In QUEENAN, J. T., *Gestação de Alto Risco – Diagnóstico e Tratamento Baseados em Evidência*. Porto Alegre: Artmed.
- MELO, A. S., SOUZA, A. S., & AMORIM, M. M. (Junho de 2011). *Avaliação biofísica complementar da vitalidade fetal*. FEMINA, p. vol 39 | nº 6.
- MENDES, K. D., SILVEIRA, R. C., & GALVÃO, C. M. (Out-Dez de 2008). *Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem, pp. 758-764.
- MERCER, B. M. (2010). *Ruptura Prematura de Membranas Pré-Termo*. In QUEENAN, J. T., *Gestação de Alto Risco – Diagnóstico e Tratamento Baseados em Evidência*. Porto Alegre: Artmed.
- MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA (2011). *Parecer n.º 16: Realização e posicionamento da Grávida durante a monitorização/registo cardiotocográfico eletrónico externo em consulta de vigilância pré-natal*.

MESA DE COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCA (2011). *Parecer n.º 23/2011: Procedimento de Cuidados Perineais à Puérpera durante o internamento hospitalar.*

MINATO, J. F. (Dez-Jan de 2000/2001). *Is it time to push? Examining rest in second-stage labor.* Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses Lifelines, v. 4, n. 6, pp. 20-23.

MOLLAMAHMUTOĞLU, L. [et al.] (2012). *The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery.* J Turkish-German Gynecol Assoc, pp. 45-49.

MONTENEGRO, N., CAMPOS, D. A., & RODRIGUES, T. (2008). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal.* Loures: 2º Edição Lidel.

MOUSA, W. F., METWALLI, R. A., & MOSTAFA, M. (Janeiro-Março de 2012). *Epidural analgesia during labor vs no analgesia: A comparative study.* Saudi Journal of Anaesthesia. Vol. 6.

NASIM, S., MUSTAFA, M. A., & SHAHID, A. (2011). *Rhesus Negative Blood Incompatibility: Knowledge of Primiparous in a Community.* Pak J Med Res Vol. 50, No. 3.

NICE (2008). *Clinical Guideline: Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman.* London: RCOG Press.

NICE (2003). *Clinical Guideline: Antenatal care - routine care for the healthy pregnant woman.* National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned: London: RCOG Press.

NICE (Março de 2008). *Antenatal care- Routine care for the healthy pregnant woman.*

NICE (Julho de 2006). *Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies.*

NICE (Setembro de 2007). *Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth .*

NILSEN, E., SABATINO, H., & LOPES, M. H. (2011). *Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições .* Rev Esc Enferm 45(3), pp. 557-65.

OLIVEIRA, A. L. (2003). *Duração da manobra de valsalva no período expulsivo do parto: repercussões maternas e nas condições do nascimento do recém-nascido.* Recife: Dissertação.

OLIVEIRA, R. S. (2008). *Hipertensão na Gravidez.* Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida.

OLIVEIRA, T. A., AQUINA, M. M., & NETO, C. M. (vol 37 | nº 8 de Agosto de 2009). *Indução do parto em pacientes com cesárea anterior .* FEMINA.

OLIVEIRAS, M., & MIQUILINI, E. (2005). *Frequência e critérios para indicar a episiotomia*. Rev Esc Enferm USP., São Paulo, v.39, n.3, pp. 288-95.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2007). *Gravidez, Parto, Pós-parto e Cuidados com o Recém-nascido: Guia para a Prática Fundamental*. São Paulo: Roca.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (Abril de 2009). *“Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem”*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012). *Repe e Estatuto Da Ordem Dos Enfermeiros*. Tadinense - Artes Gráficas.

OSBORNE, K. (2010). *Pushing Techniques Used by Midwives When Providing Second Stage Labor Care*. Wisconsin: Marquette University Milwaukee.

ÖZKAN, S. [et al.] (2009). *Comparative efficacy and safety of vaginal misoprostol versus dinoprostone vaginal insert in labor induction at term: a randomized trial*. Arch Gynecol Obstet , pp. 19–24.

PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO DE UNIÃO EUROPEIA (2005). *Directiva 2005/36/CE: 7 de Setembro de 2005 relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais*. Jornal Oficial da União Europeia.

PARRA, M. [et al.] (2007). *Partograma en mujeres múltíparas con manejo médico del trabajo de parto*. Chil Obstet Ginecol 72(3).

PEREIRA, G. V., & PINTO, F. A. (2011). *Episiotomia: uma revisão de literatura*. Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, vol. 15, núm. 3, pp. 183-196.

PORTAL DA SAÚDE. (2012). *Plano Nacional de Vacinação*.

PRINS, M. [et al.] (2011). *Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomized trials*. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.

RAY, C. L. [et al.] (Outubro de 2009). *When to stop pushing: effects of duration of second-stage expulsion efforts on maternal and neonatal outcomes in nulliparous women with epidural analgesia*. American Journal of Obstetrics & Gynecology, pp. 361-363.

REGO, J. (2002). *Aleitamento Materno*. Atheneu.

RÍMOLO, M. L. (2011). *Crítérios para a realização da episiotomia: uma revisão integrativa*. Porto Alegre.

- ROBERTS, J. (Jan-Fev de 2002). *The “push” for evidence: management of the second stage*. Journal of Midwifery & Women’s Health, [S.I.], v. 47, n.1, pp. 2-15.
- ROCHA, I. M. [et al.] (Dezembro de 2009). *O partograma como instrumento de análises de assistência ao parto*. Rev. Esc. Enferm., pp. 880-888.
- ROMANO, A. M., & LOTHIAN, J. A. (2008). *Promoting, Protecting, and Supporting Normal Birth: A Look at the Evidence*. The Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses 37, pp. 94-105.
- ROMERO, R. [et al.] (2013). *A blueprint for the prevention of preterm birth: vaginal progesterone in women with a short cervix*. J. Perinat. Med., pp. 27-44.
- ROSENBERG, J. L. (2007). *Transtornos psíquicos da puerperalidade*. In F. BORTOLETTI F., MORON A., FILHO J., NAKAMURA M., SANTANA R., & MATTAR R., *Psicologia na pratica obstetrica – abordagem interdisciplinar*. 1º Edição.
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (2005). *Guideline Shoulder dystocia* . 42:1-13.
- SANCHEZ-RAMOS, L., & DELKEM, I. (2011). *Induction of labor and termination of the previable pregnancy*. In JAMES D., STEER P., WEINE R. C., & GONIK B.. *High Risk Pregnancy – Manegement Option*. 4th ed Elsevier.
- SANTOS, C. (2003). *História de vida de gestantes de alto risco na teoria transcultural de enfermagem de Madeleine Leininger*. Rio de janeiro: Tese de Doutorado - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Ana Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- SANTOS, E. D. (2002). *Puerpério Normal*. In OLIVEIRA E. D., MONTICELLI M., & BRÜGGEMANN O. *Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: textos fundamentais* (pp. 117 - 133). Florianópolis: 2ª ed, Cidade Futura, p. 117 - 133.
- SARAIVA, H. (2010). *Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção*. Lousã: Lidel.
- SARDO, D. S.; (2005). *Outras visões e formas de assistir o parto: que autonomia e responsabilidade para o enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica?*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. n.º 6, p. 57-59.
- SAWHNEY, M. (Agosto de 2012). *Epidural analgesia- What nurses need to know* . Nursing.
- SERRANO, F. [et al.] (2011). *Morte Fetal Tardia*. Sociedade Portuguesa Obstetricia Materna.
- SERRANO, M. T., COSTA, A. D., & COSTA, D. N. (Março de 2011). *Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)*. Revista de Enfermagem Referência. III Série - n.º 3.
- SHU-QINWEI [et al.] (2010). *High-dose vs low-dose oxytocin for labor augmentation: a systematic review*. American Journal of Obstetrics & Gynecology.

- SILVA, C. F. [et al.] (2012). *Paternidade: as vivências do pai adolescente*. Revista Da Associação Portuguesa Dos Enfermeiros Obstetras , P. N.º 12/2012.
- SIMPSON, K. R. (2006). *When and How to Push: Providing the Most Current Information About Second-Stage Labor to Women During Childbirth Education*. The Journal of Perinatal Education, Volume 15, Number 4.
- SIRIWACHIRACHAI, T. [et al.] (2012). *Antibiotics for meconium-stained amniotic fluid in labour for preventing maternal and neonatal infections*. Cochrane Collaboration.
- SMYTH, R. M., ALLDRED, K., & MARKHAM, C. (2008). *Amniotomy for shortening spontaneous labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- SOUTH AUSTRALIAN PERINATAL PRACTICE GUIDELINES (2012). *Delays in the second stage of labour*.
- SOUZA, A. S. [et al.] (Abril de 2010). *Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades*. FEMINA vol 38 | nº 4.
- SOUZA, K.M.L. [et al.]. (2008). *Competência: diferentes abordagens e interpretações como estímulo à Ciência da Informação*. In: Seminário Nacional De Bibliotecas Universitárias, 15. São Paulo. Anais. São Paulo: CRUESP, 2008.
- SOUZA, M. T., SILVA, M. D., & CARVALHO, R. D. (2010). *Revisão Integrativa: o que é e como fazer*. Einstein. n.º 8, pp. 102-106.
- SPRAGUE, A. E. [et al.] (Maio/Junho de 2008). *Knowledge to Action Implementing a Guideline for Second Stage Labor*. MCN Volume 33, n.º 3.
- SUNDSTROM, A. K., ROSÉN, D., & ROSÉN, K. G. (2006). *Vigilância Fetal*. Neoventa Medical AB. STAN®.
- TALAVIYA, P., & SUVAGIYA, V. (4 de Novembro de 2011). *A Review on Recurrent miscarriage*. Journal of Pharmacy Research, pp. 4243-4248.
- TAMAGAWA, K., & WEAVER, J. (Outubro de 2012). *Analysing adverse effects of epidural analgesia in labour*. British Journal of Midwifery Vol 20, No 10 , pp. 704-708.
- UTAMA, D. P., & CROWTHER, C. A. (2012). *Transplacental versus direct fetal corticosteroid treatment for accelerating fetal lung maturation where there is a risk of preterm birth*. The Cochrane Collaboration.
- VAN RHEENE, P., & BRABIN, B. (2004). *Late umbilical cord-clamping as an intervention for reducing iron deficiency anaemia in term infants in developing and industrialized countries: a systematic review*. Ann Trop Paediatr, pp. 3-16.
- VERINGA, I. [et al.] (2011). *Pain cognitions as predictors of the request for pain relief during the first stage of labor: a prospective study*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 32(3), pp. 119-125.

VIDE-TAVARES, M. [et al.] (2011). *Citomegalovírus Existe Lugar Para O Rastreio Durante A Gravidez?* Acta Med Port, pp. 1003-1008.

WEI, C. Y., GUALDA, D. M., & JUNIOR, H. P. (Out-Dez de 2011). *Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a Percepção de um grupo de puerpéras*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, pp. 20(4): 717-25.

Wei, S.-Q. [et al.] (2010). *High-dose vs low-dose oxytocin for labor augmentation: a systematic review*. American Journal of Obstetrics & Gynecology.

WICHSTOM, R. (5 de Setembro de 2007). *Effects of Nicotine During Pregnancy: Human and Experimental Evidence*. Curr Neuropharmacol, pp. 213–222.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). *Library Cataloguing-in-Publication Data Manual for the health care of children in humanitarian emergencies*.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). *Managing eclâmpsia – Education material for teachers of midwifery: midwifery education modules*.

YILDIRIM, G., & BEJI, N. (2008). *Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study*. Birth United States 25, pp. 25-30.

YLI, B. M. [et al.] (2012). *How does the duration of active pushing in labor affect neonatal outcomes ?*. J. Perinat. Medi. 4, pp. 171-178.

YODER, S., THOTNBURG, L., & BISOGNANO, J. (Outubro de 2009). *Hypertension in pregnancy and women of childbearing age*. Am J Med., pp. 890-5.

ZUGAIB, M., VEJA, C., & MIYADAHIRA, S. (2009). *Mortes por doenças infecciosas em mulheres: Ocorrências no ciclo gravídico-puerperal*. Rev. Assoc Med, pp. 55(1): 1-11.

ANEXOS

ANEXO I:

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ANEXO II:

Número de Partos Realizados e Assistidos

	Partos Executados		Partos Participados	
	Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvico	Cefálico
15.03.13				x
22.03.13	x			
22.03.13				x
22.03.13	x			
22.03.13		x		
24.03.13				x
05.04.13				x
06.04.13				x
06.04.13				x
09.04.13	x			
16.04.13	x			
16.04.13	x			
16.04.13	x			
17.04.13	x			
21.04.13		x		
22.04.13		x		
22.04.13				x
22.04.13				x
22.04.13				x
29.04.13	x			
06.05.13		x		
06.05.13				x
09.05.13		x		
09.05.13	x			
09.05.13	x			
10.05.13	x			
10.05.13		x		
11.05.13				x
13.05.13		x		
16.05.13		x		
17.05.13				x

18.05.13		x		
18.05.13		x		
22.05.13		x		
29.05.13	x			
04.06.13	x			
04.06.13		x		
06.06.13				x
14.06.13		x		
14.06.13	x			
14.06.13				x
15.06.13				x
15.06.13		x		
15.06.13	x			
17.06.13	x			
17.06.13				x
18.06.13		x		
19.06.13	x			
20.06.13				x
20.06.13				x
22.06.13	x			
23.06.13	x			
24.06.13	x			
30.06.13	x			
30.06.13				x
05.07.13	x			
05.07.13	x			
05.07.13				x
10.07.13	x			
10.07.13				x
10.07.13				x
10.07.13				x
10.07.13	x			

