

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

1ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e  
Obstetrícia

Viagem Na Aquisição De Competências De Um Saber  
Especializado

Intervenção do Enfermeiro Especialista no  
*Empowerment da Grávida: Uma Revisão Integrativa da*  
Literatura

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientação:  
Professora Doutora Marinha Carneiro

Ana Francisca Martins Ribeiro

PORTO, 2014



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Marinha Carneiro pela disponibilidade que revelou desde o princípio, pelo incentivo que sempre demonstrou e pelo dinamismo que incutiu a toda a sua orientação.

Às Professoras Sónia Brandão e Márcia Fontes pelo encorajamento e apoio constante, pelas preciosas sugestões e comentários oportunos.

Aos Enfermeiros do Centro Hospitalar de São João com quem contatei, pela forma como sempre me acolheram. Em especial à Enfermeira Alexandra, Enfermeira Gracinda, Enfermeira Clara, Enfermeira Fátima, Enfermeira Adriana pela partilha de experiências e de uma reflexão séria que resultou num crescimento pessoal.

À minha família e amigos mais próximos, por estarem atentos e nos momentos de hesitação terem sabido amparar-me e incentivar-me.

Em especial aos meus pais pelo seu amor, paciência, compreensão e ânimo.

Ao André pelo apoio incondicional, carinho, atenção, tolerância e permanente incentivo.

Finalmente a todas as mães, bebés e famílias que permitiram que eu fizesse parte das suas vidas e desenvolvesse o meu ser enquanto enfermeira e futura especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Em especial às 43 mães que me confiaram um dos momentos mais felizes das suas vidas.

A todos aqueles que de alguma forma tornaram possível a realização deste sonho.



## SIGLAS E ABREVIATURAS

- APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo
- Bpm – Batimentos por minuto
- CHSJ – Centro Hospitalar de São João
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CPM – *Centering Pregnancy Model*
- DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
- DM – *Diabetes mellitus*
- DPPNI – Descolamento Prematuro da Membrana Normalmente Inserida
- EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- ERC - *European Resuscitation Council*
- FCF – Frequência Cardíaca Fetal
- FIGO – *International Federation of Gynecologists and Obstetricians*
- HTA – Hipertensão Arterial
- IC – Intervalo de Confiança
- ICM – *International Confederation of Midwives*
- LA – Líquido Amniótico
- MBCE – *Mindfulness-based Child Birth Education*
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PBE – Prática Baseada em Evidências
- PCR – Paragem Cardiorrespiratória
- PE – Pré-eclâmpsia
- PPP – Preparação Para o Parto
- Rh - Rhesus
- RN – Recém-nascido
- ROD – Retenção de Ovo Desvitalizado

RPM – Rotura Prematura de Membranas

RPMPPT – Rotura Prematura de Membranas Pré-Termo

RR – Risco Relativo

SBV – Suporte Básico de Vida

SDR – Síndrome de Dificuldade Respiratória

TP – Trabalho de Parto

## RESUMO

Retratar a caminhada ao longo do estágio de natureza profissional “*gravidez, trabalho de parto e pós-parto*” de forma crítica e fundamentada, é o pressuposto basilar do relatório de estágio do 2º Ciclo de Estudos conducente ao grau de mestre em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

O pensamento crítico – reflexivo é o elemento chave para o progresso e aperfeiçoamento profissional da enfermagem, sendo utilizado para transmitir todo o processo de desenvolvimento ao longo desta experiência formativa. Neste contexto, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, criadas pela Ordem dos Enfermeiros, foram analisadas e verificadas recorrendo à prática baseada em evidências, ao mesmo tempo que foram contextualizados e mobilizados os conhecimentos adquiridos.

Na área da saúde, o acompanhamento atualizado dos resultados de pesquisa, tornou-se uma prática inadiável, visto que é fundamental a adoção de medidas que minimizem as discrepâncias entre os avanços científicos e a prática assistencial.

A prática baseada em evidências é a utilização da melhor evidência científica e contribui na tomada de decisão clínica, neste cenário emerge o método da revisão integrativa da literatura que tem a finalidade de reunir e sintetizar os resultados de pesquisas, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Neste trabalho investigamos se os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica promovem estratégias de *empowerment* na preparação para o parto. Esta problemática surgiu da necessidade de compreender a importância do *empowerment*, e, se trabalhado nas aulas de preparação para o parto, em que medida poderia alterar os resultados, percepções/vivências da mulher durante o trabalho de parto e parto.

Os dados encontrados, ainda que não estejam bem explorados, confirmam a relevância do conceito de *empowerment* no contexto da obstetrícia, fazem-nos refletir sobre a diversidade de práticas assistenciais, nos métodos de preparação para o parto e na necessidade de uma uniformização dos cuidados.

Apostar na investigação do *empowerment* surge como essencial para expandir o conhecimento sobre a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e ganhos em saúde consequentes.

Palavras-chave:

*Empowerment*, Competências Específicas, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Pensamento Reflexivo, Estágio Profissionalizante.

## ABSTRACT

*Travel on skill acquisition of specialized knowledge. Intervention of Specialist Nurse on Empowerment Women: An Integrative Review of the Literature.*

Portray the trek along the professional traineeship "pregnancy, labor and postpartum" so critical and reasoned, is the basic premise of the report stage of the 2nd Cycle of Studies leading to a master's degree in maternal and obstetric.

Critical thinking - reflective is the key to progress and professional development of nursing, which is used to transmit all my development process throughout this formative experience. In this context, the specific skills of Nurse Specialist Nursing and Midwifery Maternal created by Order of Nurses are analyzed and verified using the Evidence-Based Practice at the same time that are contextualized and mobilized the knowledge acquired.

In health, updated research has become an unavoidable practice, so is essential to adopt measures that minimize the discrepancies between scientific advances and health care practice.

The evidence-based practice is the use of the best scientific evidence and contributes to clinical decision making, in this scenario emerges the method of integrative literature review that gather and synthesize the results of research in a systematic and orderly manner, contributing to deepen the knowledge of the subject investigated.

In this study we investigated if EEESMO's use strategies of empowerment in classes of childbirth. This problem has arisen from the need to understand the importance of empowerment in working classes to classes of childbirth, to what

extent could alter the results, perceptions / experiences of women during childbirth labor and delivery.

These results, although they are not well explored, confirm the relevance of the concept of empowerment in obstetrics, make us reflect on the diversity of care practices, methods of preparation for childbirth and the need for care standardization.

Research focusing on empowerment emerges as essential to expand the knowledge on the role of Nurse Specialist Nursing Maternal Health and Obstetric and consequent gains in health.

**Key-words:**

Empowerment, Specific skills, Midwife, Reflective Thinking, Professional Training.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	13
PARTE I .....	17
Competências Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica .....	17
1. SER REFLEXIVO .....	21
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	25
3. CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL COM COMPLICAÇÕES: COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA .....	29
3.1. Análise, Reflexão e Fundamentos Teóricos das Atividades Que Suportam As Competências Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica Durante O Período Pré-Natal Com Complicações.....	29
3.1.1 Dados.....	36
4. CUIDAR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO: COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	41
4.1. Análise, Reflexão e Fundamentos Teóricos das Atividades Que Suportam As Competências Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica Durante O Trabalho De Parto E Parto .....	41
4.1.1 Dados.....	55
5. CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL: COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA .....	57
5.1 Análise, Reflexão e Fundamentos Teóricos das Atividades Que Suportam As Competências Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica Durante O Período Pós-Natal.....	58
5.1.1 Dados.....	67

PARTE II .....	69
Intervenção do Enfermeiro Especialista no <i>Empowerment</i> Da Grávida: Revisão Integrativa da Literatura.....	69
1. INTRODUÇÃO AO PROBLEMA.....	71
2. MÉTODO .....	77
3. RESULTADOS.....	79
4. DISCUSSÃO.....	87
5. CONCLUSÕES DA REVISÃO INTEGRATIVA.....	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	99
ANEXOS .....	109
INDICE DE ANEXOS .....	111
Anexo 1 – Partos Executados durante a Unidade Curricular de Estágio de Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto .....	113

## LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS

### Lista De Gráficos

Gráfico 1: Grávidas de Risco e Patologia Associada .....	36
Gráfico 2: Número de Partos Efetuados e Participados .....	55
Gráfico 3: Partos Efetuados .....	56
Gráfico 4: Número de Circulares Cervicais dos Partos Efetuados .....	56
Gráfico 5: Número de Puerperas e Recém-Nascido normais e de risco .....	68

### Lista De Tabelas

Tabela 1: Componentes do empowerment na literatura de enfermagem .....	75
Tabela 2: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa.....	82
Tabela 3: Quadro resumo das aulas de PPP no artigo " <i>The effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers a randomized controlled multicentre trial</i> " .....	90



## INTRODUÇÃO

Retratar a caminhada ao longo do estágio de natureza profissional “*gravidez, trabalho de parto e pós-parto*” de forma crítica e fundamentada, é o pressuposto basilar do relatório de estágio do Segundo Ciclo de Estudos conducente ao grau de mestre em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

“*As vivências naturais de aprendizagem do enfermeiro no seu dia-a-dia obrigam a que este reconheça a necessidade de reflectir sobre a acção, na acção e para a acção através da compreensão e valorização de cada experiência*” (Sá-Chaves, 2005, p. 182). É neste sentido que surge, o pensamento crítico – reflexivo, como o elemento chave para o progresso e aperfeiçoamento profissional da enfermagem, sendo usado para transmitir todo o processo de desenvolvimento desta experiência formativa.

Um grande filósofo educacional americano Dewey (Cit. por Alarcão, 1996), ao caracterizar o pensamento reflexivo, diferencia-o do ato de rotina que, embora fundamental ao ser humano, é guiado pelo impulso, hábito, tradição ou submissão à autoridade e refere que a reflexão se alicerça na vontade, no pensamento, em atitudes de questionamento e interesse.

Demo (Cit. por Lima & Cassiani, 2000, p.24) afirma que “*somente profissionais conscientes, questionadores, atualizados, participativos, reconstrutivos podem construir para renovar a profissão e dar conta dos sempre novos desafios.*” Nesta preceptiva, o relatório de estágio é um relatório reflexivo, pois nele estão registadas as reflexões, questões e evidências de aprendizagem, bem como as ações de sucesso e/ou insucesso vivenciadas, exibindo a singularidade deste percurso de formação.

A gravidez, o parto, o nascimento são acontecimentos marcantes para os pais. Assim, o *empowerment* da grávida, a importância da transição para a parentalidade, pode ditar as vivências futuras da família “*tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios Pais como também*

*na saúde e desenvolvimento das respectivas crianças*” (Mercer, Ferketick, DeJoseph Cit. por Martins, 2008, p. 3).

É neste contexto que intervém o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), o seu papel *“passa por possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem dos utentes, num processo de crescimento e desenvolvimento”* (Bernardinho [et al], 2009, p.1). No entanto, só enfermeiros competentes alcançam cuidados de qualidade. É por este motivo que durante o estágio *“gravidez, trabalho de parto e pós-parto”* foram sendo colocadas em prática, avaliadas e verificadas as competências estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros para o EEESMO, ao mesmo tempo que era potenciado o processo de aquisição e recontextualização de saberes tendo como pilar a prática baseada na evidência e o pensamento crítico para a tomada de decisão. Como afirma Reboul (Cit. por Queiroz, 2007) *“o saber profissional de enfermagem é um saber de acção. Não somente de execução ou de reprodução de actos. É a capacidade de adaptar a conduta à situação fazendo apelo aos conhecimentos”*.

O presente relatório encontra-se estruturado em duas partes, sendo cada parte subdividida em diferentes capítulos relativos a aspetos específicos de acordo com a respetiva organização, como se particulariza de seguida.

A primeira parte diz respeito às competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, sendo estas relacionadas com as atividades desenvolvidas no decorrer da unidade curricular *“Estágio: gravidez, trabalho de parto e pós-parto”*. A apresentação destas competências assenta numa análise crítico-reflexiva, com o recurso a evidências científicas atuais e bibliografia pertinente. A primeira parte encontra-se dividida em cinco capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma breve abordagem sobre o pensamento reflexivo, base de todo o relatório de estágio. No segundo capítulo é efetuada a análise e reflexão das competências comuns do enfermeiro especialista. No terceiro capítulo é efetuada a análise, reflexão e fundamentos teóricos das atividades que suportam as competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica durante o período pré-natal com complicações. O quarto capítulo diz respeito ao período do trabalho de parto, o quinto e último capítulo aborda o período do pós-natal.

A segunda parte destina-se à problematização duma área considerada relevante para a prática de enfermagem de saúde materna e obstétrica, a *“Intervenção do Enfermeiro Especialista no Empowerment da Grávida”*, está dividida, de acordo com as etapas de elaboração da revisão integrativa. É realizada uma introdução ao problema em estudo, efetuada a análise, interpretação e discussão dos achados mais pertinentes e por fim a conclusão do estudo.

Finalizamos este trabalho com a apresentação das considerações finais e sugestões do relatório de estágio, bem como a referência a toda a bibliografia apresentada.



PARTE I

**COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**



*"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo - o templo de espírito de Deus. É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes."*

Florence Nightingale



## 1. SER REFLEXIVO

*“Só o EU se aprende a si próprio. Como sujeito que se questiona a si mesmo, o eu consegue a autonomia.”*

(Habernas, Cit. por Alarcão, 1996, p. 172)

O ensino da enfermagem desde a influência de Florence Nightingale tem passado por várias transformações as quais pretendem acompanhar o desenvolvimento técnico e científico, na procura da competência profissional.

Em grande parte dos países, o ensino da enfermagem mantém a adoção da pedagogia tradicional, ou seja, centrada no professor, cujo modelo enfatiza o aprender memorizando os factos, em vez de encorajar a compreensão e o questionamento (Chipas, 1995). No entanto, este mesmo autor (Cit. por Lima & Cassiani, 2000, p. 23) expõe que esta pedagogia tradicional, *“embora transmitidas aos alunos por décadas, não são as mais aceites para a realidade atual que exige de seus profissionais, além de competência técnica, a capacidade criativa, de reflexão, de análise crítica e um aprofundamento constante de seus conhecimentos.”*

Se recuarmos no tempo, já em 1940 o Dr. Alberto Costa (Cit. por Vieira 2008, p. 91/92) atesta que ao enfermeiro é exigido um conjunto de qualidades que definem uma boa estrutura mental e moral *“precisa ser inteligente, dotado de raciocínio pronto e de um sangue-frio a tôda a prova, para compreender o porquê dos seus actos, reagir com a celeridade que as circunstâncias reclamam, e actuar com a calma necessária em tôdas as emergências difíceis.”*

O conceito de reflexão, como encontramos no dicionário de Língua Portuguesa da Porto Editora tem diferentes significados: ato ou efeito de refletir ou refletir-se; ponderação, meditação; comentário, pensamento.

Em 1910, o filósofo americano John Dewey propõe o conceito de pensamento reflexivo *“como a melhor maneira de pensar e define-o como sendo a espécie de pensamento que consiste em examinar mentalmente o assunto e dar-lhe consideração séria e consecutiva”* (Cit. por Alarcão, 1996, p. 45).

O pensamento reflexivo de Dewey centra-se na dimensão interativa de pensar o mundo em contato com o mundo, por meio da experiência, surge como um *“instrumento para gerar conhecimentos metódica e criticamente verificados, exprimindo a convicção de que o pensar científico é fator de promoção entre os homens, possibilitando uma sociedade mais fraterna, elevando-os além do individualismo egoísta e libertário”* (Gasque, 2011, p. 24).

De entre as principais ideias de Dewey sobre o pensamento, a ideia de pensamento reflexivo resume a sua preocupação com a formação do pensamento do aluno, apresentando cinco etapas: *“(1) confronto com uma dificuldade, (2) formulação do problema, (3) levantamento de hipóteses, (4) raciocínio elaborado, (5) experimentar efetivamente”* (Cit. por Silva, Peixoto & Jerônimo, 2012, p.5/6), que ajudam o aluno a superar um universo de explicações tradicionalmente assentes.

Como refere Alarcão (1996, p. 54) o pensamento reflexivo contribui, decididamente, para a promoção do progresso, subjetivamente *“o progresso é ilimitado e a invenção contínua e sistemática, servida pelo pensamento reflexivo, é o percurso que lhe serve”*.

A importância de abordar este conceito surgiu da necessidade de entender o desenvolvimento da capacidade reflexiva no contexto do estágio de natureza profissionalizante e posteriormente do relatório, pois este, assume-se como reflexivo ao estarem registadas as reflexões, questões e evidências de aprendizagem, bem como as ações de sucesso e/ou insucesso vivenciadas, demonstrando a singularidade deste percurso de formação. Sá-Chaves (2005, p.182) considera que: *“as vivências naturais de aprendizagem do enfermeiro no seu dia-a-dia obrigam a que este reconheça a necessidade de reflectir sobre a acção, na acção e para a acção através da compreensão e valorização de cada experiência.”*

Para Sá-Chaves (2005), esta atitude reflexiva pretende transformar situações caracterizadas pela incerteza, escuridão e conflito, em situações lógicas, metódicas e coerentes.

Importa ainda referir que atualmente existem *“estudos sobre o pensamento crítico na educação em enfermagem que confirmam que o desenvolvimento do*

*pensamento crítico é uma opção para mudança do paradigma do processo ensino-aprendizagem” (Silva, Peixoto & Jerônimo, 2012, p. 7). Para Lima & Cassiani (2000), estes estudos, promovem a participação ativa do aluno no seu processo de formação.*

Tal como refere Demo (Cit. por Lima & Cassiani, 2000, p.24) *“o profissional não é aquele que executa a sua profissão, mas sobretudo quem sabe pensar e refazer a sua profissão (...) Somente profissionais conscientes, questionadores, atualizados, participativos, reconstitutivos podem construir para renovar a profissão e dar conta dos sempre novos desafios.”*



## 2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A Enfermagem nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se através do cuidar, o cuidar é considerado a sua essência, onde as outras características se integram e corporizam (Roach, 1984).

Os cuidados de enfermagem caracterizam-se muitas vezes pela imprevisibilidade e complexidade, levando os enfermeiros a mobilizarem *“capacidades na acção para fazer face à complexidade das situações de trabalho, ou seja, agem com competência”* (Serrano, 2008, p.77).

O termo competência faz parte do nosso discurso do quotidiano e com a profissionalização dos cuidados de enfermagem, foi classificado como fundamental. Aparentemente é um conceito bem definido, mas quando pretendemos transcreve-lo para o papel, torna-se numa espiral de raciocínios, como refere Oliveira (2010), a bibliografia encontrada é demasiado vasta e o conceito aparece nos mais variados campos do saber e das profissões, sendo incalculáveis as definições encontradas.

Delamare Le Deist & Winterton (Cit. por Serrano, 2008, p. 77) mencionam *“há tanta confusão e debate acerca do conceito de ‘competência’ que é impossível identificar ou aplicar uma teoria ou chegar a uma definição capaz de acomodar e reconciliar todos os diferentes modos em que o termo é utilizado”*.

Segundo, Reinbold & Breillot foram relatadas cerca de 120 definições da noção de competência, indício da complexidade que se pretende elucidar. Este conceito, *“tem sido usado, ora referindo-se a qualificação, ora a habilidade, ora a capacidade, ora a performance, ora a skill, existindo diversas gramáticas de competência”* (Cit. por Oliveira, 2010, p.27).

Na enfermagem a existência de vários tipos de saberes, saber empírico saber do domínio do conhecimento científico; saber ético, pessoal e estético *“mobilizam no enfermeiro competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afetivas (a arte de cuidar); e as competências estéticas*

*reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações)”* (Serrano, Costa & Costa, 2011, p.16).

O enfermeiro especialista possui um conhecimento aprofundado num domínio da enfermagem *“tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (OE, 2010a, p.2).

Mas, seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de competências *“demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”* (OE, 2010a p.3), estas competências partilhadas intitulam-se de competências comuns.

São quatro os domínios de competências comuns, a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Cada domínio de competência é apresentado com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pretendeu-se desenvolver uma prática profissional e ética, demonstrando um exercício seguro, profissional e ético utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.

O EEESMO tem a responsabilidade de participar na tomada de decisão ética, suportando sempre a sua opinião nos princípios, valores e normas deontológicas, respeitando os interesses dos seus pacientes e promovendo a tomada de decisão partilhada. Aqui tivemos em consideração o princípio do respeito pela autonomia e o consentimento informado e esclarecido, ou seja, a mulher tem o direito de consentir ou recusar os procedimentos propostos, sendo eles de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico que possam afetar a sua integridade física, psíquica ou social. O consentimento deve ser dado livremente e após esclarecimento completo sobre os procedimentos, ou seja, as estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com a mulher.

Ainda no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal pretendeu-se desenvolver práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2010a). Neste sentido, promoveu-se uma prática que honrou os direitos humanos, analisando-se e interpretando-se as situações específicas dos cuidados especializados, assumindo-se a

responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

O compromisso foi a adoção e a promoção de uma prática de cuidados que se fundamentou na segurança, na privacidade da mulher, do RN e convivente significativo evocando-se a proteção dos Direitos Humanos e código deontológico dos enfermeiros. Ao assumir a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código deontológico, foi importante ter-se em consideração a promoção do respeito pelo direito da mulher no acesso à informação; a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral; a privacidade; o respeito à escolha e à autodeterminação; o respeito pelos valores, costumes e as crenças espirituais.

O segundo domínio do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista é o domínio da melhoria da qualidade.

Durante toda a vida profissional dos enfermeiros, estes são responsabilizados pela qualidade dos cuidados prestados aos clientes. A prestação de cuidados em saúde requer qualidade e, em poucos anos, este termo passou a fazer parte do discurso do dia-a-dia. Como refere Abreu (2007, p.15) têm-se verificado *“uma tendência para a qualidade se transformar numa filosofia e num eixo estruturante das escolhas e das tomadas de decisão do Estado, das organizações, das famílias ou dos indivíduos.”*

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) refere que a qualidade em saúde pode ser definida como a *“prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível”* (Ferrinho [et al], 2012, p. 2).

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), a enfermagem viu-se na necessidade de definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, descrever estratégias para um caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. Neste sentido, tornou-se assim fundamental a definição de padrões de qualidade em cada domínio específico.

Cabe ao EEESMO desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, tornando-se indispensável a participação em projetos de melhoria contínua de

qualidade e a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

Considerando, critério de melhoria da qualidade, a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro é indispensável. Assim, apelou-se à promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual capaz de gerar segurança e proteção em relação à terapêutica, aos dados e registos. Com o intuito de evitar o erro humano, colaborou-se na gestão do risco ao nível das seguintes unidades funcionais: ambiente, instalações, matérias e equipamentos. Quando se fala do domínio da gestão dos cuidados, o EEESMO tem o compromisso de gerir os seus cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados. Para atingir estes resultados, participou-se na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e colaborou-se na demonstração prática das tarefas, garantindo a segurança e a qualidade.

A adaptação do EEESMO à liderança e à gestão dos recursos, às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados, é substancial. A otimização do trabalho foi realizada ao adequar-se os recursos disponíveis às necessidades e ao promover-se um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados.

A última competência comum dos enfermeiros especialistas diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Aprender a Ser enfermeiro é um processo contínuo, em constante evolução sem um fim à vista, sendo cada dia, um dia diferente e com novas aquisições de conhecimentos.

Neste processo de aquisição de novas aprendizagens, pretendeu-se desenvolver a capacidade de autoconhecimento e assertividade, revelando uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, reconhecendo o que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais adaptando-se ao indivíduo e à organização.

No sentido de desenvolver as competências baseou-se a práxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento, ou seja suportou-se a prática clínica recorrendo à prática baseada em evidências. Comprometendo-se a ser facilitador da sua aprendizagem, aproveitando e rentabilizando todas as oportunidades de aprendizagem, diagnosticando as necessidades formativas pessoais.

### **3. CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL COM COMPLICAÇÕES: COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

O período pré-natal é um período de preparação física e psicológica, para o parto, nascimento e parentalidade. *“O objectivo da vigilância pré-natal é promover a saúde e o bem estar da grávida, do feto e do recém-nascido (RN), mas também da família”* (Graça, 2010, p. 149).

Para atingir este objetivo o EEESMO deverá desenvolver uma parceria com a mulher fornecendo uma abordagem holística para o cuidado que atenda às suas necessidades individuais.

#### **3.1. Análise, Reflexão e Fundamentos Teóricos das Atividades Que Suportam As Competências Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica Durante O Período Pré-Natal Com Complicações**

*“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.”* (OE, 2010b, p.4)

O perfil de competências específicas do EEESMO, junto com o perfil das competências comuns, abordadas no capítulo anterior, integra *“o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador*

*para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar”* (OE, 2010b, p.2). Cada competência específica do EEESMO é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

Para a competência específica cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal pretende-se que o EEESMO seja capaz de cuidar de forma a potenciar a saúde da mulher, a detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Para desenvolver estas competências foi proposto um estágio profissionalizante no Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no serviço de Medicina Materno-Fetal, que decorreu de 22 de Fevereiro de 2012 a 16 de Março de 2012, num total de 100 horas.

Ainda neste contexto pretendeu-se desenvolver e demonstrar competências nos domínios da prática profissional especializada no âmbito da prestação e gestão de cuidados de acordo com o estipulado pelo Regulamento n.º 127/2011 do Diário da República, 2.ª série – N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, com o objetivo de cumprir as diretivas necessárias à obtenção do título de enfermeiro especialista, sustentadas na Lei n.º 9/2009 de 4 de Março que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro.

De acordo com a diretiva supracitada pretendeu-se realizar a: *“Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco”*.

Antes de se iniciar a análise, reflexão e a apresentação dos fundamentos teóricos das atividades desenvolvidas que suportam as competências do EEESMO durante o período pré-natal convém referir que o primeiro dia de estágio foi dedicado a conhecer a dinâmica dos cuidados de enfermagem na assistência à mulher/família no serviço Materno-Fetal do CHSJ. Assim, de modo a conhecer a estrutura física do serviço, realizou-se uma visita guiada, observando-se em pormenor todos os espaços físicos e questionou-se sempre que surgia algum tipo de dúvida.

Conhecer o espaço físico é essencial, no entanto compreender/reconhecer a dinâmica de trabalho do serviço é indispensável para o bom desenvolvimento do estágio profissionalizante e integração na equipa multidisciplinar. Para tal questionou-se as orientadoras de estágio bem como a equipa de enfermagem sobre o funcionamento do serviço, o método de trabalho utilizado, a articulação com outras unidades de saúde, consultaram-se os protocolos existentes e identificaram-se os sistemas de informação e registos.

A promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal é indispensável pois, este período propicia uma oportunidade única ao EEESMO para influenciar a

saúde da mulher, podendo as intervenções de enfermagem afetar durante muitos anos o bem-estar da mulher, da criança que vai nascer e da restante família. Durante o ciclo pré-natal, pretendeu-se assegurar uma gravidez saudável, fisicamente segura e emocionalmente satisfatória. Porém, muitas das adaptações maternas e problemas significativos que ocorrem durante a gestação são inesperadas, podendo mesmo levar ao internamento e/ou afetar o resultado da gravidez. O papel desenvolvido foi fundamental para *“ajudar a grávida a perceber a relação entre a sua condição física e o plano de cuidados a implementar”* (Lowdermilk & Perry, 2008, p.223) pois, ajudou a sua tomada de decisão e incentivou a participação ativa nos cuidados.

A partir do primeiro dia de admissão no internamento uma provável alta deve ser ponderada e coube-nos, proporcionar informação à grávida sobre os recursos disponíveis na comunidade, promovendo uma decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal.

A saúde mental da mulher grávida é elementar, e na mulher grávida internada, promover a saúde mental na vivência da gravidez é primordial. É perfeitamente normal que a mulher tenha períodos de dúvidas sobre si própria e falta de confiança. Para Fraser & Cooper (2010), as oscilações entre sentimentos positivos e negativos são uma constante, podendo incluir emoções de prazer, excitação, ambivalência, labilidade emocional, *stress* e ansiedade causada pelos diagnósticos pré-natais, entre outros. Segundo, Bayle & Martinet (2008), a depressão pré-natal abrange pelo menos 10% das mulheres grávidas, mas este número varia de acordo com os critérios de diagnóstico usados. As queixas somáticas *“são frequentes na mulher grávida fora de qualquer estado depressivo e ao inverso do cansaço são pouco tomadas em consideração e muitas vezes são o sinal de um estado depressivo latente”* (Bayle & Martinet, 2008, p.182). Ainda neste sentido, coube-nos a identificação e diferenciação de angústia e depressão estando-se alerta para todos os sinais que coloquem em risco a vida da mulher e do feto. Bayle & Martinet (2008, p.182/183) mencionam como principais sinais: *“sofrimento extremo, mas interiorizado; culpabilidade; sentimento de indignidade e incurabilidade; desvalorização extrema de si; queixas somáticas, em particular uma sensação de fadiga; perturbações do sono; crises de choro; sentimentos de impotência em relação ao seu papel de mãe.”*

Cuidar da saúde mental da mulher grávida com complicações tornou-se indispensável, pois está na base de todos os outros programas/projetos e intervenções de promoção da saúde pré-natal, no contexto específico do internamento de medicina Materno-fetal do CHSJ, local do estágio de natureza profissionalizante.

Para promover a saúde pré-natal, na área específica da patologia materno-fetal são vários os critérios que devemos ter em consideração e que já foram previamente definidos pela OE, nomeadamente, diagnóstico e monitorização da gravidez, interrupção voluntária da gravidez, estilos de vida saudáveis, preparação para o parto e parentalidade responsável, promoção do aleitamento materno e plano de parto.

A mulher pode suspeitar que se encontra grávida quando não ocorre a menstruação, mas para algumas mulheres o diagnóstico clínico pode ser difícil. *“Dado que um falso diagnóstico, positivo ou negativo é extremamente grave e pode trazer consequências emocionais, sociais, médicas, ou legais, a exatidão do diagnóstico é muito importante.”* (Lowdermilk & Perry, 2008, p.246). O diagnóstico da gravidez pode ser clínico, hormonal e ecográfico. No entanto, este diagnóstico, não ocorre a nível do serviço de internamento Materno-Fetal do CHSJ, mas sim na consulta externa e/ou serviço de urgência, logo, as grávidas acompanhadas já tinham conhecimento da sua gravidez. Esta competência foi desenvolvida no primeiro ano do curso de mestrado na Consulta do Centro Hospitalar do Porto - Maternidade Júlio Dinis.

Desde 2007 e de acordo com a alínea e) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal, a mulher tem o direito de interromper a sua gravidez até às dez semanas, desde que o solicite e esteja psicologicamente capaz de tomar essa decisão. No entanto, a mulher que decide ou não realizar a interrupção voluntária da gravidez apresenta muitas vezes sentimentos ambivalentes *“necessita de informação e de oportunidade para analisar os seus sentimentos acerca da gravidez, do aborto e do impacto da sua escolha no futuro. Necessita de tomar a decisão sem se sentir coagida na escolha”* (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 168). Solicita-se assim, que o EEESMO promova a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade, independentemente da visão pessoal sobre a interrupção voluntária da gravidez. A orientação da interrupção voluntária da gravidez pelo EEESMO no CHSJ ocorre a nível da consulta externa e/ou serviço de urgência, logo, não foi possível desenvolver atividades no sentido de fomentar esta competência específica.

Quando a gravidez é desejada, o acompanhamento e a monitorização da gravidez pelo EEESMO é essencial a fim de fornecer suporte à saúde materna e ao desenvolvimento fetal normal. Assim, procedeu-se à elaboração da história clínica da grávida, monitorizaram-se os sinais vitais, calculou-se a idade gestacional, avaliou-se a altura uterina, indicada a partir das 24 semanas de gestação. No entanto, a partir das 12 semanas, momento em que o útero se encontra a nível da sínfise púbica, este, já pode ser palpado e avaliada a altura uterina. Avaliou-se

também a estática fetal, recorrendo às Manobras de Leopold (a partir da 36ª semana de gestação), realizou-se a auscultação fetal, identificaram-se desvios ao padrão de adaptação à gravidez normal, monitorizou-se e interpretou-se a frequência cardíaca fetal e a contractilidade uterina através de cardiotocografia. Neste sentido, realizaram-se ensinamentos tendo subjacente as necessidades encontradas relativamente aos sinais e sintomas de risco.

A correta vigilância/monitorização da gravidez oferece a oportunidade única de assegurar a saúde da futura mãe e do seu feto.

No sentido de promover a saúde da grávida é crucial informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis. Assim, informou-se sobre: a alimentação saudável; a higiene pessoal e a prevenção de infeções urinárias; a higiene dentária; a atividade física/repouso e o relaxamento. Neste sentido, desenvolvemos orientações relativas aos efeitos nefastos provocados pelo tabaco, álcool, drogas e medicamentos. Foram também promovidas intervenções nos eventuais desconfortos e sinais de alarme na gravidez, tendo como finalidade potenciar uma gravidez saudável.

O período pré-natal é o período ideal para intervir junto da grávida e convivente significativo no sentido de os preparar para o momento do parto, promover uma parentalidade responsável e impulsionar o aleitamento materno. Estes ensinamentos acabaram por emergir em situações informais que foram surgindo com as grávidas durante o internamento, não existindo aulas programadas para se falar dos temas mais pertinentes. Tendo em conta este propósito, o trabalho desenvolvido exigiu muitas capacidades a fim de proporcionar um atendimento ideal, *“uma das habilidades mais fundamentais é a de comunicar-se de maneira eficaz”* (Frazer & Cooper, 2010, p. 105).

Durante os diálogos com as grávidas surgiu a oportunidade única de promover o plano de parto, aconselhar e apoiar na tomada de decisão. A mulher tem o direito de conhecer as opções que tem ao seu dispor e tomar uma decisão baseada em conhecimento prévio. O plano de parto auxilia a mulher a manifestar e deixar claro os seus desejos e expectativas para o momento do parto, situação que é desconhecida por a maioria das mulheres. Tal facto deve-se, talvez, a internamentos precoces na gravidez, primeiro filho, primeiro contacto com o EEESMO, logo ainda não tinham iniciado as aulas de preparação para o parto.

Teve-se em consideração o exame geral da mulher que incluiu uma visão holística, promovendo-se o seu bem-estar físico, social e psicológico, tal como já foi sendo referido. É por isso crucial que se tenha conhecimentos e se compreenda os desconfortos comuns da gravidez de modo a permitir diagnosticar precocemente complicações na saúde da mulher, a fim de a aconselhar sobre as estratégias que a

irão ajudar a lidar com a doença e a minimizar os efeitos que possa sofrer (Fraser & Cooper, 2010). Assim, a orientação e a informação da grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco foi uma das principais responsabilidades. A grávida foi alertada para que em presença de eventuais sinais e sintomas, deveria recorrer de imediato ao serviço de urgência, ou se ainda internada, solicitar ajuda dos profissionais de saúde. Nos sinais e sintomas mais importantes, Graça (2010) incluiu: vômitos repetidos ou intensos; tonturas e vertigens; alterações da visão; diminuição da diurese ou queixas urinárias; dores abdominais; contrações uterinas; epigastrialgias; cefaleias intensas ou permanentes; edemas matutinos da face e das mãos; diminuição súbita dos movimentos fetais; leucorreia aquosa, abundante; hemorragia vaginal; febre; tumor ou dor em zona varicosa. E no caso dos sinais e sintomas, que foram identificados, tivemos a responsabilidade de diagnosticar e monitorizar a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados, referenciando os desvios à gravidez fisiológica que estão para além da nossa área de atuação.

Apesar de em Diário da República (2.<sup>a</sup> série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011) constar que o EEESMO tem competências para prescrever exames auxiliares de diagnóstico necessário à deteção de gravidez de risco, tal situação não se verifica na realidade, existindo ainda uma interdição social para abordar ou adotar o comportamento. Assim, a avaliação do bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados fica restringida, cabendo ao médico essa decisão. Para avaliar o bem-estar materno recorreu-se à avaliação da pressão arterial, análise com fitas-teste de amostra de urina (glicose, proteínas nitritos, ph), corrimento vaginal, edemas. No sentido de avaliar o bem-estar fetal, recorreu-se à auscultação a partir da 11<sup>a</sup> semana de gestação, à monitorização cardiotocográfica a partir da 37<sup>a</sup> semana de gestação (ou mais cedo se para tal houvesse indicação). Realizou-se também, o toque vaginal a partir da 34<sup>a</sup>/35<sup>a</sup> semana, necessário para apreciação do colo uterino (dilatação, extinção), procedeu-se à avaliação da situação e apresentação do feto. Estas recomendações são a base dos cuidados pré-natais para todas as grávidas.

Na última unidade de competência do período pré-natal, o EEESMO deverá ser capaz de providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação durante o período pré-natal. De maneira a promover este tipo de cuidados informou-se sobre as medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez, sendo os mais comuns: as náuseas e os vômitos, azia, lombalgias, câibras, edema, fadiga, obstipação, insónias e labilidade emocional.

Para a maioria das mulheres a gravidez constitui um período normal das suas vidas, mas algumas apresentam problemas significativos que podem afetar o

resultado da gravidez e apresentar desvios ao padrão de adaptação à gravidez. Nestes casos, referenciou-se a outros profissionais de saúde as situações que estão para além da área de atuação. Quando são detetados desvios ao padrão de adaptação à gravidez normal e se associa uma maior incidência de desfechos adversos para a mãe e/ou feto, ou seja, a mulher tem patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, os cuidados necessários precisam de ser especializados e personalizados. A gravidez é considerada de risco e o nível de vigilância pré-natal “apertado”, teve-se assim, o compromisso de cooperar com os outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez e com patologia associada e/ou concomitante.

Ter conhecimentos e aplicar medidas de suporte básico de vida (SBV), conhecer a cadeia de sobrevivência é uma competência que todos os enfermeiros generalistas ou especialistas devem possuir. A intervenção rápida e eficaz pode salvar a vida de uma pessoa. No entanto, durante a reanimação de uma grávida é importante considerar as alterações inerentes à gravidez.

Como podemos encontrar no *European Resuscitation Council* (ERC) de 2010, as recomendações para a reanimação na gravidez são largamente baseadas em séries de casos, extrapolações da paragem-cardiorrespiratória (PCR) em não grávidas, estudos em manequins e opiniões de peritos, com base nas alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez e parto normal.

As modificações das recomendações sugeridas para o SBV da mulher grávida incluem posicionar a grávida em decúbito lateral esquerdo ou promover a inclinação lateral esquerda da bacia/abdómen para aliviar a compressão da veia cava inferior. Dado que a grávida tem maior risco de aspiração do conteúdo gástrico, por insuficiência do esfíncter gastro-esofágico, a entubação traqueal precoce pode reduzir este risco. Felizmente, não sucedeu tal situação, não existindo necessidade de colocar estes conhecimentos sobre o SBV da mulher grávida em prática.

O último critério de avaliação da unidade de competência providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação durante o período pré-natal é o de assumir a decisão de transferir, assegurar a transferência e cuidar da gravidade durante o transporte. Durante a unidade curricular não foi possível por em prática esta atividade, pois não surgiu a necessidade de efetuar uma transferência da mulher grávida. No entanto, na unidade hospitalar em que foi desenvolvido o estágio profissionalizante, não cabe à equipa de enfermagem assumir a decisão de transferir a mulher grávida, mas sim ao médico. No caso de transferência a enfermeira irá acompanhar a mulher grávida até ao novo serviço/hospital, de maneira a assegurar o seu bem-estar.

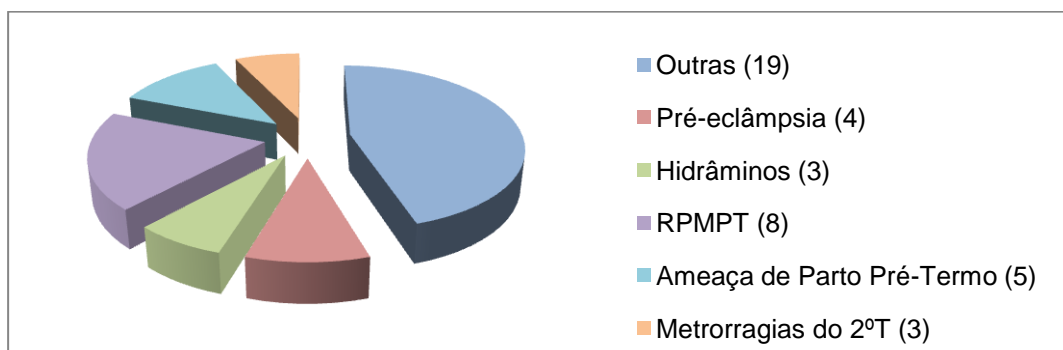
### 3.1.1 Dados

Durante o estágio profissionalizante, realizado no serviço de Medicina Materno-Fetal do CHSJ, que decorreu de 22 de Fevereiro de 2012 a 16 de Março de 2012, surgiu a oportunidade de acompanhar quarenta e duas grávidas de risco.

Analisando as atividades desenvolvidas e o número de grávidas vigiadas, considera-se que a atuação foi praticada de forma a atingir os conhecimentos e competências recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros e os critérios propostos pelo Regulamento n.º 127/2011 do Diário da República, 2.ª série – N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, que surgiram com o objetivo de cumprir as diretivas condicionantes à obtenção do título de enfermeiro especialista, sustentadas na Lei n.º 9/2009 de 4 de Março que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro.

Esmiuçando os motivos de internamento das grávidas, chegou-se à conclusão que uma patologia nunca vem só, ou seja, grande parte das grávidas apresentava mais do que um motivo para ser considerada de grávida de risco e para se encontrar internada. Os diagnósticos mais comuns foram: a rutura prematura de membranas pré-termo (RPMPT), ameaça de parto pré-termo (APPT), pré-eclâmpsia e metrorragia do segundo trimestre, as “outras” referidas no Gráfico 1 dizem respeito às patologias que apenas surgiram uma vez, como por exemplo: restrição de crescimento intrauterino, trombocitopenia, pielonefrite aguda, suspeita de hematoma subcapsular hepático.

Gráfico 1: Grávidas de Risco e Patologia Associada



No sentido de evidenciar as atividades desenvolvidas durante o estágio, é importante abordar e refletir sobre os cuidados prestados à mulher, destacando-se assim a RPMPT, a pré-eclâmpsia e a Retenção de Ovo Desvitalizado (ROD).

A rotura das membranas é um acontecimento que usualmente ocorre no decurso do trabalho de parto (TP), no entanto esta pode verificar-se uma hora antes do início do TP e designa-se por rotura prematura de membranas (RPM) e quando ocorre antes da 37ª semana é designada de RPMPT (Graça, 2010).

A RPMPT tem uma incidência variável consoante a idade gestacional “ <1% antes das 24 semanas, 2-5% das 24-33 semanas e 3-8% das 34-36 semanas” (Graça, 2010, p. 443).

Esta é caracterizada pelo início rápido do TP, segundo Montenegro & Rezende Filho (2011) 90-95% das mulheres entram em TP em 24h, na RPMPT entre a 20ª e 26ª semana o período médio de latência é de 12 dias e entre a 32ª e 34ª semana, de apenas quatro dias.

As principais complicações materno-fetais da RPM incluem o parto pré-termo, a corioamniotite e o deslocamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI). O tratamento habitual compreende uma atitude expectante ativa que abrange antibioterapia, no sentido de redução da infeção materna e fetal e prolongar o tempo de latência; corticoterapia; tocolise; repouso e profilaxia da trombose venosa profunda.

Durante o estágio, a intervenção passou por assistir a grávida nos autocuidados, dada a necessidade de repouso no leito. Vigiou-se sinais de alarme de parto pré-termo, Graça (2010) refere, algias pélvicas, lombalgias, pressão pélvica, algias abdominais, modificações/aumento do fluxo vaginal, contrações uterinas (Intervalos <10 minutos, com ou sem dor).

Segundo (Graça, 2010), a corioamniotite ou infeção cório-amniótica, ocorre em cerca de 20% dos casos de RPM e manifesta-se por febre, taquicardia materna, taquicardia fetal, dor à palpação uterina e líquido amniótico (LA) fétido. No sentido de despistar a corioamniotite, monitorizou-se sinais vitais de oito em oito horas, temperatura > 38°C, dor à palpação uterina e vigiou-se o bem-estar fetal através da CTG diária, se a gestação for superior a 27 semanas, ou frequência cardíaca fetal uma vez por turno se a gestação for inferior a 27 semanas.

Vigiou-se perdas de LA, pois estas, não são só indício de corioamniotite, mas também de DPPNI, já que, com a diminuição de LA a área de implantação da placenta é reduzida facilitando o desprendimento da placenta (Graça,2010).

O caso mais marcante de RPMPT acompanhado durante todo o estágio deu-se à 21ª semana de gestação, segundo Montenegro & Rezende Filho (2011) a rotura de membranas anterior à 24ª semana de gestação, incide em pouco mais de 0,5% das gestações sendo a taxa de sobrevivência perinatal de apenas 20% e *“está associada a um risco extremamente elevado de parto pré-termo, hipoplasia pulmonar fetal, deformidades esqueléticas fetais e morbilidade infecciosa materno-*

*fetal*” (Campos, Montenegro & Rodrigues, 2008, p. 73). Neste caso, aquando do término do estágio a grávida mantinha-se internada, na altura apresentava 24 semanas.

A hipertensão arterial (HTA) é a complicação médica mais comum na gravidez, abrangendo segundo Campos, Montenegro & Rodrigues (2008) entre 5 a 10% de todas as gestações, constitui um problema clínico cuja abordagem é ligeiramente diferente da utilizada na população não grávida.

A gravidez pode induzir HTA em mulheres anteriormente normotensas ou agravá-la em grávidas com HTA preexistente à gestação e, em geral, é acompanhado por proteinúria e/ou edema significativos, como refere Graça (2010).

A HTA associada à gravidez constitui um dos principais fatores motivadores de morbilidade e mortalidade materna e perinatal. No entanto, as razões subjacentes à estreita relação entre gravidez e HTA não estão completamente claras. Assim, *“a vigilância adequada durante a gestação pode impedir ou atenuar o aparecimento de complicações graves, bem como a instituição de atitudes terapêuticas nos momentos correctos permite preservar as vidas da mãe e do feto”* Graça (2010, p.525).

A classificação dos estados hipertensivos da gravidez e a terminologia adotada tem sido confusa e pouco consensual, a mais usada é a preconizada pelo *American College of Gynecologists and Obstetricians* em 1972, modificada em 2000, pelo *National High Blood Pressure Education Program* e que considera os seguintes grupos: HTA Crónica; Pré-eclâmpsia/eclâmpsia; Pré-eclâmpsia sobreposta em HTA crónica e HTA gestacional (Campos, Montenegro, Rodrigues, 2008, p.91).

A pré-eclâmpsia (PE) é uma síndrome multissistêmica em que ocorre elevação da tensão arterial, associada à proteinúria após a 20ª semana de gestação, em mulheres previamente normotensas.

Durante o estágio profissionalizante na prestação de cuidados à grávida com PE levou-se a cabo as seguintes atividades:

- Monitorizou-se a tensão arterial, no mínimo uma vez por turno, visto que a hipertensão arterial é o sinal cardinal da PE e os seus valores refletem na maior parte dos casos a gravidade da doença (Graça, 2010);
- Vigiou-se o edema e monitorizou-se o peso diário: o edema na PE está relacionado com a retenção de sódio no espaço intersticial e pode ter, como manifestação inicial, o súbito aumento de peso, aparecendo, posteriormente o edema matutino da face e da metade superior do corpo (Graça, 2010);
- Vigiou-se a dor, quinto sinal vital, Graça (2010) menciona que as epigastralgias e/ou a dor no hipocôndrio direito são sintomas de PE, causados *“por edema*

*hepático ou hemorragia subcapsular do fígado. Relacionam-se habitualmente, com o agravamento da situação clínica, podendo preceder de perto o desencadeamento de convulsões.”* As cefaleias são frequentes e geralmente intensas *“quando constituem o pródromo das convulsões da eclâmpsia. Atribuíveis ao edema cerebral, têm localização habitualmente frontal, por vezes também occipital”* (Graça, 2010, p. 531);

- Vigiou-se o bem-estar fetal, perdas de líquido amniótico e perdas hemáticas. Segundo Lowdermilk & Perry (2008, p. 764), os diagnósticos de enfermagem para a mulher com distúrbios hipertensivos podem incluir *“alto risco de traumatismo fetal relacionado com insuficiência uteroplacentária, parto pré-temo, abruptio placentae”*. Na PE o fluxo útero-placentário reduz-se 2 a 3 vezes relativamente à gestação normal, Graça (2010, p. 529), *“em consequência, o feto encontra-se submetido a uma função placentária diminuída, o que se repercute sobre a sua oxigenação, nutrição e crescimento; assim, o retardamento do desenvolvimento intra-uterino e a morte fetal são frequentes”*;
- Vigiou-se proteinúria, genericamente, Graça (2010) considera que o prognóstico da PE depende em grande parte do nível da proteinúria. A PE provoca repercussões sistémicas, nomeadamente a nível renal, em que ocorre uma diminuição do fluxo e da filtração glomerulares e um aumento da permeabilidade da membrana basal dos capilares dos glomérulos, que explicam a proteinúria e o compromisso da função renal, cuja gravidade é diretamente proporcional ao grau de lesão capilar, ou seja, quanto mais importante for a lesão glomerular, maiores serão as moléculas proteicas perdidas pela urina (Graça, 2010);
- Vigiam-se alterações visuais, segundo Graça (2010), as perturbações visuais podem variar desde os estocomas até à amaurose e poder-se-ão atribuir ao espasmo arteriolar, ao edema ou a deslocamento da retina;
- Vigiou-se a respiração, segundo Montenegro & Rezende Filho (2011, p. 249) a PE pode-se *“exarcebar e há risco de edema agudo do pulmão”*.

A ROD no primeiro trimestre aparece incluída no Gráfico 1, no tópico Outras, considera-se pertinente realizar uma breve abordagem do tema pois, contactou-se com várias situações.

A ROD, ou segundo Graça (2010, p. 390) *“aborto retido”*, é identificada quando ocorre o diagnóstico de uma gestação intrauterina não evolutiva, ainda com retenção integral das estruturas gestacionais.

Em 80% dos casos de aborto retido as mulheres são sujeitas a evacuação uterina por intermédio de curetagem, no entanto, tem-se verificado uma orientação clínica mais conservadora (Graça, 2010). Assim, quando se opta pela indução da

expulsão das estruturas ovulares com prostaglandinas tem-se a vantagem de evitar os riscos associados às intervenções cirúrgicas intrauterinas da curetagem bem como as incertezas da abstenção terapêutica. O misoprostol tem sido o medicamento mais utilizado, com benefícios em termos de segurança, comunidade e custo.

A atuação no setor de Medicina Materno-Fetal passou pela segunda e terceira aplicação dos comprimidos de misoprostol no fundo de saco vaginal posterior, visto que a primeira é realizada no serviço de urgência. Destaca-se o procedimento da aplicação dos comprimidos, pois foi a primeira experiência de toque vaginal das estruturas anatómicas femininas.

Os efeitos laterais mais frequentes da aplicação do misoprostol são, segundo Campos, Montenegro & Rodrigues (2008), dores abdominais, hipertermia, náuseas, vômitos e diarreia. Assim, vigiou-se a temperatura axilar/auricular e tensão arterial de quatro em quatro horas, monitorizou-se dor e administrou-se medicação conforme prescrição. Vigiou-se perdas hemáticas vaginais e realizou-se a recolha dos fragmentos expulsos, para posterior envio para a Anatomia Patológica. Nenhuma destas atividade faziam sentido se não se tivessem desenvolvido estratégias de apoio à mulher, para lidar com a perda. Particularmente manteve-se a presença ao ouvir as preocupações da mulher/convivente significativo, recorreu-se ao silêncio quando apropriado, respeitando o espaço vital manteve-se contato ocular, providenciou-se ambiente calmo e sem ruídos (especificamente o choro de outros RN). Promoveu-se a escuta ativa, encorajando a expressão de sentimentos, medos e percepções, valorizando-se as emoções, as tradições e crenças da mulher/convivente significativo. Sempre que foi desejado promoveu-se o envolvimento familiar.

O processo de luto é um processo individual que varia de pessoa para pessoa devemos ser capazes de avaliar muito cuidadosamente o sentido da perda que está a ser vivida, o contexto da situação e a orientação cultural, de maneira a formularmos um plano de cuidados relevante e personalizado.

Refletindo sobre o percurso do estágio profissionalizante no Serviço de Medicina Materno-Fetal considera-se que a atuação fluiu de forma a atingir os conhecimentos e competências recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros e Diretiva Europeia, tendo-se procurado aproveitar e rentabilizar todas as oportunidades de aprendizagem.

## **4. CUIDAR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO: COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Durante a última fase da gravidez mulher e feto preparam-se para o parto, o momento mais esperado. Por trabalho de parto (TP) e parto “*entende-se o conjunto de fenômenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior*” (Graça, 2010, p. 320).

### **4.1. Análise, Reflexão e Fundamentos Teóricos das Atividades Que Suportam As Competências Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Materna E Obstétrica Durante O Trabalho De Parto E Parto**

*“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.”* (OE, 2010b, p. 5)

No domínio da competência cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP pretende-se que o EEESMO seja capaz de efetuar o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

Estas competências foram desenvolvidas no CHSJ, no Bloco de Partos, que decorreu de 19 de Março de 2012 a 27 de Julho de 2012, num total de 500 horas.

De acordo com a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento europeu e do Conselho, de 7 de Setembro, já anteriormente citada, pretendeu-se realizar: “(...) *quarenta partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, poderá ser reduzido, no mínimo, a trinta, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em vinte partos; Participação activa em partos de apresentação pélvica; Prática de episiotomia e iniciação à sutura*”

Tal como se procedeu no capítulo anterior, antes de se iniciar a análise, reflexão e apresentação dos fundamentos teóricos das atividades desenvolvidas que suportam as competências do EEESMO durante o TP, convém referir que a primeira semana de estágio foi dedicada a conhecer a dinâmica dos cuidados de enfermagem na assistência à mulher/família no Bloco de Partos do CHSJ.

Com o objetivo de conhecer a estrutura física do serviço, realizou-se uma visita guiada, observando-se em pormenor todos os espaços físicos e questionando-se sempre que surgia algum tipo de dúvida. Conhecer o espaço físico é essencial, no entanto, compreender/reconhecer a dinâmica de trabalho do serviço é indispensável para o bom desenvolvimento do estágio e integração na equipa multidisciplinar. Assim, questionou-se as orientadoras de estágio, bem como a equipa de enfermagem, sobre o funcionamento do serviço, o método de trabalho utilizado, a articulação com as outras unidades de saúde. Foram também consultados os protocolos existentes e identificados os sistemas de informação e registos.

Durante o estágio profissionalizante e com o objetivo de promover a saúde da mulher durante o TP, parto e nascimento é decisivo garantir um ambiente seguro, que está na base de todos os cuidados prestados.

A fim de promover a saúde da parturiente e do feto, agiu-se de acordo com as crenças de cada mulher e de acordo com o plano de parto, se o casal grávido o tivesse realizado, garantindo assim as intervenções de qualidade e risco controlado. Mas, na realidade vivenciada, nenhuma das parturientes assistidas, durante o estágio profissionalizante, apresentava o plano de parto. Neste sentido, todas as intervenções que eram necessárias executar, foram explicadas, nomeadamente os benefícios e possíveis riscos.

Ao atuar de acordo com as crenças de cada mulher, estamos a promover o conforto e o seu bem-estar, bem como a do seu acompanhante/convivente significativo, tornando a experiência do parto satisfatória.

A dor e o desconforto experienciados durante o TP podem ser vividos como uma experiência desagradável e percecionada como sendo uma das causas de um

parto insatisfatório. A dor é um fenómeno complexo e individual que pode ocasionar perturbações emocionais e, nalguns casos afetar a relação entre mãe e filho. Foi no sentido de responder às novas dificuldades que as mulheres experienciavam no parto hospitalar que surgiu a preparação para o parto, baseando-se no processo natural do parto e abordando o desenvolvimento das capacidades parentais.

Os métodos de preparação para o parto foram evoluindo ao longo dos anos e atualmente existe uma grande variedade de métodos de preparação para o parto.

O método mais conhecido é o Método (psicoprofilático) de Lamaze, que desde a sua criação em 1951 sofreu grandes alterações. Desenvolveu-se a partir do trabalho clássico de Pavlov, pioneiro em psicologia behaviorista, sobre condicionamento reflexo. Segundo Lamaze (Cit. Por Lowdermilk & Perry, 2008), a dor é um reflexo condicionado, pelo que as mulheres também podem ser condicionadas para não sentir dor durante o trabalho de parto. O método Lamaze condiciona a mulher a responder às contrações uterinas simuladas, através do relaxamento muscular controlado e de padrões respiratórios adequados, em substituição do choro e da perda de controlo.

Atualmente o Método de Lamaze fornece a base e orientação para as mulheres enquanto estas se preparam para o parto e a maternidade, com o objetivo de que todas as mulheres estejam confiantes e confortáveis para decidir sobre as melhores opções durante o seu parto, apoiadas pela família, amigos e profissionais de saúde que acreditam na sua capacidade intrínseca de parir naturalmente. “Respiração” já não é a marca de Lamaze.

No sentido de ajudar a mulher a lidar com a dor do trabalho de parto, desenvolveram-se todas as intervenções para o controlo da experiência de dor, recorrendo-se aos métodos farmacológicos, sendo o mais utilizado a analgesia por via epidural, e aos métodos não farmacológicos.

Muitos dos métodos não farmacológicos de alívio da dor requerem prática para se obterem os melhores resultados, embora se possa utilizar algumas destas técnicas com sucesso, sem a mulher as conhecer previamente. Assim, temos como exemplo a respiração, a contrapressão, a mudança de posição, a aplicação de calor ou frio, a musicoterapia. A qualidade do ambiente pode também influenciar as capacidades da parturiente para lidar com a dor do TP, logo, os estímulos ambientais envolventes como, a luz e a temperatura foram ajustados de acordo com as suas preferências.

As medidas farmacológicas podem ser implementadas, se a parturiente o desejar, à medida que o TP se torna mais ativo e o desconforto e a dor aumentam. Assim, neste caso cooperou-se com os outros profissionais de saúde na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor,

nomeadamente na colocação do cateter por via epidural e posteriormente na administração da medicação de acordo com prescrição e/ou protocolo, ou seja, com intervenções resultantes de prescrição.

As técnicas não farmacológicas e farmacológicas quando utilizadas em simultâneo, aumentam o alívio da dor e contribuem para uma experiência positiva do parto.

O TP para a maioria das mulheres começa com a primeira contração uterina, assim na admissão da mulher ao bloco de partos, é importante diagnosticar e distinguir o verdadeiro do falso TP, bem como determinar potencial risco materno-fetal.

Cada intervenção/atuação foi adaptada aos acontecimentos que cada parturiente referiu, nomeadamente: início de contrações uterinas regulares e progressivas, que aumentavam de frequência, intensidade e duração; saída do rolhão mucoso, rotura espontânea das membranas, ou seja, no primeiro período do TP. Este período inclui três fases: a latente (até 3 cm de dilatação); a ativa (4 a 7 cm de dilatação) e a de transição (8 a 10 cm de dilatação) (Fraser & Cooper, 2010).

O reconhecimento dos três períodos do TP foi decisivo para conceber, planear e implementar intervenções apropriadas à evolução do TP e parto, otimizando as condições de saúde da parturiente e do feto.

Apesar de alguns desvios ao padrão normal de evolução do TP e parto poderem ser antecipadas, outras podem surgir de forma inesperada no seu decurso clínico. Assim, no acompanhamento da parturiente durante o TP esteve-se alerta para sinais de potenciais complicações, nomeadamente: contrações com duração igual ou superior a sessenta segundos com intervalo inferior a dois minutos entre elas, esta situação pode conduzir à hipoxia fetal por diminuir significativamente a perfusão uteroplacentária; bradicardia ou taquicardia fetal; variabilidade reduzida ou nula, ou seja, a diferença entre a frequência cardíaca fetal (FCF) máxima e mínima num intervalo de um minuto é inferior a cinco batimentos por minuto (bpm); frequência cardíaca fetal suspeita de disritmias fetais; líquido amniótico tinto de mecónio ou sangue; paragem da progressão da dilatação ou apagamento do colo uterino e/ou descida do feto; temperatura materna  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ; corrimento vaginal de cheiro desagradável e hemorragia vaginal contínua de sangue vivo ou sangue escuro (Lowdermilk & Perry, 2008). Após a identificação dos possíveis desvios referenciou-se as situações que estavam para além da área de atuação a outros profissionais. O estado de alerta e o conhecimento das possíveis complicações permitiu a identificação rápida de uma hiperestimulação uterina. A hiperestimulação uterina é definida pela presença de taquissístolia uterina, ou seja, mais de cinco contrações em cada dez minutos, durante um período superior a 20 minutos e/ou

contrações com duração superior a dois minutos, podendo ainda observar-se alterações relevantes no registo cardiotocográfico, como desacelerações repetitivas e prolongadas (Campos, Montenegro & Rodrigues, 2008). Neste caso foi imediatamente suspensa a perfusão ocitócica, colaborou-se com o obstetra na administração da medicação para o relaxamento uterino (de acordo com o protocolo da instituição, ou seja, salbutamol e atosiban) e monitorizou-se a pulsação materna, pois se esta ultrapassar os 120bpm deve-se reduzir o ritmo de perfusão do salbutamol.

O segundo período do TP inicia-se quando a dilatação está completa e termina com a expulsão do feto.

O mecanismo do trabalho de parto em apresentação de vértice passa por sete movimentos cardinais, ou seja, encravamento, descida, flexão, rotação interna; extensão, rotação externa e expulsão, que na realidade se conjugam harmoniosamente (Graça, 2010). Após a identificação destes movimentos aplicou-se as técnicas apropriadas à execução do parto.

O encravamento, primeiro movimento cardinal, designa-se assim por ocorrer a passagem do maior diâmetro transverso da apresentação fetal através do estreito superior. No momento do encravamento a sutura sagital do polo cefálico do feto está, em geral, defletida posteriormente ou anteriormente. Esta deflexão lateral do polo cefálico designa-se por assinclitismo, graus moderados são a regra no TP normal mas, se forem demasiadamente acentuados, podem ser causa de incompatibilidade céfalo-pélvica (Graça, 2010), o que nos permitiu avaliar e determinar então, a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP e parto.

A passagem do feto pelo canal de parto poderá lesar a integridade dos tecidos maternos com lacerações. Na proteção do períneo, como refere Montenegro & Rezende Filho (2011, p. 209) *“não se deve prolongar por tempo excessivo a contrapressão sobre o polo apresentado do feto; em assim procedendo, evita-se lesão aparente, mas se vai determinar outra, oculta, igualmente grave; ficam comprometidos não só os músculos da região como o tecido conjuntivo do aparelho intrafascicular e intramuscular”*. A episiotomia tem como objetivo impedir ou atenuar o trauma dos tecidos do canal de parto, favorecendo a descida e libertação do feto. Assim, nos casos em que foi necessário executou-se episiotomia, esta foi efetuada apenas quando a apresentação “corou” o períneo, o que diminui a extensão da incisão e o volume da hemorragia. As indicações para a episiotomia levadas em consideração foram: rigidez perineal, iminência de laceração, sofrimento fetal agudo e suspeita de macrosomia fetal.

Logo após o nascimento e antes dos primeiros movimentos respiratórios está, atualmente preconizada a laqueação tripla<sup>1</sup> do cordão umbilical (Campos, Montenegro & Rodrigues, 2008).

A forma mais objetiva de avaliar a ocorrência de hipoxia intraparto é pela gasimetria do cordão umbilical e “*esta informação pode ter importantes implicações médico-legais*” (Campos, Montenegro & Rodrigues, 2008), é realizada em situações específicas, como estado fetal não tranquilizador, RN com o índice de Apgar inferior a quatro ao primeiro minuto e nos casos em que existe o diagnóstico pré-natal de restrição de crescimento fetal. No entanto, como os casos de índice de Apgar baixo só são identificados após o nascimento, é fundamental a laqueação tripla do cordão umbilical após o nascimento e antes dos primeiros movimentos respiratórios.

No entanto, podemos questionar este procedimento pois, se a laqueação for realizada ao final de 60 segundos não poderão ocorrer trocas benéficas entre puérpera e o RN? Se a condição do RN não é comprometedora poderemos colocar o RN ao nível da pelve materna após o nascimento e permitir que a laqueação seja efetuada por um dos pais, se assim o desejar?

É certo que esta informação pode ter importantes implicações médico-legais, no entanto, a rotineira laqueação tripla do cordão dos primeiros movimentos respiratórios deve ser ponderada e optar-se por uma laqueação precoce, mas que permita as trocas benéficas ao RN e o estabelecimento de um vínculo precoce entre puérpera e RN. *Internacional Federation of Gynaecologists and Obstetricians* (FIGO), 2011 menciona um estudo conduzido por pesquisadores suecos e publicado na BMJ que recomenda um adiamento de 3 minutos na laqueação do cordão umbilical após o nascimento. Os autores defendem que este procedimento pode proteger as crianças da deficiência de ferro, e de facto as 400 crianças que entraram neste estudo apresentaram menos casos de deficiência de ferro em quatro meses. Por outro lado, o receio de uma laqueação tardia poder desenvolver casos de icterícia o que não se verificou neste estudo.

Dos 44 partos efetuados, foi necessário efetuar uma colheita sangue do cordão umbilical para gasimetria, por estado fetal não tranquilizador durante o período expulsivo. No entanto, o RN apresentou um Índice de Apgar nove ao 1º minuto e dez ao 5º minuto, o valor do pH arterial apresentado encontrava-se dentro dos parâmetros normais, pH de 7,234. Nos casos em que houve necessidade de se proceder à colheita de sangue para determinação do grupo sanguíneo de acordo com os protocolos de incompatibilidade Rh e ABO aproveitou-se esta laqueação para o efetuar, na totalidade foram realizadas 10 colheitas de sangue.

---

<sup>1</sup> Importante não confundir com a laqueação tripla que ocorre quando estamos perante circulares do cordão umbilical.

O terceiro período do TP ou período de dequitação vai desde o nascimento do RN até à expulsão da placenta, podendo-se optar por uma conduta expectante/fisiológica ou ativa.

Atualmente a *International Confederation of Midwives (ICM) & FIGO (2003)* preconizam a conduta ativa do terceiro período do TP, esta, passa pela administração profilática da ocitocina, tração controlada do cordão umbilical e massagem uterina após o dequite.

Assim, antes da dequitação e após o parto iniciou-se conforme protocolo do CHSJ, a perfusão ocitócica de 10 unidades em 500 ml de soro polielectrolítico a um ritmo de 250ml/h. No caso de a puérpera não apresentar soros em perfusão, situação que não se verificou durante o estágio, deve-se administrar 10 unidades de ocitocina por via intramuscular. Este procedimento foi efetuado pois, como refere a ICM & FIGO (2003) reduz a incidência da hemorragia pós-parto e atonia uterina (incapacidade do miométrio se contrair permitindo perdas sanguíneas dos vasos arteriais e venosos do local de implantação (Graça, 2010). Outro dos fundamentos que sustenta a administração da ocitocina é porque se pensa, como refere Graça (2010), que a separação da placenta do seu local de inserção resulta da força mecânica das contrações uterinas. Em suma a administração de ocitocina está indicada no controlo da hemorragia pós-parto, estimulação da contractilidade em casos de inércia uterina e indução do TP (INFARMED, 2008).

A administração da perfusão ocitócica foi realizada em todos os partos realizados e assistidos.

Após a expulsão do feto e de secionado o cordão umbilical segue-se um período de repouso fisiológico de 10 a 15 minutos, em que a mulher está relaxada e sem CU. Segundo os Protocolos de Medicina Materno Fetal (Campos, Montenegro & Rodrigues, 2008) pode-se aguardar até uma hora após o nascimento pela dequitação espontânea/fisiológica, desde que a hemorragia seja escassa e exista estabilidade hemodinâmica, ou seja os valores da tensão arterial/frequência cardíaca estão dentro dos parâmetros normais.

Neste período de tempo em que se aguardou o dequite vigiou-se as manifestações da parturiente e suas necessidades. O principal risco que a parturiente corre é o de hemorragia. Assim, para prevenir complicações observou-se a pele e as mucosas; avaliou-se a tensão arterial e a frequência cardíaca de 15 em 15 minutos nas primeiras duas horas; observou-se perdas hemáticas e o tamanho do útero, pois, após o nascimento este fica com menores dimensões, mas se houver perda hemática para a cavidade uterina este órgão vai aumentar de tamanho, ou seja, no final do parto é possível palpar o útero dois a três centímetros

acima do umbigo e no caso de hemorragia interna é palpado cinco a seis centímetros acima do umbigo (Lowdermilk & Perry, 2008).

A extração placentária por tração controlada do cordão umbilical, preconizada pela ICM & FIGO (2003), deverá ser realizada apenas quando estamos seguros que já ocorreu o descolamento placentário, recorrendo ao sinal de *Krustner*. Este procedimento, apesar de aconselhado, pode trazer graves complicações, nomeadamente, descolamento parcial da placenta, hemorragias graves, fragmentação/retenção de membranas e inversão uterina Graça (2010).

A inversão uterina, segundo Graça (2010, p.423), é resultado “*quase sempre da tração exagerada exercida no cordão umbilical ligado a uma placenta inserida no fundo uterino*”. Mas pode também ocorrer em mulheres com doença do colagénio, como a síndrome de Ehlers Danlos.

É extremamente importante a condução cuidadosa do terceiro período do TP no sentido de evitar esta situação que, embora muito rara pode ser fatal para a puérpera. Por este motivo, a tração controlada do cordão umbilical foi realizada pontualmente e apenas quando estava assegurado o descolamento placentário.

Nos casos de retenção da placenta, é necessário proceder à extração manual da placenta e posteriormente revisão uterina. A dequitação manual é realizada pelos obstetras com técnica asséptica cirúrgica, sob anestesia geral ou analgesia por via epidural, de forma a minimizar o desconforto da puérpera e relaxar o colo uterino. Esta torna-se necessária quando a dequitação não se dá no período de 30 minutos após o parto, ou ocorre hemorragia significativa (Graça, 2010).

Num dos partos efetuados o dequite apresentou membranas fragmentadas e perda hemática significativa, neste caso, foi pedida colaboração da equipe médica para proceder à revisão uterina.

Após o dequite, avaliou-se a formação do globo de segurança, quantidade de sangue perdido e procedeu-se à análise criteriosa da placenta.

- Avaliou-se o tipo de dequitação, Schultz ou Duncan. A dequitação de Schultz é caracterizada pela separação da placenta se iniciar pela zona mais central, formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta, ou seja, antes da placenta ser expulsa a perda hemática é escassa. Na dequitação tipo Duncan o descolamento da placenta inicia-se pela periferia, ou seja, quando se dá a separação das membranas da parede uterina é provocada uma hemorragia, que se exterioriza antes da placenta ser visível na vulva. Esta informação é importante para podermos avaliar as perdas sanguíneas até ao dequite (Lowdermilk & Perry, 2008);

- Observou-se a placenta e membranas, ou seja, reconstitui-se a câmara âmnic, avaliou-se a integridade e existência dos dois folhetos (âmnio e córion), verificou-se a inserção da placenta, integridade dos cotilédones e avaliou-se a possível presença de anomalias;
- Observou-se o cordão umbilical, verificou-se a existência dos três vasos no cordão (duas artérias e uma veia).

Este tipo de avaliação é muito importante, pois pode *“assumir um papel crucial no esclarecimento da etiologia de um desfecho perinatal inesperado”* (Graça, 2010, p. 21), bem como por exemplo, excluir uma das causas de atonia uterina ao ser avaliada a possibilidade de retenção de fragmentos da placenta ou das membranas. O próximo exemplo citado foi vivenciado, quando durante um período expulsivo a parturiente apresentou hemorragia vaginal, suspeitou-se de um DPPNI, o parto decorreu sem outras intercorrências e aquando da observação da placenta, esta apresentava mais ou menos dez por cento de descolamento, a placenta apresentava um hematoma decidual, que justificou a hemorragia vaginal observada. Graça (2010) afirma que a separação da placenta normalmente inserida antes do nascimento do feto apresenta uma ocorrência em 1% dos partos e o sinal predominante é a hemorragia vaginal.

É essencial, após o dequite, a avaliação da integridade do canal de parto e aplicação das técnicas de reparação necessárias. A reparação da episiotomia e das lacerações do períneo foi sempre realizada por planos, primeiro plano mucosa vaginal, segundo fibras musculares e terceiro bordos cutâneos. *“A perfeita hemóstase e a reconstrução anatômica, empregando o mínimo possível de material de sutura são os pontos fundamentais para uma boa cicatrização com ausência de sequelas”* (Graça, 2010, p. 698).

Ainda dentro do mesmo critério de avaliação da unidade de competência *“diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do RN”* a OE (2010b) refere que o EEESMO deverá ser capaz de em caso de urgência executar o parto de apresentação pélvica. No entanto, nos últimos anos o parto de apresentação pélvica está *“contraindicado”*, ou como refere Campos, Silva & Costa (2011, p.91) *“a escolha da via do parto nas gestações de termo com uma apresentação pélvica em modo nádegas está envolta numa controvérsia científica”* dado o risco, dificuldade ou impossibilidade de extração da cabeça fetal, após a exteriorização do restante corpo. Desde 1959 Wright (Cit. por Graça, 2010, p.707) *“propôs que todos os fetos em apresentação pélvica fossem extraídos por cesariana, esta atitude tem sido defendida em grande número de centros com base no argumento de a mecânica do parto pélvico provocar taxa de mortalidade perinatal inaceitável.”* Costa, Costa & Ferreira (2005, Protocolos do CHSJ) referem

que as apresentações pélvicas a termo têm menor morbi-mortalidade perinatal quando resolvidas por cesariana programada pelo que “*passou a constituir boa prática médica*”. Optando-se atualmente por realizar cesariana eletiva. Os riscos fetais peri parto são sobretudo a hipoxia em caso de prolapso ou compressão do cordão umbilical e o traumatismo do parto que pode surgir por levantamento dos braços, hiperextensão da cabeça ou retenção de cabeça última.

Por tudo o que foi referido anteriormente, durante este estágio não foi executado um parto pélvico.

Após o nascimento o RN passa por adaptações imediatas à vida extrauterina, a transição da circulação fetal ou placentária para a respiração independente é a alteração fisiológica mais profunda pela qual o RN passa. “*A perda da conexão placentária significa a perda de suporte metabólico completo, especialmente o suprimento de oxigênio e a remoção de dióxido de carbono*” (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 204). Assim, assegurar a avaliação imediata do RN implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina, foi um dos principais objetivos.

O início da respiração é a alteração fisiológica mais crítica e imediata pela qual o RN passa. Os estímulos que ajudam a iniciar a primeira respiração são primariamente químicos e térmicos. Quando falamos em fatores químicos estamos a referir-nos à diminuição de oxigênio, aumento de dióxido de carbono e redução do ph no sangue. O principal estímulo térmico é o arrefecimento súbito do RN, a mudança repentina na temperatura excita impulsos sensoriais na pele que são transmitidos ao centro respiratório. Outro estímulo que pode ajudar a iniciar a respiração é o estímulo tátil (Hockenberry & Wilson, 2011).

Cerca de 6/10% dos RN necessitam de alguma forma de ajuda para a adaptação à vida extrauterina, no entanto, são relativamente poucos os RN que necessitam de reanimação ao nascer. Entre os que precisam de algum apoio a maioria requer apenas insuflação pulmonar assistida e menos de 1% chegará a necessitar de reanimação avançada (compressões torácicas e fármacos), como referem Oliveira [et al] (2012) e ERC (2010). Neste sentido, deve-se ter conhecimentos sobre como atuar de modo a poder assegurar a reanimação do RN em situação de emergência.

É muitas vezes possível prever antes do nascimento a necessidade de reanimação ou estabilização do RN. Assim, nestes casos, pediu-se a colaboração do neonatologista e os cuidados ao RN passaram a ser da sua exclusiva responsabilidade.

Segundo a ERC (2010), o suporte de vida neonatal deve ser iniciado quando o RN não tiver respiração regular e eficaz ou se apresentar frequência cardíaca

inferior a 100 batimentos/minuto. Frequentemente a permeabilização da via aérea e a insuflação pulmonar são suficientes para a estabilização. Oliveira [et al] (2012) diz que é preferível iniciar a reanimação com ar ambiente ( $FiO_2$  21%) do que com a  $FiO_2$  a 100%.

O RN exige observação habilidosa e completa para ter um ajuste satisfatório à vida extrauterina, como já foi sendo referido. Hockenberry & Wilson (2011, p.207) expõe que a avaliação física após o parto pode ser dividida em quatro fases: “1. A avaliação inicial, que inclui o índice de Apgar; 2. Avaliação transicional durante os períodos de reatividade; 3. Avaliação da idade gestacional; 4. Exame físico sistemático.” Estes autores acrescentam ainda que “o conhecimento dos achados normais esperados durante cada processo de avaliação ajuda as enfermeiras a reconhecer qualquer desvio que possa impedir que o recém-nascido evolua tranquilamente pelo período pós-natal precoce” (Hockenberry & Wilson 2011, p.207). É assim essencial que se seja competente a identificar alterações morfológicas e funcionais, referenciando as que estão para além da área de atuação, e posteriormente cooperar com os outros profissionais no tratamento do RN com alterações.

Os cuidados de rotina prestados ao RN no pós-parto imediato são da responsabilidade de um enfermeiro ou neonatologista, em alguns dos partos normais assistidos, foi possível a realização destes mesmos cuidados.

Quando recebemos e nos responsabilizamos pelos cuidados ao RN centramos a nossa atenção na melhor adaptação do RN à vida extrauterina. O risco de hipotermia no RN é elevado, ou seja, a prevenção da mesma foi essencial. Assim aqueceu-se antecipadamente a roupa do RN e lençóis para o limpar/envolver e organizou-se a roupa por ordem de utilização.

Após o nascimento, os cuidados iniciaram-se com o acionamento do relógio apropriado da sala de partos, para posterior avaliação do índice de Apgar ao primeiro e quinto minuto. Seguiu-se a colocação do RN sob fonte de calor para reduzir a perda de calor e a secagem do RN, já que a maior perda de calor resulta da evaporação do LA da pele. Nos casos em que o RN apresentava dificuldade respiratória foi otimizada a respiração, realizando-se a aspiração de secreções. Posteriormente foi colocado o gorro e vestida a roupa interior deixando exposta a coxa do RN para se poder efetuar a administração da vitamina K, 1mg intramuscular no RN com mais de 1000g, 0,5mg no RN com menos de 1000g (Campos, Montenegro & Rodrigues, 2008). A administração da vitamina K logo após o parto é efetuada para evitar a doença hemorrágica do RN. Normalmente, a vitamina K é sintetizada pela flora intestinal, mas como o intestino do RN é estéril

ao nascimento e o leite materno contém níveis baixos de vitamina K, o suprimento é inadequado nos três/quatro dias de vida do RN (Hockenberry & Wilson, 2011).

Seguidamente vestiu-se o RN, no final foi envolvido num cobertor/manta e foi aplicada a pomada oftálmica de cloridrato, *“tratamento profilático dos olhos contra a oftalmia do neonato”* (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 228).

Nos RN que apresentavam peso inferior a dois quilos e quinhentos gramas e superior a quatro quilos foi realizada pesquisa de glicemia capilar, conforme protocolo, dado o risco elevado de hipoglicemia. Segundo Cloherty, Eichenwald & Stark (2011) a hipoglicemia é um dos distúrbios metabólicos mais comuns no RN e estimou-se que ocorra em cerca de 16% dos RN macrossômicos para a idade gestacional e em 15% dos RN de baixo peso para a idade gestacional.

No final da realização destes cuidados e logo que a puérpera estivesse disponível o RN foi colocado à mama e monitorizada a capacidade de amamentação, avaliada pela pega e reflexos de sucção/deglutição.

Tornar-se mãe ou pai origina um período de mudança e instabilidade que termina quando a mãe e pai desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos seus papéis. Promover o processo através do qual os pais iniciam a construção de uma relação emocional com o RN é decisivo. É boa prática nos momentos que sucedem ao parto, estimular o vínculo precoce colocando o RN no abdómen da parturiente, atividade que se teve em consideração e se realizou sempre que possível durante o estágio. Vários estudos têm tentado sustentar os benefícios a longo prazo do fornecimento aos pais de oportunidade para se vincularem de maneira ótima ao seu RN, no período pós-parto inicial (Hockenberry & Wilson 2011).

O momento do aleitamento materno é a ocasião mais adequada para promover a vinculação puérpera/RN. Hockenberry & Wilson (2011, p.241) afirma *“que o maior contato dos pais com o recém-nascido encoraja a amamentação prolongada e de que isto pode minimizar os riscos de distúrbios na relação parental.”*

O conhecimento dos inúmeros benefícios do aleitamento materno, para a mãe, criança e família tornou a promoção e o apoio ao aleitamento materno, numa responsabilidade.

Segundo Carvalho (Cit. por Pereira, 2006, p. 49) para o *“sucesso da amamentação é muito importante, que a mãe receba informação compreensível acerca da importância do aleitamento materno, relativamente aos aspectos biológicos, imunológicos e fisiológicos da amamentação.”* Todavia, o sucesso da promoção do aleitamento depende não só da aquisição de conhecimentos e prática sobre a amamentação, mas também das atitudes dos profissionais de saúde, como

refere Pechevis (Cit. por Pereira, 2006, p. 64). Consideramos, assim, importante que as orientações proporcionadas não fossem diferentes, nem contraditórias, pois aumenta a ansiedade e angústia das puérperas.

Parafraseando, Pereira (2006, p. 135), o aleitamento materno é considerado “*um passaporte para a vida*” tornando-se todos os esforços condição indispensável para a sua efetiva prática.

Durante o estágio profissionalizante, o trabalho desenvolvido não passou só por lidar com a alegria de um nascimento, mas também lidar com a tristeza e o luto de um abortamento. Uma vez que cada mulher é diferente, os sintomas podem variar, procedeu-se assim à avaliação relativamente às reações de luto implementando medidas de suporte emocional e psicológico, nomeadamente facilitar este processo através da escuta ativa, de apoio e cuidados livres de juízos de valor, tendo-se em consideração a cultura da mulher. Estas intervenções têm como finalidade potenciar a saúde da mulher durante o trabalho de abortamento.

Por trabalho de abortamento entende-se: “*processo de término da gravidez, induzido ou espontâneo, antes de atingir um tempo de gestação que permita teoricamente a viabilidade fetal.*” (Graça, 2010, p.388), não havendo consenso na definição desse tempo mínimo. A interrupção médica da gravidez de causa fetal pode ocorrer até às 32 semanas de gestação, nestes casos, o traumatismo é intenso. Precisamos de estar psicologicamente preparados, para saber lidar com estas situações, pois temos que saber gerir as emoções da mulher e conviver significativamente, bem como as próprias emoções. Esta situação ocorreu no decorrer do estágio, aquando da realização de um parto em que tinha sido previamente realizado um feticídio por síndrome polimalformativa, a angústia e tristeza dominaram as emoções levando a alguma forma de descontrolo emocional que poderia ter interferido com o modo de interagir com os outros, no entanto, encontrou-se como único escape o controle através da respiração. Esta condição foi sem dúvida marcante, pois não foi fácil encontrar palavras para reconfortar o casal e até mesmo atitudes para agir.

No TP, providenciaram-se cuidados específicos à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez. Os cuidados foram holísticos e particularizados a cada parturiente, tendo como base os protocolos já definidos pelo CHSJ.

A patologia mais presenciada e acompanhada durante o estágio no bloco de partos foi a Diabetes *mellitus* (DM). Esta é uma doença causada pela deficiente produção de insulina pelo pâncreas e complica em três a nove por cento das gestações (Graça, 2010), são identificáveis duas formas de DM, a prévia ou a gestacional. A DM prévia, como o próprio nome indica foi diagnosticada

previamente à gravidez e a diabetes gestacional é definida “*como uma intolerância aos hidratos de carbono que se manifesta, ou é pela primeira vez reconhecida, durante a gravidez*” (Graça, 2010, p. 562). A gravidez complicada pela DM é considerada uma situação de alto risco obstétrico.

No momento de admissão ao bloco de partos da grávida diabética iniciou-se perfusão de soro polielectrolítico glicosado a 125ml/h, de acordo com o protocolo do serviço. A atuação subsequente passou por controlar a glicemia capilar de duas em duas horas, no caso da grávida diabética insulino tratada e colocou-se em perfusão 50U de insulina, de ação curta, em 50cc de soro fisiológico a um débito variável de acordo com a glicemia capilar. Para além do controle das glicemias capilares foi importante a vigilância da tensão arterial dado o risco de pré-eclampsia/eclampsia estar aumentado. Na grávida diabética controlada com dieta e/ou antidiabéticos orais realizou-se pesquisa de glicemia capilar de quatro em quatro horas com correção de acordo com o algoritmo.

As grávidas com diabetes prévia estão sujeitas a complicações, bem como o feto/RN que obrigam a vigilância apertada. No RN a alteração metabólica mais frequente é a hipoglicemia, como refere Graça (2010), por este motivo realizou-se o controle glicémico do RN, após o parto. Graça (2010) refere ainda que, o RN de mãe diabética tem tendência a desenvolver uma síndrome de dificuldade respiratória (SDR) para qualquer idade gestacional e até às trinta e oito semana e meia. Assim, no sentido de despistar a SDR, durante o estágio, o cuidado ao RN baseou-se na observação das principais manifestações clínicas: taquipneia, dispneia, gemido expiratório audível, adejo nasal, cianose ou palidez (Hockenberry & Wilson, 2011).

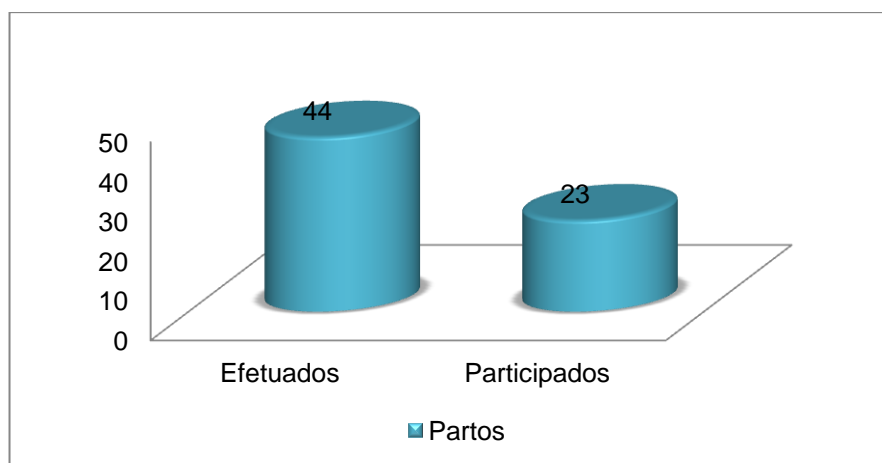
Nesta e noutras situações em que a mulher apresenta patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, deve-se ser capaz de identificar os limites da área de atuação e cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.

O último critério de avaliação da unidade de competência providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou o trabalho de parto é o de assumir a decisão de transferir, assegurar a transferência e cuidar/providenciar para que seja garantido o bem-estar da parturiente/puérpera durante o transporte. No entanto, tal como já foi referido no capítulo anterior na unidade hospitalar em que foi desenvolvido o estágio, não cabe à equipa de enfermagem assumir a decisão de transferir a mulher grávida, mas sim ao médico. No caso de transferência a enfermeira irá acompanhar a mulher grávida até ao novo serviço/hospital, de maneira a assegurar o seu bem-estar.

#### 4.1.1 Dados

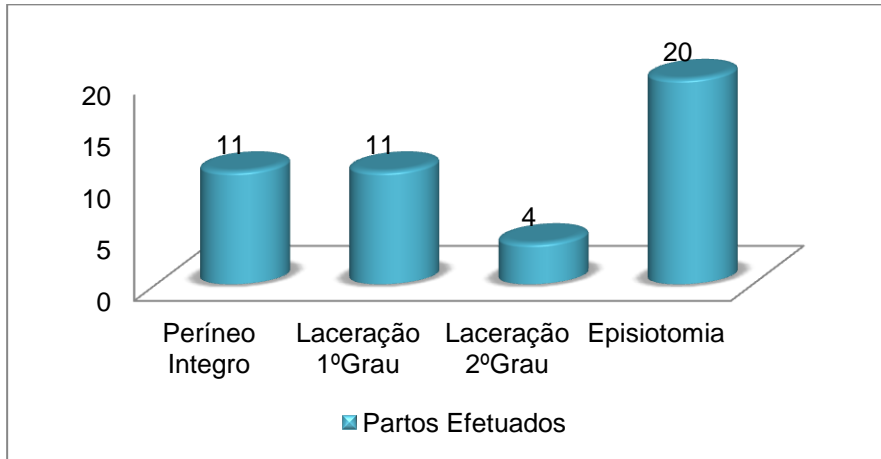
Durante o estágio profissionalizante, realizado no Bloco de Partos do CHSJ, no período de 19 de Março de 2012 a 27 de Julho de 2012, surgiu a oportunidade de acompanhar 105 parturientes, das quais foram efetuados 44 partos (Anexo I) e participados 23 partos distócicos por ventosa (Gráfico 2). Considera-se assim que se atingiram os critérios propostos no Regulamento n.º 127/2011 do Diário da República, 2.ª série – N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, que surgiu com o objetivo de cumprir as diretivas condicionantes à obtenção do título de enfermeiro especialista.

Gráfico 2: Número de Partos Efetuados e Participados



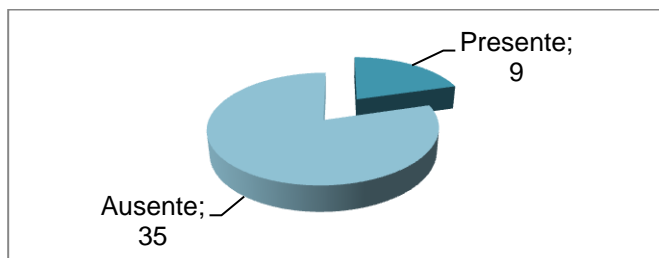
Dos 44 partos realizados foram efetuadas 20 episiotomias (simultaneamente em duas episiotomias ocorreu um caso de laceração de 1º grau e um de 2º grau) e respetiva episiorrafia, para a realização das episiotomias teve-se em consideração os seguintes fatores: rigidez perineal, iminência de laceração, sofrimento fetal (um caso), e macrosomia fetal (um caso). Para além das duas lacerações que surgiram concomitantemente com a episiotomia, ocorreram também, 10 lacerações de 1º grau e 3 de 2º grau (Gráfico 3).

Gráfico 3: Partos Efetuados



Das técnicas aplicadas e adequadas à execução do parto, destaca-se a importância da pesquisa de circulares do cordão na região cervical após a exteriorização da cabeça, pois, em 20% dos partos efetuados o feto apresentava circular cervical, sendo que, sete dos nove necessitaram de laqueação prévia por circular apertada, dupla, tripla e quádrupla.

Gráfico 4: Número de Circulares Cervicais dos Partos Efetuados



Refletindo-se sobre o percurso do estágio profissionalizante no Bloco de Partos do CHSJ considera-se que a atuação foi praticada de forma a atingir os conhecimentos e competências recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros e Diretiva Europeia.

Procurou-se aproveitar e rentabilizar todas as oportunidades de aprendizagem, bem como a mestria das orientadoras de estágio com quem muito se aprendeu. Perspetiva-se um dia atingir tal perícia.

## **5. CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL: COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

A atenção à puérpera e ao RN no pós-parto imediato até ao momento da alta é fundamental para a saúde materna e neonatal. O período pós-natal ou puerpério pode ser definido *“como um estado de alteração emocional provisório, em que existe maior vulnerabilidade psíquica, associada a uma readaptação física, emocional, familiar e sócio-económica e representando a transição para a parentalidade”* (Graça, 2010, p.165).

Este período compreende o intervalo entre o nascimento e o retorno dos órgãos reprodutores da mulher ao seu estado normal não grávido, como refere Lowdermilk & Perry (2008, p. 478) *“período após o terceiro estágio de trabalho de parto que dura enquanto decorre a involução uterina, geralmente cerca de 3 a 6 semanas”* este tempo varia de mulher para mulher.

Uma das principais preocupações do EEESMO neste período é o acompanhamento minucioso da puérpera e RN para o despiste precoce de complicações e *“o estabelecimento da autonomia das puérperas, através do desenvolvimento do auto-cuidado, não só como responsável pelo recém-nascido, mas também com o objectivo de que não se descurem a si próprias e à satisfação das suas necessidades”* (Graça, 2010, p.165).

## **5.1 Análise, Reflexão e Fundamentos Teóricos das Atividades Que Suportam As Competências Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Materna E Obstétrica Durante O Período Pós-Natal**

*“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.” (OE, 2010b, p. 6)*

No domínio de competência cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal pretende-se que o EEESMO seja capaz de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Para desenvolver estas competências foi proposto um estágio profissionalizante no CHSJ, no serviço de Puerpério, que decorreu de 5 de Dezembro de 2011 a 17 de Março de 2012, num total de 300 horas. Neste contexto, pretendeu-se desenvolver e demonstrar competências nos domínios da prática profissional especializada no âmbito da prestação e gestão de cuidados de acordo com as diretivas condicionantes à obtenção do título de enfermeiro especialista. Assim, de acordo com a diretiva supracitada realizou-se a: *“vigilância e cuidados, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais; Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes”*

Tal como aconteceu nos dois primeiros locais de estágio, a primeira semana de estágio foi dedicada a conhecer a dinâmica dos cuidados de enfermagem na assistência à mulher/família no serviço de puerpério do CHSJ. Assim, realizou-se uma visita guiada pelo serviço, observando-se em pormenor todos os espaços físicos e questionando sempre que surgia algum tipo de dúvida. Conhecer o espaço físico é essencial, no entanto, compreender/reconhecer a dinâmica de trabalho do serviço é indispensável para o bom desenvolvimento do estágio e integração na equipa multidisciplinar. Para tal recolheu-se informação junto das orientadoras de estágio bem como da equipa de enfermagem sobre o funcionamento do serviço, o

método de trabalho utilizado, a articulação com outras unidades de saúde, foram consultados os protocolos existentes e identificados os sistemas de informação e registros.

A promoção da saúde surge uma vez mais, como ação central dos cuidados de enfermagem no período pós-natal ou puerpério.

Após o nascimento até ao 28º dia de vida o RN tem de realizar muitas adaptações fisiológicas e comportamentais à vida extrauterina, e o EEESMO tem competências para intervir junto da puérpera e RN nestas quatro primeiras semanas pós-parto, e a responsabilidade de transmitir à puérpera informações sobre o RN.

Após duas horas de vigilância no bloco de parto, puérpera e RN são transferidos para o serviço de puerpério. Esta passagem para o serviço de puerpério confronta a puérpera com uma mudança de ambiente e de profissionais. No sentido de facilitar a sua integração no serviço, um acolhimento afável pode ditar experiências futuras.

Após acolhermos a puérpera e o RN no serviço de puerpério e nos termos apresentado, colocamos em prática as normas de segurança e boas práticas protocoladas na instituição. Nomeadamente, confirmação da identidade da puérpera, confirmação do sexo do RN, existência de pulseira de identificação e colocação de pulseira eletrónica. Verificou-se a clampagem do coto umbilical, no sentido de identificar precocemente o risco de hemorragia que é maior nas primeiras horas de vida (Lowdermilk & Perry, 2008). Consultou-se o processo clínico, de forma a recolher os dados mais pertinentes para a personalização dos cuidados. Promoveu-se a integração no serviço, fornecendo informações sobre as práticas e disponibilizando a informação solicitada. E realizou-se a primeira avaliação de sinais vitais, perdas sanguíneas, contração do útero, avaliação da ferida cirúrgica, conceitos que vão ser abordados posteriormente no relatório.

No primeiro dia pós-parto, em consequência da fadiga ou excitação, as puérperas podem não ser capazes de absorver grandes quantidades de informação. *“Pode ser necessário passar este período destacando aspectos essenciais do cuidado, como segurança e amamentação. (...) O ensino antes da alta deve focalizar os padrões de amamentação, monitorização de urina e fezes nas fraldas, icterícia e choro”* (Hockenberry & Wilson, 2011, p. 243).

Para promover a saúde da puérpera e do RN no período pós-natal é importante que o *“enfermeiro compreenda as necessidades da mulher e da sua família bem como da organização dos recursos da comunidade disponíveis para satisfazer essas necessidades”* (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 517), tornando-se

assim crucial que tenha conhecimento dos recursos disponíveis na comunidade para poder informar e orientar a puérpera.

No sentido da promoção da saúde da puérpera e do RN teve-se em conta uma série de aspetos, nomeadamente foi indispensável orientar e apoiar a puérpera a cuidar do seu filho, informar e orientar sobre o crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme do RN e planear intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Os ensinamentos sobre os cuidados ao RN incluíram informação sobre higiene, cuidados ao coto umbilical e sinais de infeção, cuidados às unhas, cuidados à pele; vestuário, cólicas, adesão e resposta à vacinação, prevenção de acidentes, padrão de sono e amamentação.

Dentro destes ensinamentos, foi ainda relevante comunicar à puérpera quais os sinais e sintomas de alarme a que deve estar atenta: gemido persistente; choro persistente e inconsolável; apneia acompanhada com cianose; dificuldade respiratória (ex. respiração ruidosa, pieira, adejo nasal); febre; hipotermia; alterações da cor da pele; dificuldade em mamar, sucção débil, vômito; hipotonia acentuada, sonolência persistente; cheiro fétido ou rubor peri-umbilical; diarreia, ou ausência de dejeções durante um período superior a três dias; convulsão (Lowdermilk & Perry, 2008), a puérpera no caso de identificar algum destes sintomas deve deslocar-se a uma unidade de saúde.

Uma alimentação adequada do RN promove um ótimo crescimento e desenvolvimento. Desempenha-se um papel basilar na educação/ajuda à puérpera na seleção do método de alimentação do RN, que preferencialmente será a amamentação. As primeiras, uma ou duas horas após o parto são um período excelente para encorajar a mãe a amamentar. O RN está em estado de alerta e pronto para mamar (Lowdermilk & Perry, 2008).

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para todos os RN, contém todos os nutrientes que precisa para crescer e atende às necessidades individuais de cada um, *“varia não apenas entre mães, como na mesma mãe entre mamas, em mamadas diferentes e até no decurso da mesma mamada”* (Galvão, 2006, p. 37).

No sentido de promover e apoiar o aleitamento materno, providenciou-se material de leitura sobre a amamentação, incentivou-se a amamentação em horário livre, ensinou-se sobre amamentação, frequência e duração, ensinou-se a puérpera sobre sinais de fome e saciedade do RN, vantagens da amamentação, vinculação, técnica de amamentação e adaptação à mama.

Uma das principais preocupações da puérpera é se o leite está a alimentar o RN, do seu ponto de vista esta situação avalia-se exclusivamente pelo peso

corporal do RN. No entanto, coube-nos informar que em geral, o RN perde cerca de 10% do peso com que nasce por volta do terceiro ou quarto dia de idade e que geralmente é readquirido no décimo ou décimo quarto dia de vida. Posteriormente tendem a ganhar 150 a 210 gramas por semana até aproximadamente os cinco a seis meses de vida (Hockenberry & Wilson, 2011). Mas foi também informada que é necessário ter em consideração o número de dejeções e micções.

Segundo um estudo realizado por Pereira (2006) a correção da pega na primeira mamada aumenta o sucesso do aleitamento materno, por este motivo foi importante estar vigilante e promover medidas corretivas ao processo de aleitamento materno. Para Santos (2012), o abandono precoce da amamentação está relacionado com a insegurança da puérpera e os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental e insubstituível no sentido de aumentar a incidência e a duração do aleitamento materno. É também importante que as orientações proporcionadas não sejam diferentes, nem contraditórias, pois isso iria aumentar a ansiedade e angústia das mães.

No entanto, não se teve só o papel de ensinar a puérpera a cuidar do RN, é competência o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações do RN, por isso, durante o internamento interveio-se junto do RN de forma a diagnosticar e monitorizar o seu estado de saúde, neste sentido vigiou-se:

- Reflexos de sucção e deglutição no sentido de despistar alterações a nível do sistema neurológico (Hockenberry & Wilson, 2011);
- Eliminação urinária e intestinal: os RN devem urinar nas primeiras vinte e quatro horas de vida, seis a dez micções diárias, com uma coloração cítrica. A eliminação de mecónio deve ocorrer nas primeiras vinte e quatro a quarenta e oito horas de vida. O padrão de eliminação do RN deve ser monitorizado, pois são indicadores do estado de saúde do RN (Lowdermilk & Perry, 2008);
- Pele. A pele de todos os RN deve ser examinada à procura de: palidez (indicativo de má perfusão periférica), cianose (indicativo de baixos níveis de saturação de oxigénio), icterícia (Fraser & Cooper, 2012);
- Coto umbilical. Se apresentar rubor, secreções e cheiro fétido é sinal de infeção (Lowdermilk & Perry, 2008);
- Nas primeiras 24 horas vigiou-se a presença de edema palpebral e secreção estéril não purulenta, características de conjuntivites química provocada pela profilaxia oftalmológica (Hockenberry & Wilson, 2011).

Se for descoberta alguma mudança no estado de saúde do RN, o EEESMO intervém de modo a tentar resolver a situação, no caso do problema de saúde estar para além da sua área de atuação, referencia a outros profissionais de saúde e coopera com eles no tratamento do RN.

Nos casos em que foram detetadas alterações na pele do RN, nomeadamente icterícia, e após referenciação ao neonatologista de serviço, procedeu-se à avaliação dos níveis séricos de bilirrubina não conjugada. O método de avaliação mais utilizado no serviço era efetuado pela colheita de sangue, no entanto, também tínhamos disponível a monitorização não invasiva avaliada pela bilirrubina transcutânea (BTc).

A conduta terapêutica no tratamento da hiperbilirrubinemia consiste no uso de fototerapia, ou seja, exposição da pele do RN a luz fluorescente. A luz promove a excreção da bilirrubina através da fotoisomerização, alterando a sua estrutura para uma forma solúvel que facilita a sua excreção (Hockenberry & Wilson, 2011).

No RN com necessidade de fototerapia, os ensinamentos e explicação de todo o procedimento à puérpera foram cruciais. Assim, informou-se a puérpera da necessidade do RN ser posicionado despido e reposicionado frequentemente de maneira a expor todas as áreas de superfície corporal à luz (Hockenberry & Wilson, 2011). Informou-se da importância da proteção dos olhos e da não utilização de cremes ou loções com óleo para evitar o efeito de bronzeamento.

As puérperas dos RN sob fototerapia devem estar cientes, que os RN podem exigir volume de líquidos adicionais para compensar a perda de líquidos. Uma vez que a fototerapia aumenta a excreção de bilirrubina não conjugada pelo intestino, a frequência das dejeções pode aumentar e causar irritação perianal, portanto é primário que a puérpera tenha cuidado redobrado em manter a pele seca e limpa (Hockenberry & Wilson, 2011).

A triagem auditiva foi uma das atividades mais desenvolvidas durante o estágio profissionalizante, esta foi efetuada em todos os RN no dia que antecedia a alta. Segundo Hockenberry & Wilson (2011) um a seis RN em 1000 pode ter perda significativa da audição, se detetados tardiamente provocam atrasos subsequentes na fala e linguagem, mas se detetados precocemente podem ser tratados.

Nos RN que ao terceiro de vida, ainda permaneciam no internamento, foi efetuado o diagnóstico precoce. Este teste é efetuado no sentido de diagnosticar precocemente doenças graves que clinicamente são muito difíceis de diagnosticar nas primeiras semanas de vida, e que mais tarde podem provocar alterações neurológicas graves, alterações hepáticas, entre outras. Contudo, esta análise permite o diagnóstico mesmo antes do aparecimento dos sinais clínicos. A puérpera/companheiro foram informados desta situação e foi-lhes comunicado que só seriam contactados se as análises não fossem normais e existisse necessidade de outra confirmação laboratorial. Foi-lhes fornecido o número de código anexo à

ficha e avisados que poderão conhecer os resultados normais através da internet<sup>2</sup>, quatro semanas após a colheita.

Para além do RN, também foi alvo dos nossos cuidados a puérpera.

No período pós-parto a puérpera entra numa etapa de recuperação física e psicológica, foi necessário monitorizar o estado de saúde da puérpera no sentido de diagnosticar precocemente e prevenir complicações no pós-parto.

Para monitorizar o estado de saúde da puérpera e despistar possíveis complicações vigiou-se:

- A contração uterina ou globo de segurança de Pinard. O útero deve manter a sua porção corporal firmemente contraída, elemento primordial da hemóstase, útero não contraído pode ser sinal de risco de hemorragia (Montenegro & Rezende Filho, 2011);
- A involução uterina: a incapacidade do útero para retornar à sua forma não gravídica é sinal de retenção de fragmentos placentários e infeção. Assim, teve-se em consideração que no pós-parto imediato o útero encontra-se na linha média, ao fim de 12 horas deve estar um centímetro acima do umbigo, nas 24 horas após o parto tem aproximadamente o mesmo tamanho que tinha às 20 semanas e não deverá ser palpável depois do nono dia pós-parto (Lowdermilk & Perry, 2008);
- Os lóquios. A vigilância dos lóquios é um valioso elemento para controlar também a involução uterina. Inicialmente os lóquios são de cor vermelho vivo chamados de lóquios hemáticos, ao fim de três a quatro dias apresentam cor rosada ou acastanhada aos quais designamos de lóquios sero-hemáticos, ao fim de dez dias após o nascimento o fluxo torna-se amarelado quase branco (lóquios serosos) (Lowdermilk & Perry, 2008). Alertou-se também a puérpera para que se ao fim de três ou quatro semanas ainda apresentar fluxo de lóquios sero-hemáticos ou serosos e um odor desagradável pode ser sinal de infeção;
- A ferida cirúrgica ou laceração para detetar precocemente sinais de infeção ou perturbação do processo de cicatrização;
- A eliminação urinária e intestinal, no sentido de detetar precocemente alterações ao padrão de eliminação, pois o período pós parto caracteriza-se pelo edema dos órgãos perivesicais e hipotonia dos músculos lisos, que potencia o risco de retenção urinária, infeção urinária e obstipação (Montenegro & Rezende Filho, 2011);
- Vigiou-se as mamas, no sentido de despistar precocemente problemas comuns da puérpera que amamenta, por exemplo, ingurgitamento mamário, bloqueio dos ductos, mastite, fissuras.

---

<sup>2</sup> [www.diagnosticoprecoce.org](http://www.diagnosticoprecoce.org)

Após a avaliação sistemática da puérpera, no caso de se detetar alguma alteração/complicação no pós-parto referenciaram-se as situações que estão para além da nossa área de atuação e cooperou-se com os outros profissionais no tratamento da puérpera.

Um tema de controvérsia que surge associado à recuperação física da puérpera é a utilização de cinta durante o puerpério, após pesquisa sobre o assunto não se encontra evidência científica direta sobre a involução uterina e o uso da cinta. No entanto, segundo a OE (2009) a evidência científica referente à fisiologia do mecanismo contrátil é clara e objetiva, permitindo afirmar que o uso de cinta no puerpério não é adjuvante da involução uterina e no que diz respeito à recuperação fisiológica da musculatura da região pélvico-abdominal, poderá não ser facilitadora pois, pode contribuir para a redução da dimensão das fibras musculares o que favorece a flacidez.

Nas situações em que a puérpera apresentou patologia associada e/ou concomitante, interveio-se de acordo com os protocolos existentes no serviço, distingue-se a pré-eclampsia e a DM, visto que foram as duas patologias mais presenciais durante o estágio profissionalizante. A puérpera com pré-eclampsia foi submetida a um controlo apertado nas primeiras quarenta e oito horas pós-parto devido ao risco aumentado de desenvolver complicações, por como por exemplo edema agudo do pulmão, encefalopatia hipertensiva e eclâmpsia, segundo Campos, Montenegro & Rodrigues (2008), em 45% dos casos a eclampsia ocorre intra-parto ou nas primeiras vinte e quatro horas após o parto e em 15% ocorre entre as quarenta e oito horas e as quatro semanas após o parto. Assim, vigiaram-se as alterações na tensão arterial e os outros sintomas mais comuns. Detetou-se um caso de desvio à normalidade tendo-se comunicado à equipa médica de urgência, esta, deu indicação para se proceder à colheita de sangue para análise e administração de medicação, nomeadamente a nifedipina, não se tendo verificado posteriormente nenhuma complicação.

Na puérpera com DM insulinotratada a intervenção passou pela realização da pesquisa de glicemia antes das três principais refeições e correção de acordo com o algoritmo. Para além do controle das glicemias capilares vigiou-se a tensão arterial dado o risco de pré-eclampsia/eclampsia estar aumentado, como já foi referido anteriormente. Na puérpera com DM controlada com dieta e/ou antidiabéticos orais realizou-se três determinações de glicemia capilar e no caso se serem inferior a cento e vinte miligramas/decilitro suspenderam-se as pesquisas.

O período pós-parto predispõe a puérpera para um estado de maior vulnerabilidade (Graça, 2010) e uma das principais preocupações é o estabelecimento da autonomia da puérpera, no seu autocuidado, é por isso

necessário intervir na promoção e apoiar a adaptação pós-parto, para que as puérperas não se desleixem de si próprias.

Assim sendo, interveio-se junto da puérpera de forma a potenciar a sua saúde e recuperação pós-parto, para tal foi necessário informar, orientar e apoiar a puérpera no autocuidado, tornando-se crucial ensinar sobre a importância da primeira micção, sobre involução uterina e a autoavaliação da involução uterina, lóquios, cicatrização da ferida cirúrgica ou laceração perineal.

Estimulou-se a puérpera a exercitar com frequência os membros inferiores para reduzir o edema e a deambular seis horas após o parto vaginal, pois evita o risco de tromboembolismo. Aquando do 1º levante a puérpera foi assistida, no sentido de prevenir a hipotensão ortostática e quedas. Avisou-se a puérpera que além dos cuidados de higiene diários, deve lavar a zona perineal após cada dejeção, com água e sabão neutro. O penso higiénico deve ser mudado frequentemente para manter a zona perineal o mais seca possível.

Nos cuidados às mamas o sabão deve ser evitado pois pode tornar os mamilos mais secos, o creme de lanolina é benéfico na cicatrização das fissuras dos mamilos (Lowdermilk & Perry, 2008).

No que diz respeito à alimentação convém manter uma alimentação cuidada e diversificada. Comer várias vezes ao dia e pouco de cada vez. Comer fruta, legumes, alimentos ricos em fibras para restabelecer o trânsito intestinal e beber 1,5 l de água por dia. Ingerir leite ou produtos lácteos diariamente e evitar as gorduras, os açúcares, as bebidas gaseificadas, as bebidas alcoólicas, o café e o chá, podendo este ser substituído por infusões de plantas ou frutos.

Alertou-se a puérpera que o exercício físico deverá ser iniciado com moderação, em caso de parto eutócico iniciar quatro semanas após o parto, em caso de cesariana deve iniciar seis semanas após o parto.

Ainda no sentido de promover e apoiar a adaptação e recuperação pós-parto, informou-se e orientou-se a puérpera sobre a sexualidade e contraceção no período pós-parto, orientou-se antecipadamente para a consulta de revisão do puerpério; informou-se sobre a atividade sexual no pós-parto; sobre o retorno da ovulação/menstruação e influência da amamentação e sobre os métodos contraceptivos disponíveis no pós-parto.

Informou-se que o reinício da atividade sexual no pós-parto não tem um *timing* certo. Muitos casais retomam a atividade sexual antes da consulta de revisão de puerpério, no entanto *“a sua prática precoce pode ser dolorosa, se não tiver ocorrido a devida cicatrização da episiorrafia e das lacerações perineais”* (Graça, 2010, p. 381). Como refere, Lowdermilk & Perry (2008) o risco de hemorragia e/ou infeção é mínimo a partir da 2ª semana pós-parto. Outro fator que pode influenciar

a atividade sexual é a amamentação, pois diminui a produção de estrogénios, que poderá causar sensação de secura e atrofia vaginal, como refere Graça (2010).

Um estudo realizado no Reino Unido em 1997, citado por Graça (2010), refere que as mulheres retomam normalmente as relações sexuais à oitava semana do pós-parto.

No que diz respeito à contraceção, esta constitui uma das áreas de maior sucesso, particularmente no puerpério, *“é de senso comum programar um método eficaz de contraceção, pois existe um conjunto de mecanismos de readaptação dos órgãos e sistemas ao estado de não gravidez”* (Graça, 2010, p.381). Por este motivo, orientou-se a puérpera antecipadamente para a consulta de revisão de puerpério, onde será escolhido o método contraceptivo mais adequado a cada puérpera. No entanto, na preparação para a alta alguns ensinamentos são essenciais, nomeadamente o uso de preservativo até a primeira consulta pós-parto, pois *“esperar para discutir a contraceção na consulta de avaliação das 6 semanas pode ser demasiado tarde”* (Lowdermilk & Perry, 2008, p. 514).

É também importante o EEESMO avisar sobre a retoma da atividade dos ovários, e conseqüente ovulação, e que este aspeto pode ser influenciado pela amamentação. Assim, nas mulheres que amamentam, informou-se que o intervalo de tempo para retomar a ovulação varia de 3 a 6 meses, não ocorrendo antes das 6 semanas. Nas mulheres que não amamentam o tempo médio para retomar a ovulação é de 45 dias, sem evidência de ovulação antes do 25º dia de puerpério (Campos, Montenegro & Rodrigues, 2008).

Nada do que foi referido anteriormente tem sucesso se o EEESMO não promover a saúde mental da vivência do puerpério e potenciar uma parentalidade responsável.

A adaptação à parentalidade pode caracterizar-se pelo surgimento de sentimentos de insegurança, dificuldade, incapacidade, tensão emocional e ansiedade (Soares, 2008), que podem comprometer uma vivência saudável do puerpério.

Ao EEESMO é exigido que tenha conhecimentos das alterações ditas “normais” pertinentes ao estado mental de uma puérpera, para serem capazes de saber quando a saúde da mulher está em risco (Baston & Hall, 2010).

Poucos dias após o parto pode surgir o *post-partum blues* que se define como um estado emocional transitório agudo e benigno, a que se aplica um estado disfórico transitório sem sentido patológico. Traduz-se clinicamente pelo choro, sintoma mais frequente, humor depressivo, exaltação do humor que se manifesta por uma certa euforia e surtos de riso sem motivo, confusão, despersonalização e perturbações do sono (Bayle e Martinet, 2008).

A evolução do *post-partum blues* costuma ser favorável dentro de poucas horas ou poucos dias e não necessita de qualquer tratamento em particular (Bayle e Martinet, 2008). Mas a puérpera deve ser alvo de uma atenção e cuidados especiais no sentido de despistar uma possível depressão pós-parto.

A perturbação do estado mental da puérpera pode interferir com a vinculação ao RN e ameaçar a sua segurança, o elemento essencial é a observação da interação puérpera RN.

Quando o RN apresenta alterações morfológicas e/ou funcionais, o EEESMO, têm a tarefa de apoiar e fornecer suporte emocional e psicológico à puérpera e conviventes significativos.

Durante a gravidez a mulher constrói uma imagem mental do RN, *“coexistindo três gravidezes: o feto que se desenvolve no ventre; a organização psicológica da maternidade na sua psique e o bebé imaginário na sua mente”* (Stern & Stern Cit. por Bayle & Martinet, 2008, p. 97). O confronto do filho imaginado com o real pode levar a sentimentos de desapego, em que a puérpera e conviventes significativos têm de fazer o luto. No momento da comunicação de uma alteração morfológica e/ou funcional a puérpera vai *“sofrer um traumatismo, um choque. O anúncio é uma crise, é uma experiência penosa e estigmatizante”* (Bayle & Martinet, 2008, p. 97).

O acompanhamento, pelo EEESMO, é importante para a puérpera e convivente significativo para que possam expor o traumatismo, e dá-lhes a oportunidade de *“investirem a criança, de se identificarem com ela e de projectarem o futuro familiar com ela”* (Bayle & Martinet, 2008, p. 110). O EEESMO tem assim o papel de criar as condições necessárias para que a adaptação seja mais fácil.

O EEESMO tem que estar atento para poder diagnosticar e monitorizar alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

Para terminar, e tal como já foi referido nos dois capítulos anteriores, a unidade de competência assumir a decisão de transferir, assegurar a transferência e cuidar da puérpera e do RN descrita no regulamento da OE (2010b), não foi desenvolvida neste estágio por questões de organização institucional.

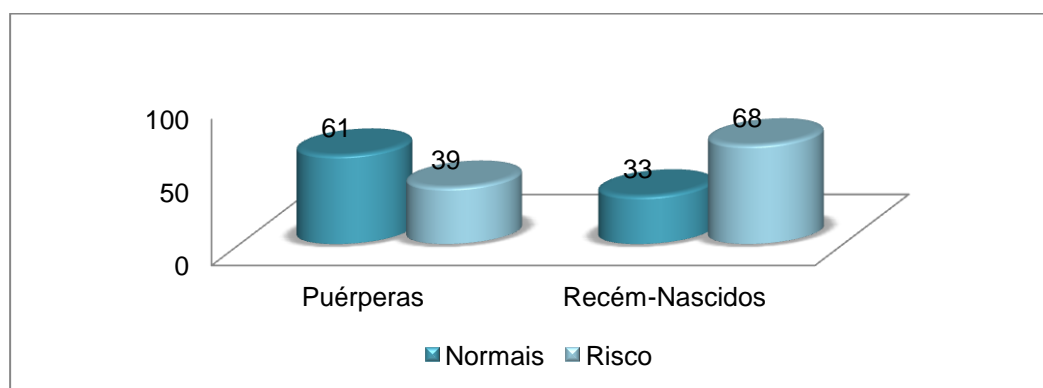
### 5.1.1 Dados

Durante o estágio profissionalizante, realizado no serviço de Puerpério do CHSJ, que decorreu de 5 de Dezembro de 2011 a 17 de Março de 2012, tive a

oportunidade de acompanhar 100 puérperas e 101 RN. Tendo atingido assim os critérios propostos no Regulamento n.º 127/2011 do Diário da República, 2.ª série – N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, que surgiu com o objetivo de cumprir as diretivas condicionantes à obtenção do título de enfermeiro especialista, sustentadas na Lei n.º 9/2009 de 4 de Março que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro.

Da vigilância das 100 puérperas 39 foram consideradas de risco, bem como, 68 dos 101 RN, como podemos ver no Gráfico 5. Considerou-se puérperas de risco as que foram submetidas a cesariana e/ou tinham patologia pré-existente à gravidez ou desenvolveram patologia na gravidez e os RN que nasceram por parto instrumentado ventosa ou cesariana, patologia materna, possível incompatibilidade Rh e sujeitos a fototerapia,

Gráfico 5: Número de Puérperas e Recém-Nascido normais e de risco



As 39 puérperas foram consideradas de risco, por terem sido submetidas a cesariana (29); por manifestarem patologia pré-existente à gravidez como: a diabetes mellitus insulino-tratadas (3); doença de Von Willebrand (1); Hemoglobina C e Trombocitose (1); Linfoma não-Hodgkin (1); doença tromboembólica (1); patologia da coluna (1); Lupus eritematoso disseminado (1); tiroidite de Hashimoto (1); anemia ferropénica (1); doença de Crohn(1). Terem desenvolvido problemas gestacionais como: pré-eclampsia (1); diabetes mellitus gestacional (1); picada acidental da Dura-mater (1).

Refletindo sobre o percurso desenvolvido no Serviço de Puerpério do CHSJ, consideramos que se teve uma presença assídua, na qual nos empenhamos em ser facilitadores da aprendizagem rentabilizando todas as oportunidades de forma a atingir os conhecimentos e competências recomendadas pela OE e Diretiva Europeia.

PARTE II

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO *EMPOWERMENT*  
DA GRÁVIDA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**



## 1. INTRODUÇÃO AO PROBLEMA

Os cuidados no parto têm evoluído, ao longo dos tempos, com o principal objetivo de baixar as taxas de mortalidade e morbidade materno-infantis (Leite, 2012). Apesar destes avanços terem correspondido às expectativas, o aumento da tecnologia conduziu a uma prática de assistência do parto uniformizada, intervencionista, destituindo a mulher do seu papel ativo causando-lhe, algumas vezes, um clima de descontentamento e receio.

Como refere FAME (2009), vários países procuram encontrar estratégias para promover o parto normal, como evento fisiológico na vida da mulher, com a menor intervenção técnica possível, de modo a que a parturiente possa tomar decisões informadas, possa participar ativamente no decurso do parto, garantindo o acesso e a qualidade na assistência ao parto normal.

Entende-se por parto normal, parto *“de início espontâneo e de baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo até o nascimento. A criança nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação”* (Leite, 2012, p.18).

No documento de Consenso «Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada» acordado e assinado em 2010 define parto natural assistido como *“parto de início e progressão espontâneos, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção, assistido por profissional de saúde”* (Leite, 2012, p. 18).

É neste sentido que surgem os temas de Preparação para o Parto (PPP) e *Empowerment*<sup>3</sup>, que, pretendem promover a participação das mulheres no processo de tomada de decisão em todas as fases de trabalho de parto, parto e pós-parto.

O interesse por esta problemática surgiu primariamente durante a unidade curricular de Preparação para o Parto, lecionada no primeiro semestre do primeiro

---

<sup>3</sup> Termo sem tradução fidedigna para a Língua Portuguesa pelo que opto por manter o termo original no presente relatório.

ano, quando nos foi solicitado projetar um curso de PPP e Pós-Parto, passível de ser posto em prática num futuro próximo. Entretanto, durante o estágio de natureza profissional, o interesse pelo tema do *empowerment* foi crescendo, pois a realidade a que se assistiu é que a mulher não se sentia capaz de tomar decisões durante o seu TP e parto.

No sentido de contextualizar o conceito do *empowerment*, neste relatório, opta-se por realizar uma breve abordagem ao mesmo.

*Empowerment* é um termo da língua inglesa de difícil tradução para o português e considerado de carácter multifacetado e complexo, alguns autores traduzem como *“fortalecimento, aumento da autonomia, emancipação ou mesmo empoderamento”* (Vasconcelos, Cit. por Mazza, 2007, p.36) *“A inexistência do termo “empoderamento” na língua portuguesa e a diversidade de sentidos do termo “apoderamento”, ilustram a dificuldade de realizar uma tradução fidedigna de “empowerment” para o nosso idioma”* (Carvalho, 2004, p. 1090). Surge da palavra latina *“potere”*, que significa *“ser capaz”* (Gibson,1991).

Para Carvalho (2004, p. 1090) *empowerment “é uma ideia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “acção social” (...). Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de auto-ajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária.”*

A definição de *empowerment* tem vindo a ser desenvolvida ao longo dos anos, pelo que foi sofrendo diversas abordagens adequadas ao contexto em que se insere, apresentando-se complexa e pouco concertada.

De um modo geral, este conceito consiste num processo em que uma pessoa adquire um maior poder e controlo sobre a sua vida, proporcionado quer por um ganho de conhecimentos como pelo desenvolvimento de competências, que lhes permitem a tomada de decisão e uma participação efetiva no seu projeto, neste caso no seu projeto de saúde (Pereira, 2010).

Autores como, Watts, Wheeler & Chin (Cit. por Pereira, 2010, p.35) expõem que o *empowerment* reflete *“uma visão feminina do poder, em que o poder é conceptualizado como condição para ser capaz de atingir determinado objetivo em cooperação com os outros, contrapondo-se à visão masculina do poder, onde o poder é conseguido através da competição com os outros.”* Deste ponto de vista o *“importante não é ter mais poder mas sentir-se com mais poder”* (Kiefer, Cit. por Pereira, 2010, p.35).

Tones (Cit. por Fontes, 2007) afirma que as pessoas que acreditam controlar as suas vidas conseguem atingir os objetivos que consideram importantes para se sentirem bem, alcançam uma independência e são capazes de proteger a sua saúde e bem-estar. *“Considera a auto-estima como um factor influente no*

*empowerment, uma vez que as crenças que cada um tem sobre o seu controle lhe estão associadas. Assim sendo, a auto-estima é considerada intrinsecamente saudável*" (Fontes, 2007, p.45).

O *empowerment* tem sido difundido e considerado como um conceito fundamental no movimento para a Promoção da Saúde, presente implicitamente ou explicitamente nos pressupostos que fazem parte da Carta de *Ottawa* (1986). Nela estão definidas três estratégias essenciais da Promoção da Saúde: a primeira é a defesa de causa, baseia-se na união de esforços para tornar todas as condições políticas, sociais, entre outras, favoráveis à saúde; a segunda é a capacitação em que se procura assegurar a igualdade de recursos e oportunidades para a população ser capaz de potenciar a sua saúde, esta capacitação ocorre através do processo de *empowerment*; a terceira e última é a mediação, ou seja, os profissionais de saúde tem o papel de mediar os diferentes interesse em relação à saúde existentes na sociedade.

Este conceito surge também associado à promoção de saúde divulgada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998), que o define em saúde como um processo através do qual as pessoas ganham um maior controle sobre as decisões e as ações que afetam a sua saúde

O *empowerment* pressupõe que as escolhas mais importantes que afetam a saúde e o bem-estar da pessoa são feitas pelo próprio, ao torna-se consciente do seu domínio, o indivíduo, poderá alcançar o controle que tem sobre a sua saúde e melhorá-la. Conjetura um processo de educação, colaboração, cooperação e reciprocidade entre os profissionais de saúde e o indivíduo alvo de cuidados (Leal, 2006).

Durante as duas últimas décadas, o *empowerment* tem sido cada vez mais usado no âmbito da obstetrícia e parte da ideia de dar à mulher o poder, a liberdade e a informação que lhe permite tomar opções e participar ativamente no processo de tomada de decisão. Aliado a este conceito encontramos a humanização do parto em que se deseja dar às mulheres o que lhes é de direito, ou seja, um atendimento focalizado nas suas necessidades, e não em crenças e mitos, ou em que a técnica se torna mais importante que as pessoas envolvidas, como referem as Amigas do Parto ([Em linha]). Quando falamos no parto humanizado, referimo-nos ao respeito pela mulher e pela fisiologia do parto. "*Parto Humanizado significa direcionar toda atenção às necessidades da mulher e dar-lhe o controle da situação na hora do nascimento, mostrando as opções de escolha baseados na ciência e nos direitos que tem.*" (Rodrigues, 2004)

Reis & Patrício (Cit. por Silvani, 2010 p.10) referem que a promoção do parto humanizado é um grande desafio, mas isto não quer dizer que se deva voltar

ao tempo das nossas antepassadas e ao modo como pariam, mas sim tentar que a experiência do parto, antes tão natural, seja em ambiente hospitalar, um ritual muito próximo do “familiar”.

Hoje em dia a mulher é rotineiramente desrespeitada na sua sabedoria íntima e nas suas necessidades femininas, com o “*empoderamento feminino (...)* queremos promover não somente a consciência dos direitos da mulher, de seu valor como ser social que participa da construção do mundo no qual vivemos, mas buscamos ir mais fundo, mais dentro, mais no íntimo” (Nogueira, 2009, p. 10).

Assim, o objetivo do EEESMO seria o de preparar a mulher para o parto natural, dando-lhe toda a informação necessária para controlar a dor, capacitá-la que é capaz de parir, gerir o seu corpo e que todos os procedimentos deverão ser efetuados com a sua autorização. A mulher tem a capacidade para tomar boas decisões, mas em caso de complicações deve estar recetiva aos cuidados que os profissionais de saúde precisem de efetuar para não colocar em risco a sua vida e a do feto.

Foi neste sentido que se considerou pertinente investigar se os EEESMO promovem estratégias de *empowerment* na PPP, no sentido de tornar a mulher “*protagonista desse evento e não mera espetadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios*” (Medinas, Duarte & Duarte, 2010, p.77).

Ao efetuar a pesquisa sobre o tema do *empowerment* no contexto específico da gravidez constata-se que a informação é escassa e pouco definida.

Baseado no modelo híbrido de Schwartz-Barcott & Kim, Hermansson & Martensson (2011), estes autores definem o *empowerment* no contexto das *midwifery* como um processo dinâmico e social em que a *midwife* e o casal desenvolvem uma relação de confiança com base no respeito mútuo e integridade. Pela aprendizagem dialética e tomada de consciência da situação de mudança, torna-se possível mobilizar os recursos necessários e melhorar a capacidade dos casais. A mulher e o seu companheiro são, portanto, participantes ativos no processo de crescimento e estão habilitados a fazer as suas próprias escolhas informadas. Um ambiente de suporte e competências dos profissionais de saúde são componentes necessários neste processo.

Para Kameda & Shimada (2008) o *empowerment* da mulher grávida é definido como um sentimento de autorrealização e de independência, adquirida na interação entre o seu meio ambiente e as pessoas que as rodeiam, levando a um aumento de *spontaneous psychological energy* para alcançar a gravidez e o parto que desejam. Segundo as mesmas autoras, a autoeficácia é um dos conceitos-chave no *empowerment* da mulher grávida, pois permite que sinta que é capaz de gerir a sua gravidez/parto e fazer uma autoavaliação da sua aptidão física.

É importante referir que, na pesquisa efetuada à literatura existente sobre o *empowerment*, surgem algumas variações nas dimensões que o constituem (Tabela 1) (Aires, 2012, p.29).

Tabela 1: Componentes do empowerment na literatura de enfermagem (Aires, 2012, p.29)

Autor	Ano	Componentes
Hermansson Martensson	2011	Satisfação pessoal, autoeficácia, mestria, sentido de controlo, autodesenvolvimento, tomada de decisão
Kovach [et al]	2004	Autodeterminação, capacidade de decisão, autossuficiência
Rogers [et al]	1997	Autoeficácia/autoestima, poder/impotência, ativismo comunitário, otimismo e controlo sobre o futuro, raiva
Rodwell	1996	Valorização pessoal e da parceria com os outros, tomada de decisão, liberdade para fazer escolhas, aceitar a responsabilidade
Gibson	1995	Descoberta da realidade, reflexão crítica, assumir comando, resistir
Gibson	1991	Autodeterminação, autoeficácia, senso de controlo, motivação, autodesenvolvimento, aprendizagem, crescimento, senso de domínio, sentido de conexão, melhoria da qualidade de vida, melhor saúde, senso de justiça social

Na “desconstrução” do conceito do *empowerment* e ao analisar a tabela realizada por Aires (2012), distinguimos os seguintes conceitos: autodeterminação, autoeficácia, autoestima e tomada de decisão que permitiram alargar a pesquisa sobre o tema. Apesar de não aparecer referido, o *Coping* está também estreitamente ligado ao conceito do *empowerment*, não devendo no entanto ser comparado ou confundido, este é caracterizado pela CIPE Versão 1 (2005, p. 80) como um processo psicológico em que a pessoa apresenta uma

*“disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico.”*

Para compreendermos os conceitos que se sobrepõem ao de *empowerment* apresentamos de seguida as suas definições.

Autoestima, segundo a CIPE Versão 2 (2011, p.41) é a *“opinião que cada um tem sobre si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de*

*autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento.”*

A autodeterminação é encarada como uma teoria, que foi inicialmente desenvolvida por Edward L. Deci e Richard M. Ryan (SDTO, 2014) e aperfeiçoada ao longo dos tempos por estudiosos de vários países. Esta é considerada a teoria da motivação e preocupa-se com o desenvolvimento das nossas disposições naturais ou intrínsecas, de maneira a que estas se comportem de forma eficaz e saudável (SDTO, 2014).

Autoeficácia, segundo Bandura (Cit. por Neves & Faria, 2009, p.208), refere-se *“à crença ou expectativa de que é possível, através do esforço pessoal, realizar com sucesso uma determinada tarefa e alcançar um resultado desejado”*.

O processo de tomada de decisão são os *“processos mentais para determinar o curso de acção, baseadas na informação relevante, consequências potenciais de cada alternativa e recursos”* (CIPE Versão 2, 2011, p.69).

A adoção da filosofia de *empowerment* na saúde materna afigura-se uma questão de debate e pesquisa pertinentes. Pretendendo-se com este modelo *“democratizar a tomada de decisão, tornar a informação acessível a todos e emponderar os doentes”* (Taylor Cit. por Viana, 2010, p.13).

## 2. MÉTODO

O constante desafio aos enfermeiros, aliado ao conhecimento em pleno estado de desenvolvimento e à modernização dos cuidados de saúde, “*está o compromisso do desenvolvimento da qualidade, com serviços de saúde centrados nas pessoas e baseados na evidência*” científica (Craig & Smyth, 2004, p.3).

Na área da saúde, o acompanhamento atualizado dos resultados de pesquisa, tornou-se uma prática inadiável, visto que é fundamental a adoção de medidas que minimizem as discrepâncias entre os avanços científicos e a prática assistencial. Foi neste contexto que surgiu a Prática Baseada em Evidências (PBE), “*abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional*” (Mendes, Silveira & Galvão, 2008, p. 759).

Para os enfermeiros do século XXI e devido às inúmeras inovações na área da saúde, pretende-se que a tomada de decisão esteja modelada por princípios científicos, que procurem a evidência e a apliquem na sua prática quotidiana.

A PBE é a utilização da melhor evidência científica e contribui na tomada de decisão clínica. É neste cenário, que emerge a revisão integrativa da literatura, “*como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática*” (Souza, Silva & Carvalho, 2010, p. 102).

A revisão integrativa é a mais alargada abordagem metodológica permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para um entendimento completo do fenómeno analisado.

O procedimento de elaboração da revisão integrativa encontra-se bem definido na literatura e apesar de nos depararmos com algumas diferenças entre autores, de uma forma geral este procedimento contém seis fases. Mendes, Silveira & Galvão (2008) especificam que a primeira fase diz respeito à identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa. Na segunda fase são estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão

de estudos/amostragem ou busca na literatura. A definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados é realizada na terceira fase. Subsequentemente a quarta fase compõe-se pela avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. Na quinta fase ocorre a interpretação dos resultados e na sexta fase a apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Segundo Santos, Pimenta & Nobre (2007, p. 2), a PBE sugere que os *“problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e a seguir organizados utilizando a estratégia PICO”*.

O acrónimo PICO quer dizer: População, Intervenção, Comparação, *Outcomes*<sup>4</sup>, é um método que foi elaborado por Sackett em 1997 para formular questões clínicas, pois, identificar a melhor evidência requer adequada construção da pergunta de pesquisa e de revisão de literatura (Craig & Smyth, 2004).

É importante ressaltar que fazer a pergunta certa é uma habilidade que requer prática, como afirmam Craig & Smyth (2004, p.40), *“para se tornarem proeficientes no desempenho desta competência os enfermeiros precisarão de a praticar diariamente traduzindo as necessidades de informação da vida real em questões direccionadas”*.

A partir do exposto e recorrendo à estratégia PICO formulou-se a seguinte questão de partida para a elaboração da revisão integrativa da literatura: Os EEESMO promovem estratégias de *empowerment* na preparação para o parto?

Como estratégia de identificação da evidência existente e seleção dos estudos mais pertinentes foi realizada uma pesquisa através da plataforma EBSCO host da Faculdade de Medicina do Porto. Nesta plataforma encontram-se catalogadas as seguintes bases de dados: *CINAHL Plus with full text, MEDLINE with full text, Academic Search Complete e Cochrane Database of Systemic Reviews*.

Os critérios de inclusão dos artigos selecionados na revisão integrativa foram os seguintes: artigos publicados na língua portuguesa e inglesa; apresentados em texto integral e disponível para análise, entre os anos de 2005 e 2013, analisados por especialistas, que abrangessem nos seus títulos e/ou resumos as seguintes palavras-chave/descriptores em ciências da saúde (DeCS): *antenatal training AND empowerment*.

Os artigos excluídos foram os estudos que não abrangiam os critérios de inclusão mencionados.

---

<sup>4</sup> Desfecho

### 3. RESULTADOS

Após pesquisa, previamente descrita nas bases de dados incluídas na EbscoHost da Faculdade de Medicina do Porto, foram identificados dois artigos, utilizando-se os seguintes DeCS *empowerment AND antenatal training*, no entanto, os dois artigos identificados não apresentavam relevância para a investigação. Assim, e dada a escassez de artigos pertinentes para efetuar a revisão integrativa decidiu-se recorrer a outros DeCS, nomeadamente:

- *Antenatal training*, com este DeCS foram identificados 46 artigos, dos quais 15 encontravam-se repetidos e cinco apresentavam impossibilidade de aquisição da íntegra, dos 26 artigos restantes, 22 foram excluídos após a leitura do título e um após a leitura do resumo, tendo ficado três selecionados para a revisão integrativa.

- *Empowerment AND childbirth education*, com os DeCS referidos foram identificados 22 artigos, dos quais um apresentava impossibilidade de aquisição na íntegra, dos 21 restantes, 20 foram excluídos após leitura do título e/ou resumo, tendo sido apenas um selecionado para fazer parte integrante da revisão.

Optou-se por recorrer aos DeCS *antenatal training, childbirth education* pois são as duas possíveis traduções de PPP para a língua Inglesa.

Relacionado com o conceito de *empowerment* surgem conceitos sobrepostos, como refere Aires (2012), entre eles, autodeterminação, autoestima, autoeficácia, tomada de decisão. Assim, no sentido de encontrar mais artigos pertinentes para a revisão integrativa optou-se por utilizar também os seguintes DeCS:

- *Self-efficacy AND childbirth education AND pregnancy*, com estes DeCS foram identificados 15 artigos, sendo que, dois foram excluídos por se encontrarem repetidos, dois por impossibilidade de aquisição na íntegra, nove após leitura do título e os dois restantes foram selecionados como pertinentes para integrar a revisão integrativa.

- *Self-esteem AND childbirth AND pregnancy*, utilizando os DeCS mencionados foram reconhecidos 20 artigos, no entanto, quatro encontravam-se repetidos, cinco incompletos e 10 foram excluídos após leitura do título, ficou selecionado apenas um artigo para a revisão integrativa.

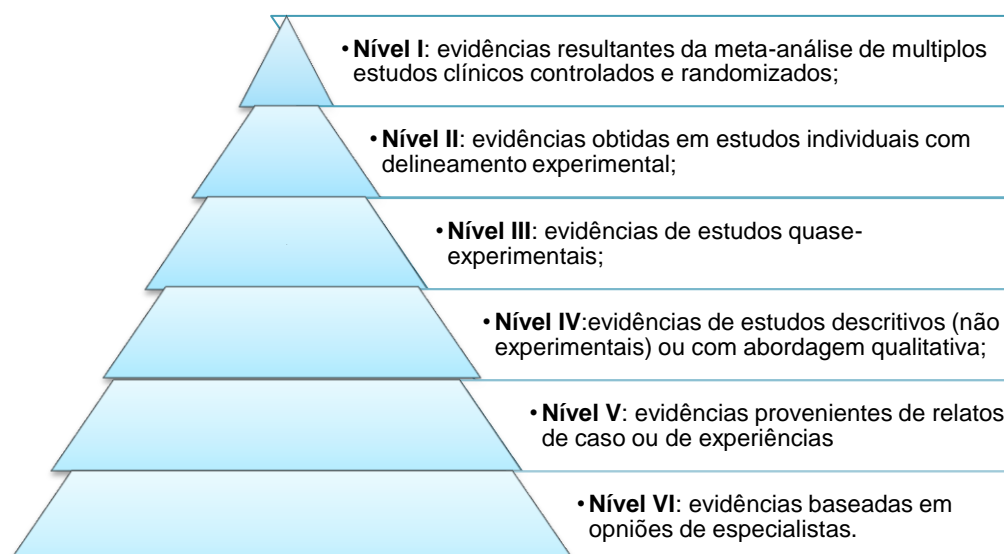
- *Coping AND childbirth AND pregnancy* ao recorrer aos DeCS mencionados foram encontrados 26 artigos na base de dados, sendo que, três se encontravam repetidos, cinco incompletos, dois foram excluídos após leitura integral do artigo e 13 após leitura do título, tendo ficado selecionados três artigos para a revisão integrativa. No entanto, dois dos artigos já tinham sido encontrados utilizando os DeCS *self-efficacy AND childbirth education AND pregnancy*.

Em síntese, foram incluídos oito artigos nesta revisão integrativa recorrendo aos diferentes DeCS.

Ao analisar os artigos selecionados, estes foram avaliados criticamente, procurando-se determinar a sua qualidade metodológica. Quando se procura a forma de evidência mais eficaz, as revisões de ensaios aleatórios controlados são as mais poderosas, no entanto alguns *designs* de investigação são mais poderosos do que outros, tendo-se optado por criar a noção de hierarquia da evidência (Craig & Smyth, 2004).

Os níveis de evidência que foram atribuídos aos artigos selecionados seguiram a classificação proposta por Souza, Silva & Carvalho (2010), Figura 2. Apesar dos autores não exibirem esta classificação na forma de pirâmide, Figura 2, opto por fazê-lo para ilustrar o risco crescente de viés inerente a cada investigação, como refere Craig & Smyth (2004).

Figura 2 A Hierarquia da Evidência Científica (Souza, Silva, Carvalho, 2010)



Na Tabela 2 é realizada a análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa, sendo discriminada a informação referente aos autores, ano de publicação, país, objetivo do estudo, metodologia, resultados, conclusões dos autores e níveis de evidência.

Tabela 2: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa

Nº do Artigo	Autor (Ano)	Título	Publicação País Base de Dados	Objetivo	Metodologia	Resultados	Conclusões	N E
1	<b>Delaram, M.; Aein, F. (2012)</b>	<i>The Effects of Antenatal Training Sessions on Prenatal Outcomes</i>	<i>Journal of Family and Reproductive Health Academic Search Complete</i>	Estudar os resultados maternos e neonatais, nas mulheres que realizaram aulas de PPP no terceiro trimestre da gravidez.	Estudo Randomizado e Controlado. Amostra: 64 mulheres nulíparas. Intervenção: Frequência de aulas de PPP entre a 28ª e 40ª semana de gestação. Os dados foram analisados pelo SPSS 16 e P <0,05 foi considerado significativo.	Não houve diferença significativa na idade e índice de massa corporal em ambos os grupos, mas houve diferença significativa na dilatação do colo no momento da chegada ao hospital (P <0,05), na razão de admissão no hospital (P =0,04), indução ocitócica (P = 0,01), tipo de parto (P = 0,01).	As aulas de PPP realizadas pelas mulheres nulíparas foram associadas a uma chegada à maternidade em trabalho de parto ativo, diminuição da indução ocitócica e diminuição das taxas de cesariana. As aulas de PPP fornecido pelas <i>midwives</i> são uma importante ferramenta de baixa tecnologia, promoção da saúde e pode ser realizada a baixo custo na maioria dos ambientes.	I
2	<b>Maimburg, R.D.; Vaeth, M.; Dürr, J.; Hvidman, L.; Olsen, J. (2010)</b>	<i>Randomized trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process</i>	<i>Journal of Obstetrics and Gynaecology Dinamarca Academic Search Complete</i>	Comparar o trabalho de parto de mulheres nulíparas que frequentaram aulas de preparação para o parto segundo a filosofia “ <i>The Ready for Child</i> ”	Estudo Randomizado e Controlado. Amostra: 1193 mulheres nulíparas foram recrutadas antes da 22ª semana de gestação. 603 foram selecionadas para o grupo de intervenção e 590 para o grupo de referência. Intervenção: Frequência	As mulheres que participaram no “ <i>The Ready for Child’ programme</i> ” chegaram à maternidade em trabalho de parto com mais frequência do que o grupo de referência [risco relativo (RR) 1,45, intervalo de confiança (IC) de 95% 1,26-1,65, P <0,001], recorreram menos à analgesia epidural (RR 0.84, 95% IC 0.73–0.97, P < 0.01) mas não sentiram menos	“ <i>The Ready for Child’ programme</i> ” pode ajudar as parturientes a lidarem melhor com o processo do trabalho de parto.	I

				<i>programme</i> ", com as mulheres que tiveram cuidados de rotina.	de nove horas de aulas de PPP.	alívio da dor (RR 0.99, 95% IC 0.94–1.04, P <0.72). As experiências de parto foram semelhantes nos dois grupos.	
3	<b>Bergström, M.;</b> <b>Kieler, H.;</b> <b>Waldenström, U.</b> <b>(2009)</b>	<i>Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomized controlled multicentre trial</i>	Journal of Obstetrics and Gynaecology Suécia Academic Search Complete	Examinar os efeitos da PPP natural na utilização da analgesia epidural, experiência do parto e stress dos pais.	Estudo Randomizado e Controlado Amostra: 1087 mulheres nulíparas e 1064 parceiros. Intervenção: Grupo de PPP Natural: focada na respiração e relaxamento (técnicas psicoprofiláticas). Grupo Padrão: PPP focando o parto e a parentalidade sem formação psicoprofilática. Os dois grupos tiveram quatro sessões de duas horas.	A taxa de epidural foi de cinquenta e dois por cento dos dois grupos. Não houve diferenças estatisticamente significativas na experiência do parto ou stress parental entre os grupos randomizados. 70% das parturientes do grupo Natural referem ter usado as técnicas psicoprofiláticas.	A PPP natural que inclui técnicas de respiração e relaxamento não estão associadas à diminuição do uso da analgesia epidural durante o parto, nem melhoram a experiência do trabalho de parto e parto.
4	<b>Ip, WY.;</b> <b>Tang, C. SK.;</b> <b>Goggins, W.</b> <b>(2009)</b>	<i>An educational intervention to improve women's ability to cope with</i>	Journal of Clinical Nursing Hong Kong CINAHL Plus With	Testar a eficácia da preparação para o parto, centrada na Teoria de Bandura da	Estudo Randomizado e Controlado. Participantes: 133 mulheres nulíparas. Intervenção: O grupo experimental recebeu	O grupo experimental demonstrou níveis mais elevados de autoeficácia para o parto (P <0,0001), menor ansiedade (P <0,001 na fase inicial do trabalho de parto e P	A PPP segundo a Teoria de Bandura da Autoeficácia é eficaz na promoção da autoeficácia para o parto e na redução da dor percebida e ansiedade nas primeiras etapas do trabalho de parto.

		<i>childbirth</i>	Full Text	Autoeficácia na promoção da autoeficácia para o parto e capacidade de enfrentamento na redução da ansiedade da dor durante o trabalho de parto e parto.	duas sessões de 90 minutos entre a 33ª e 35ª semana de gestação.	=0,02 na fase intermédia) e menor dor percebida (P <0,01 na fase inicial do trabalho de parto e P =0,01 na fase intermédia)		
5	<b>Robertson, B.; Aycock, D. M.; Darnell, L. A (2008).</b>	<i>Comparison of Centering Pregnancy to Traditional Care in Hispanic Mothers</i>	Maternal & Child Health Journal Espanha CINAHL Plus With Full Text	Comparar os resultados maternos e neonatais nas mulheres hispânicas que participaram no <i>Centering Pregnancy Model</i> (CPM) com aquelas que receberam cuidados pré-natais tradicionais.	Estudo Quasi-experimental Amostra: 49 mulheres Intervenção: 24 mulheres frequentaram aulas de preparação para o parto segundo o CPM e 25 frequentaram aulas de preparação para o parto tradicionais. Colheita de dados: dois questionários, o primeiro entre a 34ª e 36ª semana de gestação e o segundo no pós-parto. Parâmetros Avaliados: satisfação com o modelo de cuidados, autoestima, amamentação.	Os dois grupos apresentaram experiências semelhantes. No entanto, as mulheres que frequentaram aulas de preparação para o parto tradicionais apresentaram níveis mais elevados de autoestima no pós-parto do que as que frequentaram o CPM.	As evidências preliminares sugerem que o CPM em comparação com os cuidados tradicionais produz maior satisfação com os cuidados e menor autoestima no pós-parto.	III

6	<p><b>Fabian, H. M.;</b>  <b>Radestad, I. J.;</b>  <b>Waldenstrom, U.</b>  <b>(2005)</b></p>	<p><i>Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes</i></p>	<p>Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica Suécia Academic Search Complete</p>	<p>Investigar em que medida as aulas de preparação para o parto influenciou a utilização de técnicas de alívio da dor, a experiência de dor e o tipo de parto.</p>	<p>Estudo Coorte.  Amostra: 1017 mulheres que tenham frequentado aulas de PPP  Intervenção/Colheita de dados: Aplicação de três questionários, um durante o início da gravidez, dois meses e um após o parto.</p>	<p>Setenta e quatro por cento das puérperas afirmou que a preparação para o parto ajudou a preparar-se para o parto e quarenta por cento para a parentalidade.  Não foram encontradas diferenças estatísticas sobre a memória da dor do trabalho de parto, tipo de parto, experiência geral do parto.</p>	<p>A participação nas aulas de preparação para o parto não pareceu afetar a experiência do parto.  A elevada taxa de uso da epidural, sugere que a participação nas aulas de preparação para o parto tornou as mulheres mais conscientes das técnicas de alívio da dor disponíveis, em vez de melhorar a sua própria maneira de lidar com a dor.</p>	III
7	<p><b>Fisher, C.;</b>  <b>Hauck, Y.;</b>  <b>Bayes, S.;</b>  <b>Byrne, J.</b>  <b>(2012)</b></p>	<p><i>Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study</i></p>	<p>BMC Pregnancy and Childbirth Australia Academic Search Complete</p>	<p>Avaliar se o projeto piloto do Mindfulness-based Child Birth Education (MBCE), que combina aulas de PPP e o Mindfulness Based Stress Reduction, promove a satisfação materna com o parto e as habilita na tomada de decisão, no sentido de</p>	<p>Estudo qualitativo.  Amostra: 12 mulheres entre as 18 e 28 semanas de gestação, com mais de 18 anos de idade, nulíparas com gestação única que não estavam sob medicação e sete acompanhantes.  Intervenção: Frequência de aulas de PPP com base no MBCE.  Colheita de dados: Entrevista gravada quatro meses após a conclusão do projeto.</p>	<p>Uma sensação de <i>empowerment</i> e comunidade foram a essência das experiências do MBCE.  Os participantes sugeriram que as técnicas aprendidas durante o MBCE facilitou a sensação de controlo durante o parto, o conteúdo e a abordagem pedagógica utilizada permitiu-lhes o envolvimento na tomada de decisão durante o parto.</p>	<p>MBCE tem o potencial para <i>empower</i> as mulheres a tornarem-se participantes ativas durante o TP, abordando, assim, preocupações comuns sobre a falta de controlo e satisfação com o trabalho de parto e parto e facilita o apoio dos pares no período pós-natal.</p>	IV

				<p>aumentar a capacidade de se envolver no seu trabalho de parto.</p>				
8	<p><b>Beebe, K. R.;</b> <b>Lee, K. A.;</b> <b>Carrieri-Kohlman, V.;</b> <b>Humphreys, J.</b> <b>(2007)</b></p>	<p><i>The Effects of Childbirth Self-Efficacy and Anxiety During Pregnancy on Prehospitalization Labor</i></p>	<p>Journal of Obstetric, Gynecologic &amp; Neonatal Nursing California CINAHL Plus With Full Text</p>	<p>Descrever os níveis de ansiedade e autoeficácia em mulheres nulíparas que frequentaram aulas de PPP e identificar a relação com a dor antes do internamento, dilatação do colo do útero à chegada e estratégias de alívio da dor utilizadas.</p>	<p>Estudo Descritivo</p> <p>Amostra: 35 mulheres nulíparas entre os 18 e os 40 anos de idade. Com 38 ou mais semanas de gestação, sem complicações na gravidez, que tenham frequentado aulas de preparação para o parto.</p> <p>Intervenção/Colheita de dados: Questionários, entrevistas pós-parto e revisão dos registos médicos.</p>	<p>A ansiedade pré-natal foi relacionada com a autoeficácia para o parto, dor, número de horas em TP em casa e dilatação cervical na admissão no hospital.</p> <p>As mulheres que passaram maior período de tempo em trabalho de parto em casa chegaram ao hospital com maior dilatação do colo do útero.</p>	<p>As características da PPP influenciam o trabalho de parto das mulheres nulíparas.</p>	IV

## 4. DISCUSSÃO

De seguida procedeu-se à interpretação e sinopse dos achados, de maneira a responder à questão de investigação: Os EEESMO promovem estratégias de *empowerment* na preparação para o parto?

No entanto, ao efetuar a revisão integrativa relativa ao tema proposto e realizar uma breve discussão dos artigos, conclui-se que a informação é escassa e pouco definida. O conceito do *empowerment* não aparece referido em todos os artigos, no entanto, se o desfecho das mulheres que participaram em aulas de PPP é diferente das que não participaram pode-se subentender que essa situação só é possível se tiverem sido capacitadas<sup>5</sup> e dotadas de estratégias para lidar com o TP e parto.

Surgem assim outras hipóteses pertinentes para discutir, nomeadamente:

- As mulheres que frequentam aulas de PPP ficam *empowered* para chegar mais tarde à maternidade (avaliada pela dilatação do colo do útero)?
- Usam menos métodos farmacológicos de alívio da dor e recebem menos intervenções médicas durante o TP?
- Têm uma experiência de parto mais positiva e satisfatória?

Assim, nesta revisão integrativa, em que pretendemos apurar se a mulher ficou *empowered* nas aulas de PPP, estabelecemos como resultados esperados:

- A chegada à maternidade em TP, avaliada pela dilatação do colo do útero;
- A diminuição do uso de analgesia por via epidural;
- A ocorrência de menos partos instrumentados;
- A referência a uma experiência de parto positiva e satisfatória.

---

<sup>5</sup> Possível tradução para o conceito de *empowerment*

O primeiro artigo mencionado na Tabela 1 é intitulado de “*The effects of antenatal training sessions on prenatal outcomes*” e tem como autores Delaram & Fereshteh. O objetivo deste estudo consistiu em analisar os resultados maternos e neonatais, nas mulheres que tinham frequentado aulas de PPP no terceiro trimestre da gravidez. O estudo randomizado e controlado incluiu uma amostra de 64 mulheres nulíparas, divididas em dois grupos. O grupo que frequentou as aulas de PPP teve há disposição oito sessões de uma hora entre a 28ª e 40ª semana de gestação. As sessões incluíam informação sobre o início do TP, o processo do TP, intervenções, vantagens do parto vaginal e desvantagens da cesariana e problemas resultantes de uma admissão precoce na unidade de saúde. Os resultados encontrados pelos autores foram os seguintes: a dilatação do colo no momento da chegada ao hospital era significativa ( $P < 0,05$ ).

Os resultados deste estudo mostram que as mulheres que frequentaram aulas de PPP no terceiro trimestre foram associadas a melhores resultados maternos, chegaram principalmente em TP à maternidade. A diferença na dilatação cervical entre o grupo que frequentou as aulas de PPP e o grupo controle foi de 2,2 centímetros.

Delaram & Fereshteh concluíram que as mulheres nulíparas que frequentaram aulas de PPP foram associadas a uma chegada à maternidade em TP ativo, diminuição da indução ocitócica e diminuição das taxas de cesariana. Referem ainda que as aulas de PPP fornecidas pelas *midwives* são uma importante ferramenta de baixa tecnologia, promoção da saúde e pode ser realizada a baixo custo na maioria dos ambientes.

Em 2010 é publicado, o segundo artigo mencionado da Tabela 2, “*Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve birth process*” de Maimburg [et al]. Este estudo tinha como objetivo comparar o TP de mulheres nulíparas que frequentaram aulas de PPP segundo a filosofia “*The Ready for Child Programme*” com as mulheres que tiveram cuidados de rotina. Este programa incluiu três sessões de três horas cada entre a 30ª e 35ª semana de gestação e abrangia informação sobre o TP e parto, o RN e a parentalidade. O módulo do TP e parto envolveu a leitura e discussão sobre o início do TP, o processo do nascimento, o alívio da dor, as intervenções que podiam ser instituídas durante o TP e parto, a possibilidade do pai estar presente, os medos do TP e um filme sobre o parto. O módulo do RN abrangeu a leitura e discussão de como cuidar do RN, amamentação, patologias da infância, vacinação e segurança. E por último, o módulo da parentalidade incluiu a leitura e discussão sobre os seguintes temas: transição para a parentalidade, licença de maternidade, relações sexuais, conflitos

nas relações, o papel dos avós, família/amigos e a depressão pós-parto. O grupo de referência teve acesso a uma sessão de três horas de relaxamento.

As hipóteses colocadas pelos autores para este estudo foram as seguintes:

*“The women attending the ‘Ready for Child’ programme would be empowered throughout the birth process leading to a later arrival at the maternity ward, measured by cervical dilatation in centimetres.*

*They would use less pain relief and receive less medical intervention during the birth process.*

*Their experience of the birth process would be more positive than for those who did not receive the intervention.”*

Os resultados apurados pelos autores foram os seguintes: cerca de mais de 50% das mulheres do grupo de intervenção chegou à maternidade em TP, sendo que, a diferença da dilatação cervical foi de 0,9cm, o que equivale a cerca de duas horas de TP em mulheres nulíparas. Os autores não encontraram diferenças na capacidade das mulheres para lidarem com o medo no momento de chegada à maternidade, apesar das diferenças na dilatação cervical. Esta situação pode indicar que as mulheres que tiveram aulas de PPP, segundo o programa “*The Ready for Child*” estavam preparadas e capacitadas para lidar com o início do TP em casa e recorrerem menos frequentemente ao uso da analgesia epidural.

Assim, as mulheres que tiveram acesso ao programa “*The Ready for Child*” lidaram melhor com o início do TP, tendo chegado à maternidade em TP ativo ( $P < 0,00$ ) em relação ao grupo referência. Não houve diferença na utilização global de alívio da dor, exceto no uso da analgesia por via epidural, tendo recorrido menos ao uso da analgesia por via epidural ( $P < 0,01$ ). Estes resultados não afetaram a experiência de parto em geral ou a saúde do RN.

Em 2009, Bergström, Kieler & Waldenström, escreveram o artigo “*The effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomized controlled multicentre trial*”, e aparece referido na Tabela 2 como o terceiro artigo. Este artigo expõe um estudo randomizado e controlado que tinha por objetivo examinar os efeitos da PPP natural versus PPP padrão na utilização da analgesia por via epidural, experiência do parto e *stress* dos pais. A amostra estudada detinha 1087 mulheres que foram divididas em dois grupos, cada grupo teve quatro sessões de duas horas cada durante a gravidez e uma sessão até à 10ª semana pós-parto. No grupo padrão a PPP focava o parto e a parentalidade sem ser feita qualquer formação no psicoprofilático, a PPP para o natural era focada na

respiração e relaxamento, na seguinte Tabela 3 é realizado um resumo sobre os conteúdos abordados em cada PPP.

Tabela 3: Quadro resumo das aulas de PPP no artigo “*The effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers a randomized controlled multicentre trial*”

	Conteúdo	Natural Model	Standard Model	Care Model
Parto	Processo do TP normal	Informação	Informação e filme	
	Complicações durante o TP	Não incluído	Informação	
	Métodos farmacológicos de alívio da dor	Não incluído	Informação	
	Métodos não farmacológicos de alívio da dor	Informação/ Livro	Informação	
	Técnicas de respiração e relaxamento	Prática das técnicas	Não incluído	
	Treino do acompanhante para o TP	Massagem, técnicas de <i>empowerment</i>	Discussão, sem treino	
	Estratégias Mentais	Coping e imaginação positiva	Não incluído	
	Informação sobre o parto natural	Livro com informação de métodos não farmacológicos de alívio da dor, técnicas de respiração e relaxamento	Não incluído	
	Trabalho de casa	Praticar as técnicas de respiração e relaxamento	Não incluído	
Parentalidade	Amamentação	Informação	Informação e filme	
	Transição para a parentalidade	Não incluído	Informação e discussão	
	Relação parental	Não incluído	Informação e discussão	
	Paternidade	Não incluído	Informação	
	Papeis parentais	Não incluído	Informação e discussão	
	Vinculação	Não incluído	Informação e filme	
	Cuidados ao RN	Não incluído	Informação	

Ao analisarmos os dois modelos de PPP as diferenças mais notórias são a componente psicoprofilática no *Natural Model* e a competente da parentalidade no *Standard care Model*.

Os autores procederam à análise dos resultados, tendo em conta os seguintes parâmetros: taxas de analgesia por via epidural, a experiência de parto e o *stress* parental na paternidade precoce. Os dados foram recolhidos por meio de dois questionários, no início do estudo e três meses após o parto.

Os resultados encontrados não foram estatisticamente significativos, a PPP para o natural não está associada à diminuição do uso da analgesia por via epidural durante o parto, não melhoram a experiência do TP e parto ou diminuem o *stress* parental. Estas descobertas sugerem que a formação psicoprofilática, praticada no

*Natural Model* não reduz a necessidade de analgesia por via epidural ou melhora a experiência de parto e preparação para a parentalidade efetuada no *Stancard care Model* não reduzem o *stress* experimentado na paternidade precoce.

No entanto, os autores referem que a falta de estatísticas significativas entre os três resultados pode estar relacionada com as diferenças insuficientes entre os dois modelos e os parâmetros de avaliação definidos no início do estudo.

O quarto artigo referido na Tabela 2, tem como autores Ip, Tang & Goggins e o título de “*An intervention to improve women’s ability to cope with childbirth*”.

O objetivo destes autores era o de testar a eficácia da PPP, centrada na Teoria da Autoeficácia de Bandura. Esta teoria é um processo cognitivo dinâmico que compreende as expectativas de resultado e eficácia. Em que as expectativas de resultado se referem às crenças que o seu comportamento produzirá, enquanto a eficácia refere-se à capacidade que a mulher apresenta em executar determinado comportamento. Neste estudo, a autoeficácia foi avaliada pela ansiedade da mulher e dor percebida.

O grupo que frequentou as aulas de acordo com a Teoria da Autoeficácia, teve acesso a duas sessões de 90 minutos cada onde obteve informações sobre o fenómeno biopsicossocial do parto, as estratégias para lidar com a dor/desconfortos do parto. Demonstração de técnicas de controlo emocional e dor durante o TP, como respiração, relaxamento, distração e reestruturação cognitiva. O grupo controle teve acesso a aulas de PPP em diversos formatos variando a estrutura em uma sessão ou programa de quatro/seis sessões.

Ip, Tang & Goggins (2009) expõem que o grupo experimental demonstrou níveis mais elevados de autoeficácia para o parto ( $P < 0,0001$ ), menor ansiedade ( $P < 0,001$  na fase inicial do trabalho de parto e  $P = 0,02$  na fase intermédia) e menor dor percebida ( $P < 0,01$  na fase inicial do trabalho de parto e  $P = 0,01$  na fase intermédia).

Estes resultados mostram que o programa de PPP baseado na teoria de Bandura foi benéfico na promoção da autoeficácia na grávida nulípara. O programa também promoveu as capacidades de *coping*, a diminuição da dor percebida e a ansiedade nas duas primeiras fases do TP.

“*Comparison of Centering Pregnancy to Traditional Care in Hispanic Mothers*” é o quinto artigo citado na Tabela 2. Robertson, Aycock & Darnell, os autores, pretenderam com este estudo quasi-experimental, comparar os resultados maternos e neonatais das mulheres que frequentaram aulas de PPP tradicionais com as que frequentaram segundo o método CPM. Os resultados foram avaliados tendo em consideração a satisfação com o parto, comportamentos de

saúde, autoestima e depressão, sendo a recolha dos dados efetuada através de dois questionários.

Os resultados encontrados foram similares entre os dois grupos, no entanto, as mulheres que frequentaram aulas de PPP tradicionais demonstraram níveis elevados de autoestima em comparação com as mulheres do CPM, mas estas testemunharam maior satisfação com os cuidados.

O estudo de Fabian, Radestad & Waldenstrom datado e publicado em 2005 na *“Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica”* tinha como objetivo investigar e comparar o ponto de vista de nulíparas que tivessem frequentado aulas de PPP com nulíparas que não tivessem frequentado aulas, no que diz respeito à utilização de técnicas de alívio da dor, a experiência da dor e o tipo de parto, cuidados ao RN gerais, amamentação e avaliação das competências parentais. O facto de não aparecerem enumerados os conteúdos das aulas de PPP, surge como uma limitação neste estudo.

Nos resultados encontrados pelos autores, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as nulíparas que frequentaram ou não aulas de PPP. No entanto, as nulíparas que frequentaram aulas de PPP apresentaram uma taxa superior no uso da analgesia epidural para alívio da dor. Ou seja, neste caso as aulas de PPP deviam ter como principal objetivo a informação das técnicas de alívio da dor em vez de promover a capacitação da mulher para lidar com a dor do TP e parto.

Os dois estudos que se seguem de Fisher [et al] (2012) e Beebe [et al] (2007) são de cariz qualitativo e com um baixo nível de evidência, nível IV (Tabela 2), no entanto a característica central da investigação qualitativa não é procurar produzir respostas quantificadas para responder a questões de investigação, mas produzir compreensão do mundo social, dentro dos contextos naturais, dando ênfase aos significados, experiências, práticas e pontos de vista dos que neles estão envolvidos, como nos dizem Craig & Smyth (2003). Os mesmos autores acrescentam ainda que *“a aplicação de métodos qualitativos na medicina baseada na evidência produzirá, indubitavelmente, alguns resultados desafiadores e interessantes”* (Craig & Smyth 2003, p. 159).

*“Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study”* de Fisher [et al] surge como o sétimo artigo mencionado na Tabela 2. O estudo realizado por estes autores pretendeu avaliar se o projeto piloto de MBCE, que combina aulas de PPP e o Mindfulness Based Stress Reduction, promove a satisfação materna com o parto e as habilita na tomada de decisão, no sentido de aumentar a capacidade de se envolver no seu trabalho de parto.

As conclusões que os autores encontraram foram que o MBCE tem potencial para *empower* as mulheres a tornarem-se participantes ativas durante o TP, abordando assim preocupações comuns sobre a falta de controlo e satisfação com o TP e facilita o apoio dos pares no período pós-natal.

O ultimo artigo da Tabela 2 de Beebe [et al] (2007) intitula-se *The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor*. Estes autores pretenderam descrever os níveis de ansiedade e autoeficácia, durante o terceiro trimestre de gestação, em mulheres nulíparas que tivessem frequentado aulas de PPP e identificar a relação com a dor antes do internamento, dilatação do colo do útero à chegada à maternidade e estratégias de alívio da dor utilizadas.

De acordo como os resultados encontrados de Beebe [et al] (2007) concluíram que as características da PPP influenciam os resultados do TP em nulíparas, as participantes neste estudo apresentaram níveis médios mais baixos de ansiedade e confiança nas suas habilidades em parir do que as amostras de outros estudos publicados.

## 5. CONCLUSÕES DA REVISÃO INTEGRATIVA

*“A revisão integrativa é um método de pesquisa incipiente na enfermagem nacional, porém a sua contribuição na melhoria do cuidado prestado ao paciente e familiar é inegável”* (Mendes, Silveira, & Galvão; 2008, p.763). Este método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Neste caso, foi realizada devido à necessidade de perceber a importância do *empowerment* no contexto específico da obstetrícia e se este é promovido pelo EEESMO na PPP. No entanto, ao efetuar a revisão integrativa relativa ao tema proposto, conclui-se que a informação obtida é escassa e pouco definida, sendo necessários recorrer a diferentes DeCS como já foi referido anteriormente.

O *empowerment* é um processo moroso e só será adquirido quando a mulher tiver plena consciência de si. *“A consciência é um processo que não se engendra na racionalidade pura, mas nasce da confluência da carga emocional e sentimental com a percepção esclarecedora e reveladora”* (Nogueira, 2009, p. 11). Segundo esta autora, para se obter este resultado é preciso lançar mão da psicologia, *“e não de qualquer uma, mas daquela que fez do conhecimento dos meandros e das dinâmicas interiores seu pilar de compreensão da psique humana.”*

O *empowerment* da mulher surge assim, como conceito central na humanização do parto e nascimento, pretende-se *“enobrecer a maternidade e assumir com consciência e liberdade nossas escolhas, resgatando a autoestima num campo tão distinto e distante daquele da produtividade, dos números, do consumo e da superficialidade no qual vivemos mergulhadas no dia a dia, com o empowerment pretende-se resgatar o poder de parir”* (Nogueira, 2009, p. 12).

Ter uma boa experiência de parto é o objetivo de qualquer mulher, fatores emocionais, sociais e psicológicos, todos contribuem para a sua satisfação da e para a sua boa experiência de parto.

A experiência da dor de parto não diminui necessariamente a satisfação de uma mulher, surpreendentemente, a experiência da dor pode coexistir com o *empowerment* e alegria (Remer, 2008).

O EEESMO pode ajudar a preparar os casais para lidar com o imprevisto, os resultados são alcançados através da construção de uma relação de confiança e um incentivo à gravidez como um momento de autodescoberta e desenvolvimento de habilidades para enfrentar a vida como um todo.

Nesta revisão integrativa definimos como resultado de *empowerment* a grávida chegar à maternidade em trabalho de parto (avaliada pela dilatação do colo do útero), a diminuição do uso da analgesia por via epidural, a ocorrência de menos partos instrumentados e a referência a uma experiência de parto positiva e satisfatória.

Em resposta à pergunta os EEESMO promovem estratégias de *empowerment* na PPP, Delaram & Fereshteh (2012) e Maimburg [et al] (2010) mostraram que uma estruturada de preparação pré-natal está associada a uma chegada à maternidade em trabalho de parto ativo, pode reduzir o uso de analgesia por via epidural e diminuição das taxas de cesariana, um achado importante nesta época de crescente farmacológica no alívio da dor e preocupações internacionais sobre o aumento das taxas de cesariana. Já Ip, Tang & Goggins (2009) expõem que uma educação baseada na teoria de Bandura desenvolveu as capacidades de  *coping* da grávida, bem como diminuiu a dor percebida e a ansiedade nas duas primeiras fases do TP. Fisher [et al] (2012) concluíram que o MBCE tem potencial para *empower* as mulheres a tornarem-se participantes ativas durante o TP, abordando assim preocupações comuns sobre a falta de controlo e satisfação com o TP.

Os estudos apresentados mencionam que as aulas de PPP oferecidos à grávida são uma importante ferramenta de promoção de saúde de baixa tecnologia e baixo custo associado. Mas a diversidade de métodos de PPP existentes faz-nos repensar nas práticas instituídas, visto que no estudo de Fabian, Radestad & Waldenstrom (2005) os achados sugerem uma consciência das técnicas farmacológicas de alívio da dor, em vez de um aperfeiçoamento das capacidades para lidar com a dor. E Robertson, Aycok & Darnell (2008) no seu estudo mencionam que o CPM em comparação com os cuidados tradicionais produz maior satisfação com os cuidados e menor autoestima no pós-parto.

É importante investir na pesquisa que explore as experiências das mulheres e compreender quais os aspetos da preparação pré-natal que podem ser mais vantajosos e que promovem o *empowerment* da grávida, como concluiu Beebe [et al] (2007), no seu estudo, as características da PPP influenciam o TP.

Os achados do estudo de Bergström, Kieler & Waldenström (2009), são inconclusivos para esta revisão integrativa, pois os resultados encontrados são estatisticamente insignificantes, esta situação, deve-se talvez ao facto das diferenças entre os modelos de PPP serem ténues, como referem os próprios autores.

Ainda que, os dados encontrados não estejam bem explorados, confirma-se a relevância do conceito de *empowerment* no contexto da obstetrícia e surgem também algumas questões para investigações futuras.

- Não deveríamos investir numa uniformização das práticas de cuidados, ou seja, da PPP?
- O que falha na PPP?
- Porque é que o EEESMO não investe no *empowerment* da grávida/convivente significativo na PPP?
- Que métodos/estratégias de PPP deveriam ser adotados pelo EEESMO para incrementar o *empowerment* da grávida/convivente significativo?

A investigação do *empowerment* surge como essencial para expandir o conhecimento sobre a atuação do EEESMO e ganhos em saúde consequentes.

Uma recente revisão sistemática publicada na *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no ano de 2013, realizada por Sandall [et al], concluiu que a maioria das mulheres cujo pré-natal e o parto é liderado pelo EEESMO apresenta melhores resultados em comparação com aqueles cujo atendimento é conduzido pelo médico. Sandall [et al] (2013) desvendou que as mulheres estão menos dispostas a precisar de analgesia por via epidural e partos instrumentados.

Estes achados vêm confirmar a importância do EEESMO no acompanhamento da grávida e a sua habilidade, em capacita-los a desenvolver estratégias de *empowerment* que podem alterar o desenlace do TP.

Como refere Prata (2010, p.25) é importante “*promover, proteger e dar suporte: ao direito da mulher parir com confiança na sua própria habilidade, ter liberdade para encontrar conforto utilizando diferentes estratégias e ter suporte da família e de todos os membros da equipe de saúde*”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório de estágio foi um projeto que se foi construindo como um instrumento de reflexão capaz de contribuir para a formação enquanto Enfermeiro e também para dar visibilidade a todas as atividades realizadas, bem como às pesquisas efetuadas que surgiram da necessidade de dar respostas às questões que se foram encontrando.

Todos os indivíduos começam bem cedo a manifestar as suas preferências quanto à profissão que irão um dia desenvolver, não fomos exceção e sempre nos sentimos ligados a uma área onde pudéssemos interagir com RN/lactentes. Então, ao longo do tempo foi-se desenhando na mente a área da obstetrícia, como se para tal estivéssemos predestinados. A vontade de trabalhar nesta área foi consolidada ao longo deste estágio de natureza profissional, ficando um imenso desejo de integrarmos em breve um Serviço que preste cuidados à mulher inserida na família durante os períodos de gravidez, trabalho de parto e pós-parto.

O processo de aquisição de competências específicas do EEESMO é complexo, requer dedicação e empenho. Ao refletirmos sobre a viagem efetuada na aquisição de competências de um saber especializado podemos afirmar que a contextualização e mobilização de conhecimentos foi uma constante, foram desenvolvidas e adquiridas um conjunto de competências técnico-científicas e clínicas, necessárias à implementação de cuidados especializados à mulher inserida na família durante os períodos de gravidez, trabalho de parto e pós-parto. Não era objetivo atingir um nível de perícia no final deste estágio, no entanto, conjeturamos um dia atingir um nível de mestria, como a observada junto dos profissionais de saúde com quem tivemos o prazer de trabalhar.

A gravidez e o parto são momentos únicos para cada mulher, este período envolve uma fase de preparação física e psicológica, momento favorável para promover a saúde da grávida. É essencial, que a grávida, alcance a autonomia e a capacidade de enfrentar situações de perigo, decidindo sobre a sua saúde, de forma a aumentar a autoconfiança e autoestima.

Foi neste sentido que surgiu o conceito de *empowerment*, associado ao estágio profissionalizante. O interesse por este tema foi crescendo ao longo do Curso de Mestrado, e no final deste relatório confirma-se a relevância do conceito de *empowerment* no contexto da obstetrícia, pois aparece citado por influenciar de forma positiva os resultados e as vivências das mulheres no TP e parto.

Assim, torna-se fundamental que o EEESMO assuma uma postura de pedagogo que compartilhe saberes e procura oferecer à mulher e convivente significativo uma maior autonomia.

Como refere Santos (2012), o EEESMO para além das competências específicas que lhe são atribuídas no acompanhamento e vigilância da gravidez, trabalho de parto e pós-parto, tem o compromisso de informar sobre aspetos relativos à saúde Materno-Fetal, e assim contribuir para o *empowerment* da grávida, bem como incentivar a sua participação ativa nas decisões que influenciam a saúde.

Apostar na investigação do *empowerment* surge, assim, como essencial para expandir o conhecimento sobre a atuação do EEESMO e ganhos em saúde.

Em jeito de conclusão, podemos afirmar que foram atingidas as competências, definidas pela OE, essenciais à prática de cuidados especializados à mulher, e que este estágio profissionalizante nos permitiu desenvolver e enriquecer o nosso Eu enquanto pessoas e enfermeiros.

Há algum tempo, ouvimos a seguinte frase do Padre António Vieira “*apenas existimos quando fazemos, quando não fazemos apenas duramos.*” Refletindo sobre esta frase, queremos dizer que temos procurado e vamos continuar a fazer da nossa vida enquanto Enfermeiros uma existência e não apenas uma duração, sendo esta viagem apenas o início.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson Correia – *Formação E Aprendizagem Em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasou – Formação e Saúde, Lda, 2007.
- AIRES, Clara Maria Cardoso da Silva - *Estudo das propriedades métricas da Empowerment Scale for Pregnant Women para o contexto português*. Porto: ESEP, 2012. Dissertação de Mestrado.
- ALARCÃO, Isabel, org. – *Formação Reflexiva de Professores*. Porto: Porto Editora, 1996.
- ANTUNES, Mónica Sofia Couto – *Relação conjugal no pós-parto: diferenças de género*. [Em linha] Lisboa, 2008, Dissertação de Mestrado. [Consulta: 6 de Setembro de 2012] Disponível na Internet URL: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/785>
- ARTIGO 142º do Código Penal. Diário da República, 2.ª série. N.º 60 (26/03/2010), p. 15566.
- BALASKAS, Janet - *Parto Ativo: Guia Prático Para o Parto Natural*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Ground, 2008.
- BASTON, Helen; HALL, Jennifer – *Série Enfermagem Obstétrica Essencial, uma abordagem humanizada Pós-Parto*. Rio Janeiro: Elsevier, 2010
- BAYLE, Filomena; MARTINET, Serge - *Perturbações da Parentalidade*. 1.ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores, 2008.
- BEEBE, K.R. [et al] - *The Effects of Childbirth Self-Efficacy and Anxiety During Pregnancy on Prehospitalization Labor*. JOGNN. [Em linha] Vol.36, n.º 5 (2007), p. 410-418 [Consulta: 1 de Julho de 2013)]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- BERGSTRÖM, M.; KIELER, H.; WALDENSTRÖM, U. – *Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experiences of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomized controlled multicentre trial*. BJOG. [Em linha] Vol.116 (2009), p. 1167-1176 [Consulta: 1 de Julho de 2013)]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.

- BERNARDINO, Ana [et al] – *Os enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: Validação da Escala de Práticas e Comportamentos de Educação para a Saúde*. [Em linha] 2009 [Consulta: 19 de Setembro de 2012] Disponível na Internet URL: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/113>.
- BONDAS, Terese - *Finnish women's experiences of antenatal care*. Midwifery. [Em linha] Vol. 18 (2002), p.61-71. [Consulta: 10 de Janeiro de 2012)]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- BRÁS, Patrícia Maria Félix – *Um olhar sobre a parentalidade (estilos parentais e aliança parental) à luz das transformações sociais actuais*”. [Em linha] Lisboa, 2008, Dissertação de Mestrado. [Consulta: 6 de Setembro de 2012] Disponível na Internet URL: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/743/1/17380\\_Tese\\_de\\_Mestrado\\_Patricia\\_Bras.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/743/1/17380_Tese_de_Mestrado_Patricia_Bras.pdf)
- CAMPOS, Diogo A.; MONTENEGRO, Nuno; RODRIGUES, Teresa - *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 2ª Edição. Lisboa: Lidel. 2008.
- CAMPOS, Diogo A.; SILVA, Isabel S.; COSTA, Fernando J. - *Emergências Obstétricas*. Lisboa: Lidel. 2011.
- CARVALHO, Sérgio Resende – *Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projecto de Promoção à Saúde*. Cadernos de Saúde Pública [Em linha] Vol. 20, n.º 4 (2004), p. 1088-1095. [Consulta: 5 de Julho de 2011)]. Disponível na Internet: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>
- CHIPAS, A. *Do current educational programs address critical thinking in nurse anesthesia?* J. Am. Assoc. Nurse Anesthet [Em linha] Vol.63, n.º1 (1995), p.45-49. [Consulta: 8 de Janeiro de 2013)]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- CLOHERTY, John P.; EICHENWALD, Eric C.; STARK, Ann R., Ed. Lit. - *Manual de Neonatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011
- COSTA, Fernanda; COSTA, Antónia; FERREIRA, José – *Orientação do parto na apresentação pélvica a termo*. Protocolos do CHSJ. 2005. Acessível no Serviço no CHSJ.
- COUTO, Germano - *Preparação para o Parto – Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência, 2003.
- CRAIG, Jean V.; SMYTH Rosalind L., Ed. Lit. - *Prática Baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2003
- DELARAM, M.; AEIN, F. - *The Effects of Antenatal Training Sessions on Prenatal Outcomes*. Journal of Family and Reproductive Health. [Em linha] Vol.6, n.º 1 (2012), p. 29-34 [Consulta: 1 de Julho de 2013)]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- DESLANDES, Keila – *Gravidez na Adolescência: Revendo a Hipótese de empowerment*. Pesquisas e Prática Psicossociais [Em linha] Vol. 3, n.º 2 (2009), p. 150-156. [Consulta: 8 de Junho de 2011]. Disponível na Internet: URL: <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/Deslandes.pdf>

- ENFERMAGEM e cidadania: uma relação a des-ocular.* [Em linha] [Consulta: 1 de Julho de 2011)]. Disponível na Internet: URL: [http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta\\_files/enfermagem\\_cidadania.pdf](http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/enfermagem_cidadania.pdf)
- ERC (European Resuscitation Council) - *Guidelines for Resuscitation 2010.* [Em linha] 2010 [Consulta: 10 de Janeiro de 2012]. Disponível na Internet: URL: [http://www.cpressuscitacao.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=27844](http://www.cpressuscitacao.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27844)
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO - *Guia Orientador Para a Elaboração de Trabalhos Escritos.* Porto, 2007.
- FABIAN, H.M.; RÅDESTAD, I.J.; WALDENSTRÖM, U. - *Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes.* Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica [Em linha] Vol. 84 (2005), p.436-443 [Consulta: 1 de Julho de 2013)]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- FAME (Federación De Asociaciones De Matronas De España) – *Iniciativa Parto Normal: Documento de consenso.* Loures: Lusociência, 2009.
- FERREIRA, Isabel Maria Fonseca - *Empowerment: preferência e valorização das grávidas face aos cuidados de Enfermagem pré-natais.* Porto: ESEP, 2012. Dissertação de Mestrado
- FERRINHO, Paulo. [et al]. - *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – 3.3. Qualidade em Saúde.* [Em linha] 2012 [Consulta: 10 de Setembro de 2012)]. Disponível na Internet: URL: [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Qualidade\\_em\\_Sa%C3%BAde1.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Qualidade_em_Sa%C3%BAde1.pdf)
- FIGO (Internacional Federation of Gynaecologists and Obstetricians) - *Delay cord clamping to 'prevent newborn health problems'.* [Em linha] 2011 [Consulta: 17 de Julho de 2014)]. Disponível na Internet: URL: <http://www.figo.org/news/delay-cord-clamping-prevent-newborn-health-problems-005829>
- FISHER, C [et al]. - *Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study.* BioMed Central Pregnancy & Childbirth. [Em linha] 12:126 (2012) [Consulta: 1 de Julho de 2013)]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- FONTES, Raquel Maria Ferreira Veloso Fontes – *Promoção de Estilos de Vida Saudáveis nas Crianças e Adolescentes – Estudo do impacte de um projecto de intervenção.* [Em linha] Porto, 2007. Dissertação de Mestrado. [Consulta: 1 de Julho de 2011)]. Disponível na Internet: URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7267/2/xtese4.pdf>
- FRASER, Diane M.; COOPER, Margaret A. – *Assistência Obstétrica: um guia prático para a enfermagem.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2010
- GALVÃO, Dulce Maria Pereira, Garcia – *Amamentação Bem Sucedida: Alguns Factores Determinantes.* Loures: Lusociência, 2006
- GARCÊS, Maria Manuela Ferreira. – *Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade.* [Em linha] Porto, 2011. Dissertação de Mestrado. [Consulta: 11 de Setembro de 2012)]. Disponível na Internet: URL: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1783/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final.pdf>

- GASQUE, Kelly Cristine Gonçalves Dias – *Pesquisas na pós-graduação: o uso do pensamento reflexivo no letramento informal*. Ciência da Informação. [Em linha] Vol. 40, n.º 1 (2011), p.22-37. [Consulta: 19 de Novembro de 2012]. Disponível na Internet: URL: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v40n1/a02v40n1.pdf>
- GASQUET, Bernadette – *Trouver sa position d'accouchement*. França: Marabout. 2009
- GIBSON, Cherly H. – *A concept analysis of empowerment*. Journal of Advanced Nursing. [Em Linha] Vol. 16 (1991), p. 354-361. [Consulta: 10 de Janeiro de 2012] Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- GIL, Maria José – *Dar sem (se) perder*. Análise Psicológica. [Em linha] Vol. 3 (1998), p. 393-404. [Consulta: 19 de Fevereiro de 2012]. Disponível na Internet: URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a05.pdf>
- GRAÇA, Luís Mendes – *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010
- HERMANSSON, Evelyn; MARTENSSON, Lena – *Empowerment in the midwifery context – a concept analysis*. Midwifery. [Em linha] Vol. 27 (2011), p. 811-816. [Consulta: 10 de Janeiro de 2012]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David – *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda. 2011
- ICM, FIGO – *Joint Statement Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-Partum Hemorrhage*. [Em Linha] 2003 [Consulta: 30 de Junho de 2012]. Disponível da Internet: URL: <http://www.figo.org/projects/prevent/PPH>
- ICN – *CIPE Versão 1 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra, Suíça: International Council of Nurses, 2005.
- ICN – *CIPE Versão 2, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra, Suíça: International Council of Nurses, 2011.
- INFARMED – *Folheto Informativo. Ocitocina* [Em linha] 2008 [Consulta: 5 de Janeiro de 2012]. Disponível da Internet: URL: [http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=39664&tipo\\_doc=fi](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=39664&tipo_doc=fi)
- IP, WY.; TANG, C. SK.; GOGGINS, W.B. – *An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth*. Journal of Clinical Nursing. [Em linha] Vol. 18 (2009), p.2125-2135 [Consulta: 1 de Julho de 2013]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- KAMEDA, Yukie; SHIMADA, Keiko – *Development of na empowerment scale for pregnant woman*. Journal of Tsuruma Health Science Society Kanazawa University [Em Linha] Vol.32, n.º 1 (2008), p.39-48. [Consulta: 13 de Maio de 2013] Disponível na Internet: URL: <http://dspace.lib.kanazawa-u.ac.jp/dspace/bitstream/2297/10997/1/AA11599711-32-1-kameda.pdf>
- KLEBA, Maria E.; COMERLATTO, Dunia; COLLISELLI, Liane – *Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde*. Texto Contexto Enfermagem. [Em linha] Vol. 16, n.º 2 (2007), p. 35-

42. [Consulta: 11 de Setembro de 2012)]. Disponível na Internet: URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a18v16n2.pdf>
- LEAL, Isabel – *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto, 2006
- LEITE, Lúcia [et al] – *Documento de Consenso «Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada»*. Ordem dos Enfermeiros [Em linha] Maio, 2012 [Consulta: 25 de Novembro de 2012] Disponível da Internet URL: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro\\_Partto\\_Normal.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Partto_Normal.pdf)
- LIMA, Maria Auxiliadora da Cruz; CASSIANI, Sílvia Helena de Bortoli – *Pensamento Crítico: Um Enfoque na Educação de Enfermagem* Rev.latino-am.enfermagem. [Em linha] Vol. 8, n.º 1 (2000), p. 23-30. [Consulta: 4 de Julho de 2011]. Disponível na Internet: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12430.pdf>
- LOWDERMILK, Deitra Leonard.; PERRY, Shannon E. – *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008.
- MAIMBURG, R.D. [et al]. - *Randomized trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process*. BJOG. [Em linha] Vol.117 (2010), p. 921-928 [Consulta: 1 de Julho de 2013]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- MARTINS, Cristina Araújo – *Transição para a parentalidade*: [Em linha] Lisboa, 2009. [Consulta: 11 de Setembro de 2012)]. Disponível na Internet: URL: <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/242082.PDF>
- MATTHEWS, Anne; SCOTT, P. Anne; GALLAGHER, Pamela. *The development and psychometric evaluation of the Perceptions of Empowerment in the Midwifery Scale*. Midwifery [Em linha] 25, 2009 [Consulta: 10 de Janeiro de 2012)]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- MAZZA, Verônica de Azevedo – *Necessidades das Famílias com Relação ao Desenvolvimento Infantil à Luz da Promoção da Saúde*. [Em linha] São Paulo, 2007. Tese de Doutoramento. [Consulta: 1 de Julho de 2011)]. Disponível na Internet: URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-24012008-152555/pt-br.php>
- MCALLISTER, Elan – *Transparency in Maternity Care: Empowering women to Make Educated Choices*. The Journal of Perinatal Education. [Em linha] Vol. 17, n.º 4 (2008), p. 8-11. [Consulta: 8 de Junho de 2011)]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- MCKINNEY, Deena. – *A Qualitative Study of Bradley Method of Childbirth Education*. IJCE. [Em linha] Vol. 21, n.º3, p.26-28 [Consulta: 8 de Junho de 2011)]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- MEDINAS, Adelaide; DUARTE, Carla; DUARTE, Telma – *Nascer Tranquilo*. Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Almada, 2010, n.º11
- MENDES, Isabel Margarida M. M. D. – *Ajustamento Materno e Paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. [Em linha] Porto, 2007. Dissertação de Doutoramento. [Consulta: 11 de Setembro de 2012)]. Disponível

- na Internet: URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7250/2/DissertaodoutoramentolsabelMendesAjustamento%20Materno%20e%20Paterno.pdf>
- MENDES, Karina D.S.; SILVEIRA, Renata C.C.P.; GALVÃO, Cristina M. – *Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem [Em linha] Vol. 17, n.º4 (2008), p.758-764. [Consulta: 5 de Março de 2013] Disponível na Internet URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- MONTENEGRO, Carlos António Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge – *Rezende, Obstetrícia Fundamental*. 12ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011
- MORAIS, Fátima Raquel Rosado – *A Humanização no Parto e no Nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira*. [Em linha] Natal, 2010. Tese de Doutorado. [Consulta: 4 de Julho de 2011]. Disponível na Internet: URL: [http://bdtd.bczm.ufrn.br/tde\\_arquivos/37/TDE-2011-01-13T000228Z-3254/Publico/FatimaRRM\\_TESE.pdf](http://bdtd.bczm.ufrn.br/tde_arquivos/37/TDE-2011-01-13T000228Z-3254/Publico/FatimaRRM_TESE.pdf)
- NEVES, Sílvia Pina; FARIA, Luísa – *Auto-conceito e Auto-eficácia: Semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar*. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. [Em Linha] Vol. 6 (2009), p. 206-218. [Consulta: 2 de Fevereiro 2014] Disponível na Internet URL: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1330/2/206-218\\_%20FCHS06-5.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1330/2/206-218_%20FCHS06-5.pdf)
- NOGUEIRA, Adriana Tanese – *Empoderando as Mulheres – As Deusas na Gravidez, Parto e Pós-Parto*. 1ª Edição. São Paulo, Biblioteca 24horas, 2009
- OLIVEIRA, Graça. [et al] – *Consensos: Reanimação do Recém-Nascido de Termo na Sala de Partos*. [Em Linha] 2012 [Consulta: Setembro de 2012] Disponível na Internet URL: <http://www.lusoneonatologia.com/pt/consenso/33/reanimacao-do-rn-de-termo-na-sala-de-parto/>
- OLIVEIRA, Palmira da Conceição Martins – *Auto-Eficácia Específica nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais: percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem*. [Em linha] Porto, 2010, Dissertação de Mestrado [Consulta: 16 de Novembro de 2012)]. Disponível na Internet: URL: <http://repositorio.uportu.pt/xmlui/bitstream/handle/11328/136/TME%20412.pdf?sequence=2>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Revista da Ordem dos Enfermeiros [Em Linha] Outubro de 2003 [Consulta: 25 de Março de 2012] Disponível da Internet URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Parecer n.º117/2009 Utilização de Cinta durante o Puerpério*. [Em Linha] 2009 [Consulta: 13 de Fevereiro de 2012] Disponível na Internet URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Parecer n.º23/2011 Procedimento de Cuidados Perineais à Puérpera durante o internamento hospitalar*. [Em Linha] 2011. [Consulta: 13 de Fevereiro de 2012] Disponível na Internet URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. [Em linha] 2010a [Consulta: 11 de Novembro de 2011] Disponível na Internet URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia*. [Em linha] 2010b [Consulta: 11 de Novembro de 2011] Disponível na Internet URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- PEREIRA, C. [et al]. *Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados*. Nursing. [Em Linha] N.º 267 (2011), p. 8-15. [Consulta: 22 de Setembro de 2012]. Disponível na Internet: URL: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.U9FDvmOmU11>
- PEREIRA, Maria Adriana – *Aleitamento Materno – Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação – Resultados de um Estudo Experimental*. Loures: Lusociência. 2006
- PEREIRA, Mónica Alexandra Miranda – *A importância atribuída pelos Enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. [Em linha] Lisboa, 2010. Dissertação de Mestrado. [Consulta: 1 de Julho de 2011]. Disponível na Internet: URL: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/1666>
- PRATA, Ana Paula – *Apontamentos das aulas de Preparação para o Parto*. Porto: ESEP. 2010
- QUEIROZ, Ana Albuquerque – *As Competências dos Profissionais de Enfermagem: Como as Afirmar e as Desenvolver*. [Em linha] 2007 [Consulta: 11 de Janeiro de 2012] Disponível na Internet URL: [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2770](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2770)
- RAMOS, Ana Lúcia Caeiro – *“Empowerment” do cidadão em saúde: Qual o papel do profissional de saúde? Qual a percepção do cidadão?* [Em linha] Lisboa, 2003. Dissertação de Mestrado. [Consulta: 6 de Setembro de 2012]. Disponível na Internet: URL: [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Tese\\_Mestrado\\_Ana\\_Caeiro\\_Ramos.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Tese_Mestrado_Ana_Caeiro_Ramos.pdf)
- REGULAMENTO N.º127/2011. Diário da República, 2.ª série. N.º 35 (18/02/2011), p. 8662-8666.
- REMER, Molly – *Satisfaction with Birth*. International Journal of Childbirth Education. [Em linha] Vol. 23, n.º3 (2008) p.13-16. [Consulta: 8 de Junho de 2011]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- RIBEIRO, Ana Francisca Martins – *Preparação para o Parto. Trabalho Final da UC de Preparação para o Parto*. Porto, 2010
- RIBEIRO, Ana Francisca Martins – *Será que a indução do trabalho de parto em mulheres nulíparas aumenta o risco de cesariana? Trabalho Final da UC de Prática Baseada na Evidência*. Porto, 2011

- ROACH, Simone – *Caring: The Human Mode of Being, Implications for Nursing*. Toronto: Faculty of Nursing. 1984
- ROBERTSON, B.; AYCOCK, D.M.; DARNELL, L.A. - *Comparison of Centering Pregnancy to Traditional Care in Hispanic Mothers*. *Matern Child Health Journal* [Em linha] Vol. 13 (2009), p.407-414 [Consulta: 1 de Julho de 2013]. Disponível na Base de Dados da EBSCO Host da Faculdade de Medicina do Porto.
- ROCHA, Jaqueline Alvarenga; NOVAES, Paulo Batistuta – *Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organizações Mundial Saúde para parto normal. Feminina* [Em linha] Vol, 38, n.º3 (2010), p. 119-126. [Consulta: 19 de Fevereiro de 2012)]. Disponível na Internet: URL: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>
- RODRIGUES, Bruno. *Parto Humanizado*. [Em linha] [Consulta: 20 de Fevereiro de 2013)]. Disponível na Internet: URL: <http://guiadobebe.uol.com.br/parto-humanizado/>
- RODRIGUES, D.B. *O Pensar Reflexivo: Uma Análise à Luz de John Dewey*. [Consulta: 19 de Novembro de 2012)]. Disponível na Internet: URL: [http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/eventos/evento2004/GT.2/GT\\_2\\_25\\_2004.pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/eventos/evento2004/GT.2/GT_2_25_2004.pdf)
- SÁ-CHAVES, Isabel org. – *Os “Portfolios” Reflexivos (também) trazem Gente Dentro*. Porto: Porto Editora, 2005
- SANDALL, Jane [et al] *Midwife-led continuity models versus mther models of care for childbearing women*. The Cochrane Library. [Em linha] 2013. [Consulta: 17 de Abril de 2014]. Disponível na Internet: URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub3/abstract>
- SANTOS, Cristina M.C.; PIMENTA, Cibele A. M.; NOBRE, Moacyr, R. C. – *A Estratégia PICO para a Construção da Pergunta de Pesquisa e Busca de Evidências*. *Revista Latino Americana de Enfermagem* [Em Linha] Vol. 15, n.º 3 (2007). [Consulta: 19 de Novembro de 2012)]. Disponível na Internet: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000300023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000300023&script=sci_abstract&tlng=pt)
- SANTOS, Ilda Maria Barroca – *Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez*. [Em Linha] Viseu, 2012. Dissertação de Mestrado [Consulta: 13 de Maio de 2013] Disponível na Internet: URL: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1492>
- SANTOS, Luciana Patriota Gusmão Soares dos – *A Atuação do Agente Comunitário de Saúde em São Bernardo do Campo: Possibilidades e Limites para a Promoção da Saúde*. [Em linha] São Paulo, 2005. Dissertação de Mestrado. [Consulta: 1 de Julho de 2011)]. Disponível na Internet: URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-21112006-102019/pt-br.php>
- SDTO (Self-Determination Theory Organization) – *Self-Determination Theory*. [Em linha] 2014 [Consulta: 11 de Julho de 2014] Disponível na Internet URL: <http://www.selfdeterminationtheory.org/theory/>
- SERRANO, Maria Teresa P.; COSTA, Arminda da Silva M.C.; COSTA, Nilza Maria V.N. – *Cuidar em Enfermagem : como desenvolver a(s) competência(s)*. *Revista*

- de Enfermagem Referência. [Em linha] III Série, n. 3 (2011) p. 15-23. [Consulta: 16 de Novembro de 2012]. Disponível na Internet: URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a02.pdf>
- SERRANO, Maria Teresa Pereira – *Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros em contexto de trabalho*. [Em linha] Aveiro, 2008, Tese de Doutoramento [Consulta: 30 de Janeiro de 2013]. Disponível na Internet: URL: [http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD\\_T\\_Serrano.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD_T_Serrano.pdf)
- SILVA, João G.A.; PEIXOTO, Maurício A.P.; JERÔNIMO, Ingrid – *O “Pensamento Reflexivo” de Dewey e a influência no processo ensino-aprendizagem: aplicações nas Ciências da Saúde*. [Em linha] Niterói, Rio de Janeiro, 2012. [Consulta: 19 de Novembro de 2012]. Disponível na Internet: URL: <http://www.ensinosaudeambiente.com.br/eneciencias/anaisiiieneciencias/trabalhos/T118.pdf>
- SILVANI, Cristiana Maria Baldo – *Parto Humanizado – Uma revisão bibliográfica*. [Em linha] Porto Alegre, 2008, Trabalho de Especialização em Saúde Pública. [Consulta: 19 de Fevereiro de 2013] Disponível na Internet URL: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28095/000767445.pdf?sequencia=1>
- SOARES, Hélia Maria – *O Acompanhamento da Família no seu processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem*. [Em linha] Porto, 2008, Dissertação de Mestrado. [Consulta: 6 de Setembro de 2012] Disponível na Internet URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7175/2/Tese%20Mestrado%20Hlia.pdf>
- SOUSA, Fábio – *Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever*. [Em linha] 2009. [Consulta: 1 de Julho de 2011]. Disponível na Internet: URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/artigospublicadoimpresalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>
- SOUZA, Heloisa Regina – *A Arte de Nascer em Casa: Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo*. [Em linha] Florianópolis, 2005. Dissertação de Mestrado. [Consulta: 30 de Junho de 2011]. Disponível na Internet: URL: <http://www.musa.ufsc.br/heloisa.pdf>
- SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly D.; CARVALHO, Rachel – *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. Einstein.[Em linha] Vol. 8, n.1 (2010) p. 102-106. [Consulta: 6 de Janeiro de 2014]. Disponível na Internet: URL: [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1\\_p102-106\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf)
- TEIXEIRA, César Bessa Pinheiro Vieira – *Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez*. [Em linha] Porto, 2011. Dissertação de Mestrado. [Consulta: 11 de Setembro de 2012]. Disponível na Internet: URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21903/4/tese.pdf>
- VIANA, Marta Patrícia Carvalho – *Empowerment, qualidade de serviço e satisfação na consulta de diabetes*. [Em linha] Aveiro, 2010. Dissertação de Mestrado. [Consulta: 11 de Setembro de 2012]. Disponível na Internet: URL: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/5134/1/disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

VIEIRA, Margarida. *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, LDA. 2008

WHO. *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization [Em Linha] 1998 [Consulta: 10 de Janeiro de 2012]. Disponível na internet URL: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)

WOLFF, L. R. *Representações Sociais de Mulheres sobre Assistência no Trabalho de Parto e Parto*. [Em linha] Rio de Janeiro, 2004. Tese de Doutorado. [Consulta: 4 de Julho de 2011]. Disponível na Internet: URL: [http://teses.ufrj.br/EEAN\\_D/LeilaReginaWolff.pdf](http://teses.ufrj.br/EEAN_D/LeilaReginaWolff.pdf)

**Sites Consultados:**

- <http://www.amigasdoparto.com.br>
- <http://www.lamaze.org>
- <http://www.activebirthcentre.com>
- <http://www.motherfriendly.org>
- [www.diagnosticoprecoce.org](http://www.diagnosticoprecoce.org)

## ANEXOS



## **INDICE DE ANEXOS**

Anexo 1 – Partos Executados durante a Unidade Curricular de Estágio de  
Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto



Anexo 1 – Partos Executados durante a Unidade Curricular de Estágio de Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto

	N.º do Processo	Data	Exames Pré-Natais	Grávidas		Parturientes		Partos Executados		Partos Participados		Puérperas		Recém-nascidos	
				Risco	Normais	Risco	Normais	Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvicos	Cefálicos	Risco	Normais	Risco	Normais
1	12010884	28/03/2012					x	x					x		x
2	93071072	30/03/2012				x		x				x		x	
3	9003034	30/03/2012					x		x				x		x
4	9013040	02/04/2012					x		Laceração1º				x		x
5	5008688	03/04/2012				x		x	Laceração1º			x		x	
6	8027256	18/04/2012					x		Laceração1º				x	x	
7	1014326	18/04/2012					x	x					x		x
8	11032396	20/04/2012					x		Laceração1º				x		x
9	9012951	22/04/2012					X		Laceração1º				X	x	
10	11175894	23/04/2012					x	x					x		x
11	10237238	28/04/2012					x		x				x		Feto morto
12	93044647	29/04/2012				x			Laceração1º			x		x	
13	6004705	05/05/2012						x				x		x	
14	94003087	05/05/2012							Laceração 1º			X		x	
15	7040679	07/05/2012					x		x				x		X
16	8033350	09/05/2012					x		Laceração2º				x		x
17	9035373	10/05/2012					x		x				x		x
18	11137017	12/05/2012					x		Laceração2º				x		x
19	94024819	20/05/2012					x	x	Laceração2º				x		x
20	3042067	25/05/2012					x	x					x		x
21	1012832	28/05/2012					x		Laceração 1º				x		x
22	2015898	04/06/2012					x		Laceração 1º				x	x	
23	11006682	04/06/2012							x				x	x	
24	99022913	09/06/2012					x	x					x		x
25	8039777	11/06/2012					x	x					x		x

	N.º do Processo	Data	Exames Pré-Natais	Grávidas		Parturientes		Partos Executados		Partos Participados		Puérperas		Recém-nascidos	
				Risco	Normais	Risco	Normais	Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvicos	Cefálicos	Risco	Normais	Risco	Normais
26	10024028	11/06/2012				x		x					x		x
27	12018813	12/06/2012					x	x					x		x
28	97026158	16/06/2012				x			x				x	x	
29	11008266	19/06/2012					x	x					x		x
30	11170752	19/06/2012					x	x					x		x
31	1016778	24/06/2012					x	x					x		x
32	2042933	24/06/2012					x		x				x		x
33	10017338	29/06/2012					x	x					x		x
34	97029245	29/06/2012					x		Laceração 2º				x		x
35	4031462	29/06/2012					x	x					x	x	
36	4028209	04/07/2012					x	x					x		x
37	11014835	06/07/2012					x		x				x		x
38	99034795	16/07/2012				x			x				x		x
39	12022686	17/07/2012					x		Laceração 1º				x		x
40	9037247	19/07/2012					x	x					x		x
41	99035982	21/07/2012					x	x					x		x
42	95000309	21/07/2012					x		x				x		x
43	9264005	23/07/2012					x		Laceração 1º				x		x
44		24/07/2012					x		x				x		x