



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

SONHO ADIADO: TORNAR-SE MÃE DEPOIS DOS 35

Maternidade Tardia e Cuidados Especializados de Enfermagem

Cristina Sofia Chaves Roquete Baptista

2015

Não contempla as correções resultantes de discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

SONHO ADIADO: TORNAR-SE MÃE DEPOIS DOS 35

Maternidade Tardia e Cuidados Especializados de Enfermagem

Cristina Sofia Chaves Roquete Baptista

Orientadora: Prof.^a Irene Soares

Julho de 2015

*Não é o quanto fazemos,
mas quanto amor colocamos no que fazemos.*

*Não é o quanto damos,
mas quanto amor colocamos no doar.*

Madre Teresa de Calcutá

DEDICATÓRIA

*Para a Aurora
que deu mais sentido à palavra Mãe*

AGRADECIMENTOS

À Professora Orientadora deste relatório, Professora Irene Soares pela partilha de saberes e por ter ajudado a guiar o meu percurso de aprendizagem, mas sobretudo pelo inextinguível interesse, compreensão e disponibilidade que desde sempre colocou no nosso relacionamento. A si, o meu reconhecido e sincero obrigada.

À Senhora Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, Enf.^a G.S., por comigo ter partilhado a sua mestria e orientado de forma brilhante o estágio que realizei. Obrigada por todo o apoio, pela boa disposição e por me ter dado a melhor notícia que alguma vez recebi!

À equipa de enfermagem do local de ensino clínico um sentido obrigada por se terem mobilizado no sentido de me proporcionar a melhor experiência de estágio possível, pelo apoio e companheirismo.

Aos restantes profissionais de saúde da instituição onde estagiei por me terem feito sentir parte integrante da equipa e colaborado na minha formação.

A todas as mulheres, bebés e acompanhantes que permitiram que deles cuidasse e sem os quais nada disto faria sentido.

Às amigas que me apoiaram, pela sua paciência e incentivo: vocês sabem quem são!

Ao meu marido por acreditar e apoiar incondicionalmente, mesmo nas horas mais difíceis e por ser o melhor pai para a nossa filha.

Aos meus pais, irmão e avó pelo amor com que cuidaram da A. nas nossas ausências, pelo carinho e por nunca me terem deixado baixar os braços

À minha fonte de inspiração e resiliência: aquele que nunca esqueço e que sempre me acompanha.

LISTA DE SIGLAS

BCF - Batimentos cardíacos fetais

BO - Bloco operatório

BPN - Baixo peso ao nascer

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CST - Cesariana

CTG - Cardiotocografia

DG - Diabetes gestacional

DM - Diabetes Mellitus

EC - Ensino clínico

EESMO - Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA - Estados Unidos da América

HTA - Hipertensão Arterial

IA - Índice de Apgar

IG - Idade gestacional

IMC - Índice de massa corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

LTM - Líquido tinto de mecónio

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PTGO - Prova de tolerância à glicose oral

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEESMOG - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro
Especialista de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia.

RCIU - Restrição de crescimento intrauterino

RN - Recém nascido

RPM - Rotura prematura de membranas

RSL - Revisão sistemática da literatura

SO - Serviço de observação

SUOG - Serviço de urgência obstétrica e ginecológica;

TP - Trabalho de parto

RESUMO

Relatório concebido no âmbito do Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

OBJETIVOS: Refletir e avaliar as intervenções de enfermagem realizadas durante o estágio no intuito de desenvolver as competências especializadas delineadas no projeto de aprendizagem. A fim de adquirir competências relacionadas com a prestação de cuidados especializados à primípara com mais de 35 anos de idade, feto/RN e acompanhante, foram desenvolvidas intervenções na prática e uma revisão sistemática da literatura.

METODOLOGIA: Revisão Sistemática da Literatura, com questão PICO: Quais as intervenções do EEESMO no cuidar da primípara com idade superior a 35 anos que promovem uma parentalidade saudável?

Desta resultou um artigo com contributos para o estudo da temática.

CONCLUSÕES: Foram implementadas diversas intervenções de enfermagem junto da mulher/grávida/parturiente/puérpera/feto/recém-nascido/acompanhante durante os períodos pré e pós natal, trabalho de parto e parto e em situação de saúde/doença ginecológica, com o objetivo de desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista de saúde materna, obstétrica e ginecológica, estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros e *International Confederation of Midwives*.

Verificou-se maior probabilidade da população-alvo desenvolver complicações antes, durante e após o parto que contribuem para aumentar a incidência de partos distócicos. As principais intervenções de enfermagem especializadas a implementar incluem: Enquadrar a parturiente/ acompanhante quanto à problemática da maternidade tardia nos aspetos mais relevantes (...); vigiar, durante o TP/parto sinais/sintomas de complicações que possam redundar em TP distócico; capacitar para a prestação de cuidados ao recém nascido (...) promovendo a transição para a parentalidade saudável; sensibilizar os profissionais de saúde do bloco de partos para a problemática da maternidade tardia e riscos associados.

Palavras-Chave: Maternidade tardia, cuidar em enfermagem, trabalho de parto, parto.

ABSTRACT

Report written within the Master's Course in Maternal Health Nursing and Midwifery, as part of the curricular internship with report, at Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

GOALS: To reflect and evaluate the nursing interventions carried out during the internship in order to develop the skills outlined in the learning project. In order to acquire skills related to the provision of specialized care to primiparous women aged over 35, the fetus/newborn and significant other, interventions were carried out during the internship, supported by a systematic literature review. This review returned an article that offered significant contributions to the study of this subject.

METHODOLOGY: Systematic Literature Review, based on the PICO question: Which specialized nursing interventions should the nurse-midwife develop while caring primiparous women over 35 in order to promote healthy parenthood?

CONCLUSIONS: Several nursing interventions were implemented while caring of pregnant women/ parturient/ puerperae /women /fetuses/ newborns/significant others during labor, pre and postnatal periods, in women both healthy and with gynecological disease, in order to develop specific specialized nursing skills, as established by the portuguese Ordem dos Enfermeiros and the International Confederation of Midwives.

It was found that primiparous women over 35 are more prone to develop complications before, during and after delivery, which contributes to the increased incidence of dystocia. The main interventions for nurses-midwives to implement include: informing women/significant others about the problems associated with advanced maternal age in their most relevant aspects (...); monitor signs/symptoms of complications that might result in dystocia during labor/birth; enable newborns' care and transition to healthy parenting, while promoting bonding and anxiety relief; raise awareness among health professionals to risks and problems associated with advanced maternal age.

Keywords: Advanced maternal age, nursing care, labor and delivery.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. METODOLOGIA.....	15
1.1 – CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	15
1.2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	15
1.2.1- RECURSOS UTILIZADOS	16
1.3- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	17
1.3.1- PROTOCOLO DE PESQUISA.....	18
2 – DESCRIÇÃO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	20
2.1 - OBJETIVO 1.....	21
2.2- OBJETIVO 2.....	24
2.3 - OBJETIVO 3.....	29
2.4 - OBJETIVO 4.....	39
2.5 - OBJETIVO 5.....	42
2.6 - OBJETIVO 6.....	44
2.6.1 - Discussão e análise dos resultados/ conclusão da RSL	50
3- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	61
ANEXOS	68
ANEXO 1 – Artigo resultante da RSL.....	69
APÊNDICES	75
APÊNDICE 1 – Quadro resumo do artigo.....	76
APÊNDICE 2 - Principais complicações decorrentes da idade materna avançada sobre a gravidez, parto e trabalho de parto	78

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório enquadra-se na unidade curricular Estágio com Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Estágio com Relatório decorreu num hospital central de Lisboa e Vale do Tejo, nos serviços de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica, com orientação pedagógica da Professora Irene Soares. Teve 500h de duração, no período entre 18 de fevereiro e 12 de julho de 2013. No caso em particular, este relatório é elaborado cerca de 2 anos após a conclusão do estágio, adiamento que se dá em virtude da estudante ter vivido o seu próprio projeto de maternidade.

De acordo com Carmo e Ferreira (1998, p. 154) o principal objetivo de um relatório “ (...) é pôr em comum uma determinada acção do autor e partilhar um conjunto de informações por ele consideradas relevantes”. Segundo Tunning (2005), este tipo de produção tem ainda por finalidade demonstrar que o estudante “ (...) desenvolveu conhecimento académico e independência de forma a ser capaz de aplicar teoria e métodos científicos tanto no contexto académico como profissional” (Botelho, 2010).

A leitura de um relatório permite conhecer o percurso de aprendizagem trilhado por alguém e neste caso será possível compreender, de forma crítica e reflexiva, que caminho foi percorrido e de que modo ocorreu, no intento de desenvolver competências que permitam tornar-se EESMO e, simultaneamente, mestre na mesma área.

Este trabalho sustenta-se no Projeto de aprendizagem previamente desenvolvido, sendo dele que simultaneamente se parte (para definir objetivos, estratégias, planear o percurso do estágio) e onde sistematicamente se regressou (para redefinir, reorganizar, alterar, à medida que o estágio decorreu). A reflexão essencial à elaboração deste relatório traduz-se numa importante medida de consciencialização das vulnerabilidades da estudante, mas também de consolidação dos aspetos mais positivos, o que permitiu melhorar a qualidade do desempenho.

Através deste relatório pretende-se:

- Refletir criticamente acerca da consecução dos objetivos delineados para o estágio, bem como as competências desenvolvidas;
- Realizar uma reflexão final, no sentido de aperfeiçoar a capacidade de autocrítica e autoanálise;
- Facultar um instrumento de avaliação ao júri de apreciação;
- Alcançar o grau acadêmico de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, após apresentação e discussão pública.

Relativamente ao estágio a que reporta este relatório foi delineado um conjunto de objetivos, cujo cumprimento caracteriza o desenvolvimento de competências especializadas para o cuidar em enfermagem de saúde materna, obstetrícia e ginecologia em contexto de BP e SUOG. Estes objetivos têm por base o constante do Documento Orientador do Estágio com Relatório (ESEL, 2014) e focam também a prestação de cuidados especializados dentro de uma área temática que suscita o interesse da estudante.

O objetivo geral do Estágio com Relatório, aquele que sumariza os resultados gerais que se esperava que a estudante viesse a atingir era:

- Prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher, grávida, parturiente, puérpera, recém-nascido e família, em situação de saúde/doença, em contexto de Bloco de Partos e Urgência de Obstetrícia/Ginecologia.

Os objetivos específicos eram:

1. Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados de enfermagem, individualizados, à mulher/família em situação de urgência ginecológica;
2. Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados de enfermagem, individualizados, à grávida/parturiente/ puérpera/família em situação de urgência obstétrica;
3. Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados de enfermagem, individualizados, à parturiente/feto/RN/acompanhante, durante os quatro estádios do trabalho de parto;

4. Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados de enfermagem, individualizados, ao RN em situação de saúde/doença, na sua adaptação à vida extrauterina e promovendo a transição saudável para a parentalidade;
5. Avaliar as competências desenvolvidas e seu aperfeiçoamento, privilegiando a reflexão na ação, com raciocínio crítico e sob uma perspetiva evolutiva;
6. Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas, científicas, técnicas e relacionais que permitam cuidar das mulheres que são mães pela primeira vez após os 35 anos de idade, promovendo a transição para a parentalidade da forma mais saudável possível.

Durante o estágio a estudante procurou desenvolver as competências propostas relacionadas com a prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família durante o TP, parto, período pós-parto imediato, em situação de abortamento e doença ginecológica, no intuito da promoção da saúde, bem-estar e transição para a parentalidade segura. As competências mencionadas são as definidas pela OE (2010b, 2010c) no RCCEE e RCEESMOG, as competências 4,5, 6 e 7 definidas pela ICM (2010) e também as constantes do Documento Orientador acima referido (ESEL, 2014). Adicionalmente foram delineadas algumas outras a adquirir durante o estágio, relacionadas com uma área do interesse da estudante: a prestação de cuidados de enfermagem especializados, em Bloco de Partos, a mulheres que são mães pela primeira vez em idade avançada (que se definiu ser igual ou superior a 35 anos).

A estudante exerce a sua atividade profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e tem verificado com preocupação crescente um aumento do número de mulheres que adiam a maternidade além dos 35 anos, fato corroborado também pelas experiências de estágios anteriores. Na sociedade portuguesa contemporânea esta é uma realidade cada vez mais presente, com impacto indelével na saúde materno-infantil. Dados oficiais emanados pelo INE confirmam que estamos a assistir gradualmente ao envelhecimento da população materna (capítulo 2, objetivo 6).

Aos 35 anos ou mais é bastante provável que se sofra de algum tipo de doença com o potencial de complicar uma gestação. Assim, é lícito afirmar que nesta faixa etária o risco de desenvolver complicações na gravidez, com sério impacto no decurso da mesma, no trabalho de parto, sobre a mãe e o feto/bebé, é bastante aumentado relativamente à mulher mais jovem.

Cabe ao EESMO estar atento a estas tendências demográficas, no sentido de adaptar os cuidados que presta às reais necessidades das populações que serve. As questões relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem especializados a mulheres/famílias que são mães pela primeira vez em idade avançada, particularmente sobre o trabalho de parto e parto, merecem atenção e investimento dos EESMO pois traduzem o futuro de muitas famílias por nascer.

A matriz concetual do Relatório fundamentou-se na Teoria das Transições em Enfermagem de Meleis (2000, 2007) que se adapta ao planeamento dos cuidados de enfermagem a prestar à pessoa/família que passa por uma situação de transição tão relevante no seu ciclo de vida: o nascimento do primeiro filho.

Para cumprir as exigências de máximo rigor científico é essencial que o relatório se fundamente em fatos reais, pelo que durante o estágio se procedeu à seleção e registo dos dados mais relevantes, de forma continuada e numa sequência lógica. Também se torna vital que o trabalho seja sucinto e organizado, simplificando a sua leitura e análise. Optou-se então por dividi-lo em cinco capítulos: inicia-se com a presente Introdução, secundada por um capítulo metodológico em que se realiza a fundamentação teórica, se explana a metodologia utilizada e se discriminam os vários passos seguidos na RSL. Posteriormente, um capítulo em que se relatam e criticam as atividades e competências desenvolvidas no estágio em relação com as principais conclusões retiradas do artigo resultante da RSL. A terminar, um capítulo de reflexão dedicado às considerações finais.

1. METODOLOGIA

1.1 – CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O Estágio com Relatório decorreu num hospital de apoio perinatal diferenciado tutelado pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O estágio teve lugar no BP e SUOG desse mesmo hospital. Nele realizam-se sensivelmente 3 mil partos por ano.

Ao BP podem recorrer mulheres grávidas que necessitem de vigilância do bem-estar materno-fetal e parturientes. No BP o número mínimo de profissionais de enfermagem presentes em cada turno é de 5 EESMO e 2 enfermeiros generalistas.

Ao SUOG podem recorrer todas as mulheres da zona de influência do Hospital que necessitem de cuidados urgentes/ emergentes no âmbito da saúde obstétrica ou ginecológica. A triagem é realizada pelo EESMO que exerce funções no local, segundo o modelo de Manchester. Em cada turno encontram-se no mínimo 1 EESMO e 1 enfermeiro generalista.

1.2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Com a participação no Estágio com Relatório pretendeu-se que a mestranda fosse capaz de desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher, grávida, parturiente, puérpera, RN e família, em situação de saúde/doença, de forma individualizada, em contexto de BP e Urgência de Obstetrícia/Ginecologia (o objetivo *major* do estágio).

Adicionalmente, e como foi de resto explicitado na Introdução deste relatório, também se intentou investigar sobre uma problemática em particular, do interesse da estudante e relacionada com os objetivos geral e específicos delineados para o estágio: as intervenções especializadas de enfermagem a desenvolver junto das primíparas com idade superior a 35 anos, em contexto de BP.

Para a concretização do trabalho de pesquisa inerente à produção do Relatório de Aprendizagem, a estudante recorreu à metodologia de RSL com

pesquisa na plataforma EBSCOhost (segundo o protocolo que se expõe no capítulo 1.3).

Contribuíram também para este trabalho os registos das aprendizagens efetuadas na prestação de cuidados especializados de enfermagem a primíparas com idade superior a 35 anos durante o Estágio com Relatório e os registos de experiências progressas de prestação de cuidados especializados de enfermagem a mulheres grávidas e puérperas, pela primeira vez, com mais de 35 anos, em estágios do CMESMO. Estes surgiram com o propósito de reconhecer as vivências pessoais que pudessem valorizar a pesquisa e melhorar o entendimento da questão em estudo, contribuindo para a prestação futura de cuidados especializados de maior qualidade a estas mulheres /famílias.

Pela cabal importância que o fator experiência profissional assume na produção de conhecimento que permita a evolução da Enfermagem enquanto ciência do cuidar, foram também alvo de análise e inclusão neste trabalho os dados mais relevantes relacionados com a temática em estudo, obtidos através do registo de experiências relatadas pelos pares (EESMO em funções no contexto de estágio).

1.2.1- RECURSOS UTILIZADOS

Na execução deste relatório de estágio usaram-se os seguintes recursos:

- Humanos – Primíparas com 35 ou mais anos de idade e acompanhantes a quem a mestranda prestou cuidados especializados de enfermagem durante o Estágio com Relatório; docente orientador; EESMO orientador do local de prática; equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar do local de estágio.
- Materiais – Computador com acesso à internet; bibliografia relevante (livros, periódicos e sessões letivas do CMESMO); registos de práticas e registos de interações.
- Temporais – Do início do Estágio com relatório até 14/08/2015 (compreende dois períodos de prorrogação por gravidez de alto risco obstétrico e licença de maternidade).

1.3- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Neste relatório de estágio foi empregue a metodologia de RSL. Apesar de não ser exigida a utilização desta metodologia a estudante optou por fazê-lo no intuito de maximizar a qualidade científica do seu trabalho.

De acordo com o *Cochrane Handbook* (Higgins e Green, 2011) a RSL traduz-se na busca e coleção de toda a evidência científica já produzida, que se encaixe em critérios pré-determinados de elegibilidade, com a finalidade última de oferecer respostas a uma questão de investigação. Na mesma obra é referido que o primeiro passo para a realização de uma RSL cientificamente válida é a determinação do seu foco. Construir uma questão de investigação que claramente enquadre e englobe os focos de interesse a estudar, facilitará posteriormente a RSL.

Tanto os critérios de elegibilidade (inclusão/exclusão), como a questão de investigação foram estabelecidos com base no método PICO (Higgins e Green, 2011). O método PICO, a sigla de *Participants, Interventions, Comparisons* e *Outcomes*¹, remete para que a questão de partida deverá especificar o tipo de população a estudar, os tipos de intervenções e de comparações e também os resultados que se esperam atingir.

Aplicando estes contributos teóricos, a RSL realizou-se a partir da seguinte questão de investigação:

Quais as intervenções do EESMO no cuidar da primípara com idade superior a 35 anos que promovem uma parentalidade saudável?

P	Participantes	Quem foi estudado?	Primíparas com idade superior a 35 anos
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem do EESMO
C	Comparações	Podem existir ou não	----- -----
O	Resultados	Resultados, efeitos ou Consequências	Transição para a parentalidade saudável

¹ Em português, Participantes, Intervenções, Comparações e Resultados.

A pesquisa efetuada utilizou a plataforma EBSCOhost e as bases de dados consultadas foram: MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Database of systematic reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials e MedicLatina. O protocolo de pesquisa incluiu todos os artigos de texto integral, publicados num espaço temporal de 7 anos (de 2008 a 2015) – a pesquisa inicial realizada para o projeto de aprendizagem determinava 5 anos de friso cronológico; uma vez que houve um adiamento de 2 anos na entrega do presente relatório, optou-se por efetuar uma atualização dessa pesquisa contemplando os 2 anos seguintes, na expectativa de terem sido publicados novos artigos que ajudassem a completar o trabalho desenvolvido.

Utilizaram-se os seguintes descritores associados à questão PICO: Primipar*; Advanced maternal age; Older maternal age; Nurs*; Nursing care; Maternal-child nursing; Obstetric nursing e Midwifery.

Foram considerados como critérios de inclusão:

- Texto integral;
- Redação em Língua Portuguesa, Inglesa, Francesa ou Castelhana;
- Relação clara com a problemática em estudo e com a questão PICO;
- Data de publicação entre janeiro de 2008 e julho de 2015 (friso cronológico de 5+2 anos);
- Pelo menos um dos autores ser enfermeiro.

Os critérios de exclusão foram:

- Ausência de relação clara com a problemática em estudo e com a questão PICO (por verificação do título e resumo dos artigos);
- Artigos que envolvessem custos financeiros na sua aquisição;
- Artigos repetidos.

1.3.1- PROTOCOLO DE PESQUISA

Através da análise dos descritores acima mencionados observou-se:

- Primipar* - n. 710
- Advanced maternal age OR Older maternal age – n. 275
- Nurs* OR Nursing Care OR Maternal-child Nursing OR Obstetric Nursing OR Midwifery – n. 49244

- Conjugação de todos os descritores:

Primipar* AND (Advanced maternal age OR Older maternal age) AND (Nurs* OR Nursing Care OR Maternal-child Nursing OR Obstetric Nursing OR Midwifery)

Resultaram 3 artigos (n=3).

Dois deles foram rejeitados por não possuírem relação clara com a problemática em estudo e com a questão PICO, conforme os critérios de exclusão.

Resultou 1 artigo (n=1)

Após a análise do resumo e da leitura integral do artigo, verificou-se que este é pertinente para a temática em estudo.

O artigo resultante de RSL é:

Carolan, Mary [et al.] (2011) *Older maternal age and intervention in labor: a population-based study comparing older and younger first-time mothers in Victoria, Australia* **Birth: Issues in Perinatal Care**. s.l.: Wiley- Blackwell. N°38-1 (Mar.), p. 24-29.

(Disponível no Anexo 1)

2 – DESCRIÇÃO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

No presente capítulo serão descritas, analisadas e avaliadas as competências científicas, técnicas e relacionais desenvolvidas durante o Estágio com Relatório, no sentido de dar resposta aos objetivos delineados. Explicitar-se-á se estes objetivos foram ou não atingidos e em que medida, ao cuidar de forma especializada da mulher/RN/família. Através da leitura deste capítulo será ainda possível compreender o trajeto de aprendizagem e desenvolvimento profissional e pessoal percorrido pela estudante.

Excetuando os períodos de estágio que completou no curso de Licenciatura em Enfermagem, a estudante nunca havia contactado na sua vida profissional com a realidade da prestação de cuidados de enfermagem na área de Saúde Materna, Obstetrícia ou Ginecologia. No entanto, dado o fato de desenvolver a sua atividade profissional com RN pré-termo e suas famílias num serviço de Neonatologia (e apesar de este se enquadrar na área da saúde infantil e pediátrica), o contato com o RN, com as suas mães, compreender as suas necessidades, o modo como a gravidez e o parto decorrem e a influência que assumem no futuro destas pessoas/famílias, sempre despertou um enorme interesse na estudante. Claro que o aprofundamento de conhecimentos na área da Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia poderia ser obtido de várias formas que não necessariamente cursar o Mestrado, mas claramente não era somente isso o pretendido.

Mais do que mera curiosidade sobre este “mundo”, a estudante constantemente teve vontade de marcar a diferença através do seu trabalho, do seu empenho e interesse em prestar cuidados de enfermagem altamente especializados a futuras mães, recém mães, RN e suas famílias. Sempre existiu a intenção de adquirir/desenvolver competências no âmbito da investigação em enfermagem e de apoiar a prática em conhecimentos desta forma obtidos, da defesa da melhoria da qualidade dos cuidados, da evolução em termos de capacidade de liderança e gestão, entre outros pontos (que veio mais tarde a verificar serem consonantes com as competências comuns do enfermeiro especialista definidas pela OE).

Habitualmente o Estágio com Relatório, por envolver a prestação de cuidados de enfermagem especializados durante o TP, é um dos estágios mais desejados pelos estudantes. Naturalmente, neste caso não houve exceção, mas simultaneamente sentiu-se o enorme peso da responsabilidade que é ser parceiro da mulher/família no nascimento de um novo elemento, momento muitíssimo marcante na vida da mesma. O receio do desconhecido não foi, no entanto, suficiente para causar descrença, pelo que a estudante sempre acreditou ser capaz de mobilizar para o contexto prático o que teoricamente havia aprendido e simultaneamente melhorar o seu desempenho técnico e relacional, com muita dedicação e persistência, almejando atingir a excelência na sua prestação.

2.1 - OBJETIVO 1

Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados de enfermagem, individualizados, à mulher/família em situação de urgência ginecológica

A definição deste objetivo encontra justificação na competência 6 do RCEESMOG (OE, 2010c), p.7), assim definida: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica”.

Em estágio anterior do CMESMO dedicado à prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher em situação de saúde/doença do foro ginecológico foi possível ampliar o leque de conhecimentos nesta área e dar os primeiros passos no sentido de desenvolver esta competência. No entanto, as situações urgentes/emergentes em ginecologia ainda não haviam sido contempladas, pelo que importava que a estudante tivesse oportunidade de com elas contactar, no sentido de incrementar as suas capacidades técnicas, científicas e relacionais.

Durante o estágio no SUOG pretendia-se sobretudo compreender e analisar qual o papel desempenhado pelo EESMO. Assumindo uma postura responsável, mas participativa e diligente, a estudante teve oportunidade não só

de observar a atuação e conduta do EESMO no SUOG, mas também de colaborar e prestar cuidados especializados de enfermagem no âmbito ginecológico às utentes/famílias. Após familiarização com o espaço e sua dinâmica foi possível realizar o acolhimento às mesmas, de forma o mais individualizada possível, tendo por exemplo em linha de conta se esta era ou não a primeira vez que recorriam ao serviço.

Após admissão administrativa a chamada da utente ao gabinete de triagem realizava-se através do sistema informático ALERT®, acionado pela equipa de enfermagem. A triagem era preferencialmente realizada pelo EESMO, por este ser o profissional que detinha conhecimentos mais aprofundados no domínio da saúde/doença ginecológica e que simultaneamente possuía competências diferenciadas para a prestação de cuidados de excelência no mesmo âmbito.

Tornou-se particularmente evidente durante os episódios de triagem no SUOG, o inestimável valor que é extraído da permanente atualização de conhecimentos pela qual o EESMO se deve pautar (como justificado pela competência D2 do RCCEE (OE,2010b)) - “Baseia a sua praxis clinica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”): nas situações de urgência/emergência torna-se essencial ser capaz de mobilizar e aplicar adequadamente os saberes especializados perante as várias situações que podem surgir, por forma a dar corpo a uma resolução de problemas eficiente e célere, mas simultaneamente sensível e apropriada à globalidade da pessoa.

No processo de triagem o EESMO desenvolve a unidade de competência 6.2 do RCEESMOG (OE, 2010c): “diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama”. Assim, ao realizar vários episódios de triagem a estudante pôde avaliar detalhadamente os motivos que levaram 10 mulheres a recorrer ao serviço por causa ginecológica e suas situações de saúde em particular, o que lhe permitiu detetar problemas e necessidades. Os motivos de recurso mais habituais eram: infeções urinárias e genitais, amenorreia, hemorragias vaginais, dores pélvicas e complicações pós abortamento. Considera-se que existiu uma evolução positiva no desempenho da estudante no que respeita à prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher que recorreu ao SUOG, principalmente a nível da identificação de sintomas/sinais, por forma a atuar em conformidade.

Julga-se também ter havido um significativo progresso na atenção às prioridades e gestão do tempo disponível.

As atividades concretizadas incidiram principalmente na identificação de problemas potenciais, no planeamento das intervenções especializadas a realizar, na deteção precoce de complicações, na promoção da saúde ginecológica e na elaboração de registos de enfermagem detalhados, sempre tendo em vista o modelo teórico selecionado. De realçar igualmente que a relação muito positiva estabelecida com a equipa multidisciplinar foi benéfica para trabalhar em estreita colaboração com os restantes profissionais de saúde, nomeadamente através da participação em consulta e na realização de ECD.

Foi ainda possível acompanhar utentes internadas em SO, prestando cuidados especializados individualizados, de acordo com o previsto na unidade de competência 6.3 do RCEESMOG (OE, 2010c)) “Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação”.

A experiência de estágio da estudante no SUOG foi, a seu ver, um pouco limitada, tendo sido concentrada em três turnos. Tal fato ficou a dever-se à necessidade de priorizar escrupulosamente o tempo de estágio por forma a conseguir desenvolver outras competências nos tempos disponíveis. Dado que anteriormente a estudante já havia realizado o estágio de Ginecologia do CMESMO e tendo existido lugar à prestação de cuidados especializados de enfermagem a utentes com patologia ginecológica, ainda que não necessariamente em situação urgente, preferiu-se privilegiar um pouco o estágio em BP, já que não existira anteriormente nem viria a existir após este, outro estágio onde fosse possível desenvolver competências inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente/RN/ família durante os 4 estádios de TP.

A estudante considera ter atingido o objetivo proposto.

2.2- OBJETIVO 2

Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados de enfermagem, individualizados, à grávida/parturiente/ puérpera/família em situação de urgência obstétrica;

É na 2ª competência do RCEESMOG (OE, 2010c)) que se encontra justificada a definição deste objetivo de estágio: “Cuida a mulher e família inserida na comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”.

No objetivo progresso mencionou-se que a experiência de prestação de cuidados especializados do foro ginecológico teve início num estágio anterior. De forma semelhante, já noutras unidades curriculares a estudante tivera a oportunidade de cuidar da mulher grávida e foi nestes que começou a fazer crescer o leque de conhecimentos e competências na área. Com esta base partiu para o Estágio com Relatório e a partir daí continuou a incrementar os saberes e a capacitar-se para cuidar cada vez melhor das utentes e famílias que viviam o período pré-natal.

No estágio com relatório a estudante contactou com grávidas e suas famílias quer no SUOG, quer no internamento em BP (aqui podiam provir do SUOG ou do internamento de grávidas, quer por situação patológica descompensada, quer para indução de TP e para vigilância e monitorização do bem-estar fetal). Dada a multiplicidade de possibilidades de intervenção e a consequente mobilização de conhecimentos exigida, considera-se que este foi dos objetivos mais trabalhados no estágio. A necessidade de constantemente recorrer a saberes teóricos e de conseguir oferecer respostas práticas a situações tão díspares e variadas, tal como no objetivo anterior, mostrou-se vital proceder a um aprofundamento de conhecimentos e reflexão na ação numa base diária. Foi possível consegui-lo através do estudo de livros, apontamentos escolares, artigos científicos resultantes de RSL, da partilha com a enfermeira orientadora e com outros enfermeiros e profissionais de saúde, nomeadamente

na altura das passagens de turno, que é sempre um momento de troca de saberes riquíssimo. Também a possibilidade de consultar e estudar um dossiê de Normas e Protocolos de Serviço, foi extremamente importante para a estudante.

Os motivos de assistência com maior preponderância durante o estágio com relatório foram: diagnóstico da gravidez, monitorização do bem-estar fetal, HTA (induzida pela gravidez ou crónica), pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, ameaça de parto pré-termo, RPM e indução de TP. Assim se compreende que a estudante teve possibilidade de prestar cuidados especializados à grávida saudável, mas também à que vivia situações patológicas anteriores ou simultâneas à gravidez.

Relativamente ao estágio no SUOG, algumas das atividades realizadas foram comuns às utentes com problemas do foro ginecológico e obstétrico. Dado já se ter procedido a discussão e análise de algumas delas no objetivo anterior, pensa-se não ser apropriado repeti-las neste ponto, pelo que se abordarão apenas as que sejam próprias do âmbito obstétrico e as que sejam particularmente relevantes.

Acolher, significa receber e em Enfermagem pode traduzir-se na relação que se estabelece entre utente e enfermeiro aquando da admissão ao serviço de saúde. No que respeita ao acolhimento aos serviços sabe-se que o primeiro contacto que os utentes têm com os enfermeiros poderá influenciar indelevelmente as relações entre eles e, possivelmente, todo o internamento (Silva, 2010). De acordo com a mesma autora (2010,p.31) no processo de acolhimento o enfermeiro deverá estar “atento para os aspetos psicológicos e emocionais, para os sentimentos e pensamentos que possam existir, transmitindo confiança ao doente nos cuidados que lhe são prestados”.

Assim, ao acolher a grávida/casal, o EESMO é responsável por potenciar a saúde e bem-estar da tríade, desenvolvendo ações e tomando decisões partilhadas que envolvem a constante mobilização de conhecimentos, o estabelecimento de prioridades, a personalização e a promoção de um ambiente seguro. Igualmente garantida deverá estar a continuidade de cuidados, bem como a comunicação eficiente entre os vários membros da equipa de saúde. Para tal contribui inegavelmente a elaboração de registos completos, que

permitem ainda avaliar a adequação e qualidade dos cuidados prestados. A estudante pôde realizar o acolhimento de grávidas e acompanhantes quer no SUOG, quer no BP, procurando estar sempre atenta a estas dimensões, numa perspetiva evolutiva que pensa ter sido atingida.

A estudante teve oportunidade no SUOG de realizar vários episódios de triagem de grávidas, determinando sempre que possível todas as informações indispensáveis para uma atuação eficiente e focada na atenção às principais necessidades sentidas (como o motivo de recurso, dados demográficos, antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos, sinais vitais e a história da atual gestação). A preocupação com a vertente psicológica esteve sempre presente. Com a compreensão de que as utentes que recorrem ao SUOG e BP vêm, regra geral, ansiosas, pensou-se poder contribuir para as tranquilizar através da promoção de um ambiente calmo e acolhedor. Deste modo, procurou-se estabelecer com as utentes/acompanhantes uma relação empática, seguindo os fundamentos da relação de ajuda, esclarecer dúvidas e desmistificar receios, informar sobre todos os procedimentos contribuindo também para o empoderamento da grávida e privilegiar momentos de bem-estar e conforto. A título de exemplo, compreendeu-se que para a maioria das grávidas/acompanhantes, era de extrema importância poder ouvir os BCF e, sempre que possível, tentou-se proporcionar essa experiência. Para as futuras mães/pais é quase sempre um momento de grande expectativa porque geralmente subentendem que o batimento cardíaco significa o bem-estar do feto e afastam psicologicamente o receio de morte fetal, o que acaba por reduzir grandemente a carga de stresse associada (exceto no caso da gestação não ser desejada). Felizmente a estudante nunca se deparou com a ausência de BCF ao avaliar a grávida, pelo que a auscultação cardíaca do feto foi sempre motivo de tranquilização para a futura mãe. No entanto, caso tivesse ocorrido essa experiência considera-se que haveria preparação suficiente quer científica, quer técnica, quer emocional, quer relacional para lidar com a situação, encaminhando a utente para os recursos mais adequados à determinação do bem-estar/morte fetal, procurando cuidar de forma especializada e protetora da saúde da mulher aos mais variados níveis.

A situação de abortamento também não foi vivenciada pela estudante neste estágio (houve uma suspeita no SUOG, que não se confirmou). No entanto, tratando-se de um evento tão marcante na vida de uma mulher/casal a todos os níveis, houve a preocupação durante o estágio de antecipar uma eventual ocorrência, para estar o melhor preparada possível. Assim, considerou-se importante rever periodicamente os aspetos teóricos relacionados com as atitudes mais apropriadas a adotar por parte do EESMO num abortamento, mormente no que concerne ao apoio psicológico.

Durante a gravidez, particularmente quando se associa alguma condição patológica é essencial que o EESMO aposte na educação para a saúde a fim de que a grávida/casal/família possam por si próprios atuar na defesa do bem-estar e maximização da saúde da mãe e do feto. Este é, evidentemente, um papel de enorme importância e que acarreta grande responsabilidade para o EESMO, pois dele, da sua capacidade de sensibilização e de ir ao encontro das reais e potenciais necessidades da grávida/feto poderão depender significativos avanços na prevenção e resolução de problemas, bem como na melhoria da saúde e bem-estar destas famílias. O conhecimento dos recursos disponíveis e do que podem as mulheres/famílias/comunidades fazer para alcançar o melhor grau de saúde possível permite estabelecer um plano de educação para a saúde que integre as capacidades da mulher/família/comunidade.

A ICM (2010, p.10) estabelece relativamente à 3ª competência definida no documento *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010* – prestação de cuidados durante a gravidez- que os EESMO deverão ter a capacidade de “providenciar educação para a saúde a adolescentes, mulheres e famílias sobre a normal progressão da gravidez, sinais e sintomas de alarme e como e quando contactar o EESMO”. Uma das definições comumente aceites de educação para a saúde é a de Tones e Tilford (Carvalho e Carvalho, 2006, p. 21): “(...) é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...) produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar”.

Neste estágio, no respeitante à educação para a saúde a estudante procurou avaliar as necessidades das grávidas/acompanhantes tão precocemente quanto possível por forma a poder aconselhar e capacitar para o

autocuidado, bem como para a decisão esclarecida e transição para uma parentalidade responsável. Concretamente, as temáticas mais abordadas incidiram sobre a promoção de estilos de vida saudáveis na gravidez, sinais e sintomas de alarme, implementação de medidas de redução de desconfortos habituais na gestação e de problemas associados a patologia na gravidez, preparação para o parto, promoção do plano de parto aleitamento materno e transição para a parentalidade.

Ao longo das várias experiências vividas no SUOG e BP que refletiram o período pré-natal pensa-se ter ocorrido uma melhoria gradual na prestação de cuidados especializados de enfermagem, nomeadamente no que respeita à identificação de sinais e sintomas de risco, tendo a estudante revelado uma crescente capacidade de diagnosticar precocemente e prevenir complicações. Foi igualmente possível desenvolver competências na implementação das intervenções mais adequadas a cada grávida/feto, tendo em conta as alterações identificadas e referenciando sempre as situações fora do âmbito de atuação do EESMO ao profissional melhor habilitado.

A utilização de meios clínicos e técnicos para vigilância do bem-estar materno-fetal, como a realização e interpretação de CTG, foi também amplamente trabalhada, havendo lugar a uma significativa progressão para a autonomia neste âmbito. Tal como no anterior objetivo, a estudante considerou de grande relevância

De acordo com o RCEESMOG (2010c), p.4) o EESMO “promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão”. Das grávidas/casais que foram cuidadas pela estudante neste estágio nenhuma se fazia acompanhar de plano de parto escrito. No entanto, todas traziam uma noção mais ou menos concreta da forma como gostariam de vivenciar o TP e dentro do que é cientificamente preconizado, adaptando à situação de saúde particular de cada mulher/feto, envidaram-se todos os esforços por poder proporcionar a melhor experiência possível. A instituição onde decorreu o estágio e os profissionais que nela exerciam funções tinham já alguma experiência anterior com planos de parto, pelo que estavam atentos às atualizações científicas neste domínio e estavam particularmente disponíveis para proporcionar o respeito pelas

necessidades/desejos da mulher/casal conquanto a segurança de todos os intervenientes estivesse assegurada.

O respeito pela pessoa cuidada, pelas suas opções, a preocupação em escutá-la ativamente, em descortinar as suas necessidades (percebidas ou não) e a intervenção concertada no sentido de equilibrar a defesa dos seus interesses de saúde/bem-estar com o que é cientificamente válido e disponível é dos aspetos que a estudante considera mais difíceis de gerir na enfermagem. As limitações impostas pelas instituições são hoje em dia tão preponderantes que se torna um verdadeiro exercício de negociação constante a manutenção de algum equilíbrio entre aquilo que o utente pensa ser mais adequado a si próprio e o que a instituição lhe pode disponibilizar.

Como explicam Barbosa e Silva (2007)

“ perceber o ser humano como alguém que não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida a sua dignidade ética, é fundamental para começarmos a caminhar em direção à humanização dos cuidados de saúde”.

No que concerne à utilização de planos de parto pensa-se existir ainda um longo caminho a ser percorrido, sobretudo quanto à sensibilização da população. Em estágio anterior, junto da comunidade, a estudante procurou defender esta sua crença, propondo e integrando num curso de preparação para a parentalidade a temática do plano de parto. No presente estágio divulgou-se junto das grávidas/casais a sua existência e explicou-se a importância de poderem estabelecer previamente aquelas que seriam as suas opções ideias no TP, mesmo em termos de futuras gestações.

A estudante considera ter atingido o objetivo proposto.

2.3 - OBJETIVO 3

Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados de enfermagem, individualizados, à parturiente/feto/RN/acompanhante, durante os quatro estádios do trabalho de parto

É na 3ª competência do RCEESMOG (OE, 2010c)) que se encontra justificada a definição deste objetivo de estágio: “Cuida a mulher e família inserida na comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido, na sua adaptação à vida extrauterina”.

A materialização deste objetivo envolveu a mobilização de saberes teóricos na sua adaptação para a prática, cimentando-os em concordância com as experiências vividas. Pretendia-se a prestação de cuidados especializados de enfermagem, de forma individualizada e de acordo com as necessidades identificadas.

Para a estudante, cuidar de forma especializada, enquanto futura EESMO, da mulher/feto/acompanhante durante os 4 estádios do TP, constituía-se como um dos aspetos mais ambicionados de todo o curso de mestrado. Sendo o nascimento uma experiência profundamente marcante para as mulheres/famílias, foi sempre desejo da estudante poder fazer parte desse momento, para que com a sua intervenção pudesse torná-lo numa das vivências mais positivas que haviam experienciado. Para tal, crê-se ser indispensável estabelecer com a mulher/família uma relação de parceria, valorizando as suas perspetivas e opções, de modo a promover a participação ativa durante o TP.

O serviço e instituição onde decorreu este estágio está já bastante desperto para a necessidade de encarar a mulher/família como parceiros nos cuidados, existindo uma cultura de consideração pelas preferências dos utentes no que respeita à sua própria saúde. No entanto, e infelizmente, o conhecimento da realidade da saúde no nosso país permite afirmar que se trata de um exemplo de exceção e não da regra que se pretenderia. Com isto não se pretende afirmar que os serviços de saúde sejam responsáveis por dar corpo a todas as opções do utente, mas antes que deveria existir uma cultura de reconhecimento e respeito por essas opções, procurando negociar a sua inclusão num plano de cuidados ou não consoante as possibilidades. A própria pessoa é corresponsável pela sua saúde, por intervir na defesa dos seus interesses e necessidades em saúde.

Cabe então ao EESMO, assumir um papel de liderança nesta transformação, atuando como parceiro da mulher/família, neste caso em

particular durante o TP e parto, de forma a que o processo de nascimento seja o mais feliz e ajustado possível às expectativas daqueles que cuida.

No respeitante a este objetivo de estágio, seria impossível descrever exaustivamente todas as intervenções e atividades desenvolvidas para o atingir. Sabendo isto, pretende-se então dar a conhecer de um modo geral como é que a estudante adquiriu capacidades suficientes que lhe permitiram e permitirão (num futuro profissional) planear, executar e avaliar, de forma autónoma e atendendo aos princípios ético/deontológicos, intervenções de enfermagem especializadas à parturiente/RN/acompanhante, durante os 4 estádios de TP.

O caminho percorrido ao longo do estágio ao cuidar durante o TP e parto, pleno de desafios, fez-se no sentido de uma crescente evolução e autonomização, até ao ponto em que a estudante se crê capaz de desempenhar o papel de futura EESMO. De salientar que o período de integração inicial, em que foi possível experienciar as dinâmicas do serviço se mostrou fundamental para observar os EESMO em atuação e compreender de que forma a teoria se ajustava à prática, o que é fundamental para securizar e motivar antes de se iniciar um percurso mais autónomo.

Abordou-se anteriormente o acolhimento da grávida/acompanhante no BP, pelo que importa agora tecer algumas considerações quanto ao acolhimento da parturiente. Estar em TP coloca a mulher/família numa situação de especial vulnerabilidade e o contato com o local onde irá nascer o seu filho quer-se o mais positivo possível, como forma de facilitar todo o processo. Fato é que a maioria desconhece a realidade de um BP, as suas rotinas, pessoas, ruídos, entre outros, e tudo isso pode ser mais que suficiente para gerar medo e insegurança.

Aquando da chegada ao BP a estudante procurava eliminar um pouco do desconforto inicial que pudesse existir, apostando em medidas que favorecessem a confiança, positivismo e bem-estar. O domínio de competências relacionais e de técnicas de comunicação é essencial para favorecer a confiança e empatia características das parcerias na prestação de cuidados de enfermagem. Habitualmente procedia-se à apresentação da estudante, da sua orientadora, do espaço físico e seus recursos e tentava-se que a parturiente/acompanhante se apresentassem a si mesmos e discorressem sobre os seus conhecimentos e necessidades relativamente ao TP/parto. Explicava-se

depois em linhas gerais o que poderiam esperar que sucedesse no BP, procurando proporcionar também um ambiente físico acolhedor, perceber se se faziam acompanhar de plano de parto, se haviam realizado preparação para o nascimento ou se tinham em mente alguma necessidade característica ou cultural inerente ao parto, a fim de que conjuntamente se pudessem planear os procedimentos seguintes. A demonstração de disponibilidade para apoiar e esclarecer dúvidas contribuiu também para o bom relacionamento estabelecido com a generalidade das mulheres/acompanhantes.

O processo de admissão da parturiente no serviço pressupunha uma série de intervenções e procedimentos que iam sendo realizados de forma personalizada, conforme o estado da díade fosse permitindo. A atestar isto mesmo parece oportuno referir a situação de uma parturiente que deu entrada no BP já em período expulsivo, pelo que naturalmente não houve tempo de se seguirem todos os trâmites desejados antes do nascimento do bebé.

Ao prestar cuidados especializados de enfermagem à mulher/feto/acompanhante durante o trabalho de parto e parto o EEESMO deve reger-se pelos mais elevados *standards* de atuação, para um desempenho de excelência. Como é estabelecido no documento *Pelo direito ao parto normal* editado pela OE (2012, p. 23):

“fomentar práticas específicas, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto, nascimento e pós-parto incluindo: respeitar o ritmo do trabalho de parto; utilizar o partograma para registar o progresso do trabalho de parto; oferecer acesso a líquidos claros a gosto, durante o trabalho de parto; apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical; possibilitar o contacto pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e de amamentação”.

Durante o estágio, ao cuidar de forma especializada das parturientes, houve a possibilidade de desenvolver várias competências científicas e técnicas, especialmente no que reporta à avaliação do bem-estar materno-fetal. Assim, a mestranda pôde realizar o exame físico da parturiente (incluindo os sinais vitais), avaliar a altura do fundo uterino, efetuar manobras de Leopold, realizar observação vaginal interna (que permitiu avaliar as condições da bacia, características do colo uterino, integridade das membranas e alguns elementos

da estática fetal), a estática fetal (atitude, variedade, apresentação e altura), auscultar os BCF e realizar/interpretar CTG. Se algumas destas atividades já tinham sido extensamente praticadas em estágios anteriores e, por isso, granjeavam um certo grau de confiança à estudante, outras causavam maior dificuldade e houve necessidade de investir no seu treino – caso da identificação da variedade fetal por exame vaginal e de alguns tipos de traçado de CTG.

Tal como está indicado pela OMS (1996), o número de exames vaginais deverá ser limitado ao estritamente necessário para garantir a segurança e bem-estar materno-fetal. Na instituição onde decorreu o estágio os EESMO procuravam observar esta recomendação e incentivá-la junto dos mestrandos. Inicialmente a estudante teve alguma dificuldade em conseguir avaliar características do colo uterino e variedade fetal, pelo que os exames vaginais eram mais frequentes, mas com a prática houve uma rápida evolução no sentido da autonomização e redução drástica do número de exames vaginais.

Quanto à cardiotocografia, a estudante teve inicialmente dificuldade em destringer alguns tipos de desaceleração. O treino de interpretação de CTG realizado conjuntamente com a EESMO orientadora e outros EESMO do serviço foi extremamente importante para progredir até à capacidade de identificar corretamente a maioria das alterações nos traçados e atuar em conformidade, promovendo a segurança da parturiente e do feto. Surgiu a possibilidade de identificar vários tipos de traçado, como por exemplo, taquicardia fetal, bradicardia fetal mantida, hipertonia uterina, entre outras.

O recurso a técnicas como a amniotomia, amnioinfusão e monitorização interna foi sempre cautelosamente ponderado e apenas realizado quando havia clara indicação, nomeadamente sério risco ao bem-estar da díade. Houve hipótese de efetuar estas técnicas algumas vezes, sem grande dificuldade, ao contrário do que era expetativa da estudante.

A evolução do TP é acompanhada através do registo em partograma, documento recomendado pela OMS na assistência ao parto normal, no qual se traça a progressão da apresentação e a dilatação do colo uterino (Lowdermilk e Perry, 2008). A estudante teve oportunidade desde o início do estágio de proceder ao registo em partograma, progressivamente revelando mais facilidade no preenchimento e interpretação. Com os dados obtidos através do registo

neste documento, utilizando os que são facultados pelos recursos acima mencionados, estando atenta a possíveis sinais de alterações e valorizando os sintomas mencionados pela parturiente e acompanhante foi possível detetar precocemente alterações daquele que é o padrão normal do TP. Perante tal foram efetuadas as intervenções de enfermagem especializadas mais apropriadas e/ou a referenciação para o profissional mais adequado.

As complicações do TP que mais frequentemente surgiram foram CTG não tranquilizador (com desacelerações de vários tipos, bradicardia e taquicardia fetal e hipertonia uterina), não progressão de TP e sinais de infeção (febre, taquicardia, proteína C reativa aumentada, entre outros).

De acordo com o disposto no RCEESMOG (2010c), p.5) no critério de avaliação H3.1.1, o EESMO “coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor”. Durante o estágio a estudante teve muitíssimas oportunidades de colaborar com o anestesiológista na realização de analgesia epidural /sequencial, já que quase todas as parturientes o solicitaram e não possuíam fatores limitantes.). Na realização deste tipo de analgesia, a estudante procedia à requisição da técnica de acordo com a avaliação da dor da parturiente, do bem-estar materno-fetal e da progressão do TP, bem como com base nos protocolos existentes. Foi também responsável por desmistificar alguns receios que pudessem existir, apoiando a mulher no posicionamento (sobretudo durante as contrações, em que por vezes se torna complicado permanecer imóvel) e auxiliando também na técnica de respiração, por forma a reduzir o desconforto.

Quanto à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, foi uma temática em que existiu grande investimento, quer em estudo, quer na aplicação prática. Ao longo dos estágios anteriores, no decurso do CMESMO e mesmo através das aprendizagens realizadas neste estágio houve um significativo contacto com vários métodos, o que estimulou a estudante a atuar perante a dor e o receio das parturientes, sempre que foi seu desejo. Em muitos casos foi também possível obter a colaboração do acompanhante na orientação e promoção destes métodos, como na utilização da bola de Pilates, em que o apoio do acompanhante é fundamental em aspetos como proporcionar uma postura correta à parturiente ou mantê-la sob vigilância. A estudante pôde

fornecer e orientar na implementação de vários métodos de controlo não farmacológico da dor, dos quais se destacam técnicas de relaxamento, de respiração, distração, musicoterapia, hidroterapia e uso da bola de Pilates, promovendo a monitorização periódica do bem-estar materno-fetal, conforme estabelecido pela OMS (1996).

Este mesmo organismo postula também que a liberdade de movimentos durante o TP assume um valoroso papel não apenas no alívio da dor, mas sobretudo na evolução do TP, pois favorece a descida progressiva da apresentação em direção à bacia materna, permitindo facilitar a colaboração materna e reduzindo o número de partos instrumentados (OMS, 1996). Posto isto, a estudante proporcionou informação sobre os diversos posicionamentos possíveis durante o TP e parto às mulheres sem fatores de risco e apoiou-as sempre que decidiram experimentar uma ou mais posições. Realça-se a condução de um TP e parto em posição sentada, que foi extremamente gratificante para a estudante pois não só redundou no nascimento de um RN saudável, como proporcionou aos pais a experiência de TP que gostariam, com segurança e maior bem-estar possível. Enquanto futura EESMO a estudante pôde ser testemunha das vantagens do parto verticalizado, pelo que ter obtido formação e prática nesse âmbito traduz-se numa enorme mais-valia para o seu desempenho profissional.

O momento do parto que ocorre no 2º estágio do TP é sempre um instante especial e marcante que assinala o desfecho da gravidez e o início de uma nova vida e de uma nova mãe. No trajeto percorrido durante o estágio a estudante não tem dúvidas em apontar o parto como a ocasião emocionalmente mais significativa e marcante que pôde experienciar, simultaneamente com um enorme sentido de responsabilidade e um inexplicável receio de eventuais complicações.

Globalmente a mestranda procedeu à vigilância de TP de 77 mulheres, sendo que pôde acompanhar algumas delas durante os 4 estágios e outras em apenas alguns deles.

No RCEESMOG (2010c), p.5) é estabelecido que é da responsabilidade do EESMO aplicar “as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação

pélvica”. No 2º estágio do TP a estudante pôde efetuar 31 partos eutócicos com apresentação cefálica e colaborar ativamente em 20 partos distócicos.

Ao cuidar de forma especializada da mulher em TP não existiu a possibilidade de participar diretamente em todos os partos. Na grande maioria dos casos isto deveu-se ao fato da parturiente não ter atingido a fase ativa do TP no turno em que a estudante se encontrava a trabalhar, tendo parido em turnos posteriores e também porque muitos partos vigiados pela estudante –com supervisão da sua orientadora- redundaram inopinadamente em partos distócicos. Tal condicionou a consecução do objetivo definido para os CMESMO em que o estudante deverá realizar 40 partos de apresentação cefálica. Ainda que não tivesse conseguido realizar o número de partos proposto no tempo definido para o estágio, a mestranda acredita ter desenvolvido competências adequadas à realização das técnicas de parto em apresentação cefálica, compatíveis com a prática autónoma enquanto futura EESMO.

Naturalmente, nos 31 partos eutócicos por si realizados com apoio da orientadora verificaram-se claros progressos, tendo sido capaz de passar de um estado de dependência da orientadora para outro em que foi capaz de realizar as técnicas inerentes ao parto com maior agilidade, segurança e autonomia.

Dos 25 partos distócicos realizados /assistidos, 1 foi por apresentação pélvica, 9 foram por CST, 6 envolveram a aplicação de ventosa, 3 a aplicação de fórceps e 2 ventosa e fórceps. Nestes a mestranda recebeu e prestou os cuidados iniciais ao RN, facilitando a transição para a vida extrauterina. Importa mencionar que na instituição de estágio os partos de apresentação pélvica são realizados pela equipa médica.

No total de partos em que interveio nasceram 36 rapazes e 19 raparigas (houve um par de gémeos), com idade gestacional entre as 33 semanas e 5 dias e as 41 semanas e 5 dias. Os seus pesos ao nascer situavam-se entre 1800g e 4040g. A parturiente mais nova contava 15 anos de idade e as duas mais velhas, 42 anos. Em 3 partos verificou-se prociência de uma das mãos e em 2 laterocidência do cordão. Relativamente à ocorrência de circulares cervicais puderam detetar-se 8 circulares largas e 2 apertadas.

Ao longo do estágio houve diversas vezes a ocasião de seccionar o cordão umbilical, quer nas situações em que o pai/acompanhante/mãe recusaram a

fazê-lo, quer na presença de circulares cervicais apertadas. A estudante, tendo em mente a promoção da vinculação entre os elementos da família favoreceu sempre que fosse a mulher/acompanhante a realizá-la e procurou, em consonância com a evidência científica disponível, realizar a clampagem tardia do cordão. Cortar o cordão umbilical demasiado cedo pode perigar o contacto pele a pele e comprometer o aleitamento materno precoces, o que tem o potencial de afetar a vinculação entre a díade/tríade e alterar a estabilidade cardiorrespiratória do RN. Como é do conhecimento geral o cordão permite transportar ao RN algum sangue oxigenado enquanto este se adapta à vida extrauterina; esta reserva sanguínea suplementar favorece o aumento das reservas de ferro do RN, reduzindo a necessidade de transfusão, melhora a oxigenação cerebral e diminui a probabilidade de hemorragias intraventriculares e sépsis (Rabe, Reynolds e Diaz-Rosello, 2008; Ortega et al., 2009 in Arias (2011)). Por tudo isto, na ausência de fatores de risco, sempre que possível a estudante apenas realizou a secção do cordão quando este parou de pulsar.

Foram necessárias 17 episiotomias e episiorrafias e a reparação de 12 períneos lacerados (lacerações de graus I e II); 6 mulheres tiveram o períneo íntegro.

A reparação do períneo feminino após o parto, lesado por episiotomia e/ou por laceração, foi provavelmente a atividade que a estudante teve mais dificuldade em dominar ao longo do estágio. Apesar de sempre ter conseguido identificar corretamente as estruturas envolvidas, foi na própria técnica de sutura que sentiram algumas limitações iniciais, não por não a compreender/saber, mas sim por ter dificuldade em movimentar as suas (pequenas) mãos com a agilidade e engenho necessários. No entanto, com a prática foi possível aperfeiçoar a técnica até ao ponto de se ter desenvolvido competência para realizar perineorrafias com autonomia.

Torna-se relevante mencionar que a prática rotineira de episiotomia está profundamente desaconselhada, não existindo na evidência científica atual justificação para tal. A realização desta técnica não protege necessariamente o períneo da ocorrência de lacerações graves, aumenta a dor, complexifica as relações sexuais, não evita o surgimento de incontinência urinária e aumenta o risco de lacerações espontâneas num parto seguinte. Os autores Borges,

Serrano e Pereira (Barradas e Salgueiro, 2003) afirmam que esta técnica deverá ser usada de forma criteriosa, não havendo necessidade de taxas de incidência superiores a 30%. Deste modo a estudante procurou durante o estágio incentivar a redução do número de episiotomias/rafias realizadas, junto da equipa de enfermagem, bem como durante a sua prática apenas executar as estritamente necessárias após avaliação criteriosa de cada situação.

Reportando ao 3º estágio do TP, nos partos realizados pela mestranda todas as mulheres tiveram dequitações naturais. O mecanismo segundo o qual ocorria o descolamento placentar foi sempre identificado corretamente, quer fosse de Duncan (29) ou de Schultz (2). Após expulsão da placenta a estudante teve oportunidade de avaliar a involução uterina e proceder a exame da placenta, para confirmar a integridade da mesma, das membranas e as características do cordão umbilical. Apenas numa situação existiram membranas fragmentadas, pelo que foi necessário informar a equipa médica que atuou em conformidade. A estudante crê ter adquirido competência no sentido de realizar a dequitação sem dificuldades acrescidas, beneficiando a atitude expectante ao invés da puramente interventiva.

O puerpério imediato (4º estágio) é o período em que mãe e bebé recuperam do processo físico do parto em simultâneo com o estabelecimento de uma ligação entre ambos. Por este motivo considera-se esta fase, um momento privilegiado do processo de maternidade. Nas 2 primeiras horas após o nascimento, para Lowdermilk e Perry (2008) os órgãos da mulher começam a readaptar-se ao estado não-gravídico e as funções dos sistemas orgânicos principiam a estabilizar-se para os seus parâmetros habituais, daí ser de extrema importância a vigilância dos parâmetros vitais da puérpera, presença de globo de segurança de Pinard e involução uterina, ausência de globo vesical, características dos lóquios, vigilância da região perineal e do penso em caso de CST. No sentido da recém mãe transitar de uma fase de dependência para uma fase de independência, de forma a cuidar da própria saúde e da do filho (Meleis, 2007), a mestranda procurou fornecer as informações mais importantes de forma breve e abordar outros recursos possíveis, para que a puérpera pudesse participar nos cuidados consoante as suas possibilidades, favorecendo a autovigilância.

No puerpério imediato a estudante continuou a incentivar o aleitamento materno, caso fosse desejo da puérpera amamentar, numa perspectiva de promoção da saúde.

A mestranda acredita ter atingido o objetivo proposto, não tendo sentido grandes dificuldades na prestação de cuidados especializados de enfermagem à puérpera/RN neste estágio e tendo evoluído positivamente no seu desempenho decorrer do estágio.

2.4 - OBJETIVO 4

Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados especializados de enfermagem, individualizados, ao RN em situação de saúde/doença, na sua adaptação à vida extrauterina e promovendo a transição saudável para a parentalidade;

A 3ª e 4ª competências do RCEESMOG (2010c) postulam que o EESMO é responsável por promover a saúde/bem-estar do recém-nascido, a adaptação à vida extrauterina e a adaptação à parentalidade, durante e após o parto.

As autoras Lowdermilk e Perry (2008) aludem ao fato do momento de transição para a vida extrauterina ser extremamente difícil para o RN, havendo a necessidade de este se adaptar a uma multitude de circunstâncias que podem ser particularmente adversas. Assim, a prestação de cuidados especializados de enfermagem ao RN, logo nos primeiros minutos após o parto é determinante para assegurar o seu bem-estar e a manutenção de um nível de saúde tão perto do ideal quanto possível.

É da conduta do EESMO, da eficácia do seu desempenho que dependerá o futuro do nascituro. A fim de prestar os melhores cuidados ao RN imediatamente após o nascimento é importantíssimo conhecer quais os procedimentos a adotar, tendo o cuidado de saber como os implementar e priorizando as necessidades detetadas. Também é fundamental que o EESMO tenha conhecimento prévio da história materna e da gestação, da forma como

decorreu o TP e parto e que saiba identificar fatores de risco que indiquem a probabilidade de reanimação do RN.

A incerteza quanto ao estado da criança assim que nasce exige do EESMO uma preparação sólida e continuada para lidar com uma possível reanimação. Uma vez que desenvolve a sua atividade profissional num Serviço de Neonatologia, a estudante possui larga experiência de atuação em situações de paragem cardiorrespiratória neonatal. O algoritmo de reanimação e muita da teoria associada à ressuscitação de RN são conhecimentos presentes na vida profissional da mestranda, pelo que desde cedo esta revelou um elevado grau de autonomia. Efetivamente neste âmbito quer a estudante quer as suas orientadoras consideraram haver quase de início um nível de conhecimentos e desempenho compatíveis com o esperado do EESMO. Apesar disto, procurou-se sempre, com a humildade própria de quem crê ter ainda muito para aprender, prestar os cuidados imediatos ao RN/família, com empenho e dedicação e promovendo sempre a partilha de saberes com os restantes enfermeiros da equipa. Foi muito satisfatório perceber que alguns enfermeiros e pediatras recorreram à estudante quando confrontados com RN com situações de saúde mais delicadas, pedindo a sua colaboração na prestação de cuidados. Recordase a situação de um RN com suspeita de atresia das coanas (que não se confirmou) e de outra em que foi necessário apoiar o cirurgião pediátrico na realização de sutura facial após incisão realizada durante a CST.

A fim de garantir os melhores resultados de saúde ao RN é fundamental que o Hospital disponha de recursos humanos com formação na área, mas também de recursos materiais adequados e em quantidade suficiente.

Era através do IA que se efetuava a avaliação do grau de adaptação do RN à vida extrauterina. A classificação obtida neste índice permitia aferir a necessidade de reanimação neonatal a qual deverá ser realizada por profissionais capacitados para oferecer a melhor resposta possível em situação de emergência (Moniz, 2010). Neste sentido é importante referir que a estudante possui formação certificada por organismo credenciado em Reanimação e Ventilação Neonatal.

Durante o estágio surgiu a possibilidade de avaliar e prestar cuidados a 55 RN, sendo que 2 deles eram pré-termo. Não houve necessidade de proceder a

manobras de reanimação. Os 2 RN pré-termo a quem a estudante prestou cuidados nasceram com ótimos IA e não exigiram intervenções especiais. Uma vez que na sua atividade profissional a estudante cuida frequentemente de RN prematuros, muitos até com IG inferiores às destes, não sentiu dificuldades acrescidas (estava acompanhada pela sua orientadora e por neonatologista). O acompanhamento da prestação de cuidados imediatos ao RN por parte de um neonatologista foi sempre uma realidade em todos os partos distócicos.

De acordo com as mais recentes recomendações do *European Resuscitation Council* (Nolan et al., 2010) na reanimação do RN não se preconiza a aspiração da cavidade oral pelo elevado risco de espasmo laríngeo e bradicardia vagal, o que atrasa o início da respiração espontânea. A única situação de exceção é a aspiração de conteúdo meconial num bebé pouco reativo. Assim, após a expulsão foi realizada estimulação tátil, secagem e aquecimento do RN, preferencialmente através do contacto precoce pele com pele com a mãe, se existiam condições de estabilidade e vontade materna.

O contato precoce pele com pele tem sido amplamente estudado nas últimas décadas e sabe-se hoje que aumenta as taxas de sucesso da amamentação, promove a estabilidade cardiorrespiratória do RN e reduz o choro dos bebés, não parecendo haver efeitos negativos da sua utilização a longo prazo (Moore et al. 2012). A promoção do vínculo afetivo entre a díade/tríade é ainda uma importantíssima razão para o estabelecimento do contacto pele com pele assim que termina a expulsão do RN; perante todas estas vantagens a estudante privilegiou a ocorrência deste contacto, em consonância com o que é defendido pela OMS (1996).

Também o aleitamento materno precoce foi fomentado sempre que assim era desejado pela mulher e se existiam condições de estabilidade da díade, tal como é recomendado pela OMS (1996). As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida (Levy e Bértolo, 2008, p.8). A estudante não sentiu dificuldades significativas neste ponto, uma vez que na sua prática profissional promove a amamentação, auxiliando mães e bebés a estabelecer o aleitamento materno.

Sempre que possível e desejado procurou-se prestar a maioria dos cuidados imediatos ao RN com este ainda em contacto com a mãe, havendo apenas necessidade de o suprimir temporariamente para pesagem e vestir. Mesmo a realização de exame físico sumário, com vista a detetar atempadamente possíveis malformações, foi muitas vezes conseguida ainda em contacto pele com pele. A identificação do RN e confirmação dos dados das pulseiras identificadoras foi outro dos aspetos que a estudante teve em mente sempre que prestava cuidados imediatos ao RN, pois enquanto futura EESMO era sua responsabilidade promover a segurança do bebé/família

Finalmente, com o intuito de facilitar a transição saudável para a parentalidade e a vinculação precoce, foi incentivada a interação entre a mulher, o acompanhante e o RN. Sempre que o acompanhante não era o pai, procurou-se posteriormente efetuar esta ligação, da mesma forma que quando era o pai houve sempre lugar a proporcionar o contacto com a família alargada, se desejado. Foram momentos muito emocionantes aqueles em que os pais conheceram os seus filhos, mas houve também situações muitíssimo tocantes aquando da apresentação do novo membro à família largada, ansiosa por vê-lo à porta do BP, pouco após o seu nascimento.

A estudante envidou esforços por implicar os futuros cuidadores na prestação de cuidados ao RN, nomeadamente através do incentivo à interação e diálogo entre pais e filho, da promoção do toque, de oferecer a possibilidade de segurar a criança no colo, entre outras.

Considera-se que o presente objetivo foi atingido na sua plenitude, enriquecendo os saberes teóricos e práticos de novas experiências.

2.5 - OBJETIVO 5

Avaliar as competências desenvolvidas e seu aperfeiçoamento, privilegiando a reflexão na ação, com raciocínio crítico e sob uma perspetiva evolutiva.

A reflexão na ação é um instrumento essencial para que o EESMO possa otimizar o seu exercício profissional, incrementando a qualidade da prestação de cuidados especializados. O presente objetivo justifica-se com base na

competência D1 do RCEE (OE, 2010b). Através da reflexão crítica acerca do percurso de estágio, dos obstáculos e êxitos vivenciados, pretende-se avaliar o desempenho da estudante no decurso do mesmo, contribuindo deste modo para melhorar as suas práticas enquanto futura EESMO.

Decorrente do seu papel de mestranda, durante o Estágio com Relatório a estudante procurou realizar a avaliação periódica das competências desenvolvidas/a desenvolver, de acordo com os objetivos propostos no projeto individual de aprendizagem. Não só esta avaliação se processou de forma informal e introspectiva, como também existiram diversas ocasiões formais e informais em que foi possível discutir com as orientadoras, EESMO do local de estágio, pares e professores, acerca da aquisição de competências para a prestação de cuidados especializados de enfermagem de saúde materna, obstetrícia e ginecologia e sobre a evolução desta aprendizagem no contexto do estágio.

Na interação com a orientadora da prática no contexto de estágio houve sempre a preocupação de refletir conjuntamente sobre as situações mais relevantes de cada turno. A EESMO responsável pela orientação da estudante teve sempre uma postura de grande abertura, demonstrando disponibilidade para analisar e refletir sobre as práticas e o desenrolar das atividades de estágio. Foi também uma fonte de incentivo, de crítica construtiva, apontando quer as falhas, quer os momentos de sucesso, ajudando a mestranda a encontrar por própria as melhores formas de vencer obstáculos.

Mais formalmente há a referir a existência de 2 reuniões de avaliação com a professora orientadora e orientadora da prática, que não só permitiram a reflexão e apreciação sobre o percurso de estágio e evolução da estudante na prestação de cuidados enquanto futura EESMO, como também foram excelentes momentos de aprendizagem, dada a partilha de experiências. Há que acrescentar que a professora orientadora mostrou consistentemente a sua disponibilidade para que a mestranda pudesse partilhar consigo dúvidas e preocupações e conjuntamente pensarem o desempenho ao longo do estágio, o que sucedeu algumas vezes.

Constituíram importantes momentos de reflexão sobre a prática no estágio as sessões conjuntas de análise de práticas promovidas pelos professores da

unidade curricular, em conjunto com os restantes colegas de curso. Estas sessões foram especialmente ricas por terem permitido conhecer as realidades de diferentes contextos de estágio, fluindo a partilha de experiências entre pares.

Não só foi possível a análise crítica das situações vividas em estágio com a orientadora do local de estágio, como também existiu a possibilidade de refletir com outros EESMO do BP onde a estudante estagiou, quer individualmente, quer até nas passagens de turno, excelentes momentos de síntese, de permuta de saberes e ponderação sobre os cuidados especializados de enfermagem que foram prestados às mulheres/grávidas/parturientes/puérperas/RN/famílias que recorreram ao BP e SUOG.

A realização de 2 jornais de aprendizagem permitiu refletir de forma mais aprofundada sobre situações de prestação de cuidados ocorridas no estágio e que pela sua complexidade técnica, científica e emocional marcaram a mestrandia e mereceram uma consideração mais atenta. A análise crítica que se efetuou nos jornais de aprendizagem deu corpo a uma das competências que é esperada do EESMO, a reflexão na ação, partindo depois para conclusões que permitam melhorar as práticas futuras.

Finalmente, o presente relatório de estágio constitui uma ferramenta importantíssima de aprendizagem, reflexão e autoanálise. Ele permite recordar o trajeto que a mestrandia percorreu durante o estágio, explicitando se e de que modo foram desenvolvidas as competências exigidas ao futuro EESMO. Em simultâneo ele possibilita dissecar esse percurso com um olhar crítico, favorecendo a criação de novos saberes e de modalidades alternativas de pensamento que permitam reinterpretar as experiências vividas numa perspetiva de aplicação futura.

2.6 - OBJETIVO 6

Desenvolver competências específicas, científicas, técnicas e relacionais que permitam cuidar das mulheres que são mães pela primeira vez após os 35 anos de idade, promovendo a transição para a parentalidade da forma mais saudável possível.

Na sociedade portuguesa contemporânea tem sido cada vez mais frequente encontrar mulheres que são mães pela primeira vez em idade que outrora seria impensável. Hoje, a mulher com 35 anos ou mais que ainda não tem filhos e sente esse desejo, não descarta a possibilidade de o fazer pois tem ao seu dispor recursos que o tornam possível.

Internacionalmente têm sido notícia várias mulheres que conseguiram ser mães pela primeira vez em idades tão surpreendentes como os 66 (Espanha, em 2006) ou 60 anos (Canadá, 2009), o que demonstra que os avanços científicos na área da infertilidade têm permitido feitos extraordinários. Com recurso a este tipo de técnicas tornou-se possível que casais que anteriormente não poderiam ter filhos pudessem ser pais (o que habitualmente ocorre em idades mais tardias dados os anos passados em tentativas). Da mesma forma, sabendo-se que é possível recorrer a estas técnicas para ser mãe/pai até mais tarde na vida, muitos casais têm vindo a adiar projetos de parentalidade até que a sua situação laboral, financeira e/ou emocional adquira a estabilidade desejada.

De acordo com dados do INE (2013a) apurou-se que a idade materna ao nascimento do primeiro filho em Portugal aumentou, tendo passado dos 28,2 anos em 2007 para os 29,7 anos em 2013. Mais ainda, a taxa de fecundidade geral por grupo etário, em 2009 na faixa etária dos 35-39 anos era de 41,4‰ e em 2013 passou para 42,4‰; no respeitante à faixa etária entre os 40 e 44 anos, temos em 2009 uma taxa de 8,0‰, para 9,0‰ em 2013 (INE, 2013b). Daqui é possível inferir que efetivamente as portuguesas estão, cada vez mais, a adiar o nascimento do primeiro filho e a serem mães até mais tarde. Dados semelhantes encontram-se um pouco por todos os países desenvolvidos, fundamentando a convicção de que estamos a assistir gradualmente ao envelhecimento da população materna.

Porque o percurso académico da mestranda não foi igual ao dos seus colegas, em virtude da transferência de estabelecimento de ensino, o tema a ser investigado no Estágio com relatório não foi selecionado e alvo de Projeto Individual de Aprendizagem durante o 1º ano do CEESMO. De fato, a estudante já havia participado em 2 estágios no estabelecimento de ensino de origem e,

evidentemente, foi após ter ingressado na ESEL, no 2º ano que se viu confrontada com a necessidade de escolher um tema e realizar o dito Projeto.

Uma vez que exerce a sua atividade laboral numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais a estudante confronta-se diária e repetidamente com mulheres que abraçaram a maternidade depois dos 35 anos. Foi com alguma preocupação e curiosidade que se apercebeu de um aumento significativo no número de mães nesta situação, o que aguçou a vontade de explorar a temática, e oferecer melhores respostas na prestação de cuidados especializados de Enfermagem. Dada a imperiosa necessidade de adequar a intervenção de enfermagem especializada à tendência para adiar o nascimento do primeiro filho que as famílias portuguesas vêm demonstrando, foi selecionada para ser trabalhada neste relatório a temática da maternidade tardia – consonante com as competências H3 e H4 do RCEESMOG (OE, 2010c)).

Através da frequência dos primeiros estágios na ESEL constatou-se novamente esta tendência e a vontade de trabalhar as questões relacionadas com a maternidade tardia, quer de forma teórica, quer em contexto de prática, veio a cimentar-se.

Foi sobretudo no estágio em unidade de Puerpério que a estudante encontrou uma realidade semelhante à vivida no seu local de trabalho; através do contacto informal com puérperas com mais de 35 anos que haviam sido mães pela primeira vez foi possível atestar que as principais razões que conduziam à maternidade tardia eram compatíveis com as descritas na literatura: aumento do número de casais inférteis, casamentos/uniões mais tardias que o habitual, aumento da incidência de segundos casamentos, melhor acesso/eficácia de métodos contraceptivos, investimento prévio na carreira e formação por parte dos futuros pais, o clima de insegurança económica atual, aumento das taxas de desemprego, a ausência de políticas de proteção familiar atrativas, a dificuldade em encontrar um parceiro e a vontade de privilegiar outros aspetos da vida antes de iniciar um projeto de maternidade.

Aos 35 anos ou mais é bastante provável que se sofra de algum tipo de doença com o potencial de complicar uma gestação. Assim, é lícito afirmar que nesta faixa etária o risco de desenvolver complicações na gravidez, com sério

impacto no decurso da mesma, no trabalho de parto, sobre a mãe e o feto/RN, é bastante aumentado relativamente à mulher mais jovem.

Cabe ao EESMO estar atento a estas tendências demográficas, no sentido de adaptar os cuidados que presta às reais necessidades das populações que serve. Perante a documentada relevância do tema, parece curioso que este não seja particularmente debatido e trabalhado pela comunidade científica de enfermagem. Possivelmente as razões prendem-se com o fato desta tendência ser relativamente recente e da preocupação de enfermagem se ter centrado até há pouco tempo, no que à idade diz respeito, nas questões relativas à adolescência.

Com este fito tona-se fundamental que o EESMO aprofunde conhecimentos no domínio da maternidade tardia. As questões relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem especializados a mulheres/famílias que são mães pela primeira vez em idade avançada, particularmente no que reporta ao trabalho de parto e parto, merecem toda a atenção e investimento por parte dos EESMO, pois traduzem o futuro de muitas famílias por nascer.

Tal como foi referido anteriormente a temática escolhida para ser investigada em maior profundidade durante o estágio com relatório, relacionada com a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, grávida, parturiente, puérpera, RN e família naquele que é o domínio da saúde materna, obstétrica e ginecológica foi seleccionada com muita antecedência, de forma a permitir que ao longo dos estágios anteriores, houvesse hipótese de aprofundar conhecimentos na área, contactar com utentes que estivessem em vias de fazer ou tivessem feito parte do público-alvo, bem como com EESMO peritos na temática.

Estabeleceu-se assim o interesse em contactar informalmente com grávidas e puérperas, pela primeira vez, com idade superior a 35 anos ao longo dos vários estágios, o que foi possível na ESEL nos estágios de Puerpério, Cuidados na Comunidade e BP. No estágio de Puerpério a estudante teve possibilidade de contactar com muitas mulheres que eram puérperas pela primeira vez e tinham mais de 35 anos de idade, o que não sucedeu com tão grande expressão no estágio de Cuidados na Comunidade, uma vez que a

instituição em causa era maioritariamente frequentada por grávidas adolescentes e por mulheres que aos 35 anos já eram múltiparas.

No Estágio com Relatório, que temos vindo a analisar, a estudante pôde contactar com 6 primíparas entre os 36 e os 41 anos, o que constituiu um número francamente aquém daquela que era a sua expectativa – correspondente a 5,8% do total de mulheres a quem prestou cuidados no BP e SUOG.

Tendo em vista estes dados a estudante esperava ter sido possível cuidar de um número superior de primíparas na faixa etária designada, o que não tendo acontecido pensa-se ficar a dever-se ao fato deste BP servir uma população tendencialmente mais jovem que alguns BP de Lisboa e Vale do Tejo.

A IG variou entre as 37 semanas e 4 dias e as 41 semanas e 3 dias. A estudante teve oportunidade de acompanhar estas parturientes durante os 4 estádios de TP, mas apenas realizou 2 destes partos (os únicos eutócicos), já que os restantes foram distócicos. De entre os partos distócicos 3 foram CST e 1 por ventosa e fórceps. As indicações para CST variaram entre a suspeita de sofrimento fetal e a não progressão de TP. Num dos partos por CST verificou-se a presença de um nó verdadeiro do cordão e noutra a presença de LTM.

Estes dados são compatíveis com o que é referido pela literatura mais recente, já que nas mulheres com mais de 35 anos que são mães pela primeira vez está estabelecido um risco acrescido de CST e parto vaginal instrumentado. Vários estudos citados por Usta e Nassar (2008) dão como provada a ligação entre o parto por CST e a idade materna avançada. É também determinado que os partos por CST de nulíparas com idade igual ou superior a 35 anos atingem taxas entre os 21 e os 52%.

Com o avançar na idade o miométrio torna-se progressivamente mais rígido/menos contrátil, as articulações pélvicas menos móveis, pelo que o TP pode ser cada vez mais prolongado e propenso a derivar em distócia. A incidência desta é 2 vezes superior em mulheres com 35 ou mais anos e é de resto a ela que se atribui a maior fatia de “responsabilidade” nos partos que redundam em CST em nulíparas de idade avançada (Carvalho e Araújo, 2010). Já o parto instrumentado é 1,5 vezes mais provável em mulheres com mais de 35 anos (Usta e Nassar,2008).

Uma das parturientes tinha como antecedente pessoal HTA crônica, medicada durante a gravidez com Aldomet® (Metildopa), tendo apresentado valores tensionais dentro dos parâmetros normais tanto na gestação como no parto. Outra parturiente apresentava como antecedente obstétrico um aborto espontâneo às 8 semanas de gravidez. A maior incidência de aborto espontâneo nestas mulheres parece relacionar-se com a menor qualidade dos ovócitos e o aumento da ocorrência de aneuploidias (Silva e Surita, 2009).

Todas as primíparas requereram analgesia epidural, tendo uma delas sido submetida a anestesia geral em virtude de possuir tatuagem incompatível com a técnica de colocação de cateter epidural. A estudante prestou cuidados imediatos a todos os RN, com IA de 9 ao primeiro minuto e 10 aos 5 minutos e pesos entre os 2780g e os 3545g.

Nos partos eutócicos realizados houve necessidade de realizar episiotomia/epiorrafia num deles e no outro não houve necessidade de efetuar episiotomia nem de suturar as 3 lacerações de grau I resultantes.

Todas as primíparas com idade superior a 35 anos e seus acompanhantes foram informados que a mestrandia estava a trabalhar no seu curso a temática da maternidade tardia, sob a forma de intervenções de enfermagem especializadas à primípara com idade superior a 35 anos, RN e acompanhante e mostraram compreensão, vontade de saber mais sobre o assunto e disponibilidade para participar no trabalho. Estas mulheres/casais contribuíram inegavelmente para a produção deste relatório na medida em que consentiram em ser cuidadas de forma especializada pela estudante durante a sua estadia no BP, forneceram os seus dados demográficos, histórias de saúde e da gravidez atual. Mais ainda, estas primíparas foram elementos-chave na compreensão do processo de transição para a maternidade das mulheres que são mães pela primeira vez após os 35 anos, através da partilha das suas vivências relativas à maternidade, suas percepções, sentimentos, dúvidas, entre outros.

Por seu turno, os pares (EEESMO do BP/SUOG) com quem contactou durante o estágio, após terem conhecimento da temática a tratar demonstraram muito interesse e curiosidade sobre o assunto. Apesar de a maioria prestar cuidados no BP ao público-alvo deste trabalho, referiram não dispor de

conhecimentos aprofundados sobre as implicações da maternidade tardia no TP/parto, sobretudo das complicações associadas. Ainda assim alguns mencionaram que empiricamente os partos de primíparas com mais de 35 anos pareciam estar associados ao registo de partos distócicos, sobretudo CST. Segundo a maioria dos EESMO consultados, não se recordavam de desenvolver intervenções especialmente voltadas para o cuidado das primíparas com 35 ou mais anos, seus RN e acompanhantes; no entanto referiram que como EESMO procuravam intervir com base nas necessidades reais e potenciais detetadas. Finalmente os EESMO do contexto de estágio proporcionaram à estudante o contato com o público-alvo do seu relatório, facilitando que esta pudesse prestar cuidados especializados às parturientes com mais de 35 anos que seriam mães pela primeira vez.

2.6.1 - Discussão e análise dos resultados/ conclusão da RSL

O artigo científico resultante de RSL, apurado como relevante para este relatório foi resumido no quadro I (Apêndice 1) e apresentou as seguintes conclusões:

- O aumento das intervenções no TP e parto (CST, parto por fórceps, ventosa ou pélvico) torna-se mais provável consoante maior for a idade materna. É particularmente provável que numa primípara com idade superior a 35 anos, o parto tenha ocorrido por CST, num prestador de serviços privado.
- Estes achados não se explicam por outras variáveis/fatores confundentes que foram considerados, a saber: diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, nascimento múltiplo, placenta prévia, apresentação não-cefálica e extremos de peso ao nascer;
- Uma vez que tendencialmente as mulheres serão mães pela primeira vez cada vez mais tarde na vida e se prevê que recorram mais a serviços privados (fruto das políticas de saúde do país em causa) prevê-se que no futuro os partos por CST/instrumentados continuem a aumentar, o que levanta sérias preocupações quanto ao futuro da saúde materna e capacidade de resposta dos serviços de saúde;

- Poderá assistir-se ao aumento das taxas de mortalidade e morbidade maternas fruto de complicações geradas nas CST.

Com base nos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos sobre a primiparidade em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos e nos dados anteriormente expostos (cientificamente validados), a estudante definiu e implementou as seguintes intervenções durante o estágio:

- a) Enquadrar a parturiente/ acompanhante quanto à problemática da maternidade tardia nos seus aspetos mais relevantes, evitando enfatizar as complicações que a idade materna poderá ter no TP.

Ao acolher estas parturientes/acompanhantes no BP a estudante procurou elucidá-las sobre o tema da gravidez/parto em mulheres com mais de 35 anos de forma simples e concisa, não se alongando em pormenores que pudessem trazer receios desnecessários à díade, influenciando negativamente a experiência de parto. A gravidez em mulheres com 35 ou mais anos está associada a uma maior probabilidade de ocorrência de complicações de ordem materna, obstétrica, fetal/neonatal e puerperal (ver apêndice 2).

- b) Discutir as expectativas/ necessidades da parturiente/ acompanhante quanto ao TP e parto, identificando se estas se coadunam com o teoricamente conhecido sobre as mulheres/casais que têm o seu primeiro filho após os 35 anos.

De acordo com Corbett (2008, p.292) “(...) os casais neste grupo parecem partilhar a preparação para a parentalidade, planeiam um nascimento centrado na família e desejam ser pais competentes e afetuosos”. Os casais que se tornam pais pela primeira vez em idades tardias frequentemente procuram garantir as melhores condições possíveis para o cumprimento desse projeto de parentalidade a curto, médio e longo prazo. Na esmagadora maioria dos casos são gestações desejadas e extensivamente planeadas, em casais que procuraram antecipadamente reunir as melhores condições físicas, que já

evidenciam uma boa qualidade de vida, estabilidade e uma maturidade emocional bem desenvolvida (Silva e Surita, 2009).

Os casais cuidados pela mestranda enquadravam-se plenamente nesta perspectiva.

- c) Vigiar, durante o TP/parto sinais/sintomas de complicações relacionadas com doença prévia concomitante com a gravidez.

Através da análise da literatura científica consultada resulta que, de um modo geral, mulheres com mais de 35 anos têm maior probabilidade de ser acometidas por alterações de saúde e/ou doenças crónicas (quanto mais velha é a mulher, mais aumenta essa probabilidade) que podem interferir negativamente no decurso de uma gestação/TP. A HTA crónica é mais comum em grávidas de idade avançada, trazendo complicações importantes em 10 a 20% destas gestações. Sabe-se também que as mulheres com HTA crónica são mais propensas a desenvolver pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta e RCIU (Usta e Nassar, 2008).

Uma das primíparas a quem a estudante prestou cuidados especializados tinha como antecedente pessoal HTA crónica. Manteve-se vigilância apertada das TA's desta parturiente, não tendo havido alterações significativas.

- d) Vigiar, durante o TP/parto sinais/sintomas de complicações que possam redundar em TP distócico.

Em consonância com a maioria dos autores consultados, Carolan et al. (2011) estabeleceram que entre as primíparas estudadas com idade superior a 35 anos existiu um significativo aumento das intervenções obstétricas no TP/parto (mesmo após ajuste de variáveis confundentes), sobretudo a ocorrência de parto por CST.

Como referido, das 6 parturientes cuidadas pela mestranda, 4 tiveram partos distócicos (3 CST e 1 por ventosa e fórceps). As CST foram realizadas após CTG não tranquilizadores e o parto por ventosa e fórceps, por não progressão do TP. Através da cautelosa vigilância do bem-estar materno-fetal

destas parturientes foi possível detetar atempadamente a evidência de complicações, referenciando à equipa médica (por estar fora do âmbito de atuação do EESMO). A mestranda concedeu o apoio necessário às parturientes durante os partos e prestou os cuidados imediatos aos RN. Desta forma proporcionaram-se partos o mais adequados e seguros possível a estas mulheres/fetos, o que é compatível com a competência H3 do RCEESMOG (OE, 2010c))

e) Ensinar a técnica de respiração profunda durante o TP.

As mulheres com 35 anos ou mais têm maior probabilidade de apresentar alterações da vasculatura uterina, da transferência placentar de nutrientes e hipoperfusão placentar. Através da respiração profunda é possível promover uma melhor oxigenação do feto e do músculo uterino, reduzindo as possibilidades de complicações. A mestranda ensinou e praticou a técnica de respiração profunda com as parturientes a quem prestou cuidados especializados de enfermagem.

f) Identificar precocemente sinais/sintomas de hemorragia puerperal

Os autores Usta e Nassar (2008) identificam a hemorragia puerperal como uma das complicações mais frequentes no pós parto imediato das primíparas com idade igual ou superior aos 35 anos. Conhecedora desta realidade a estudante esteve particularmente atenta a sinais de ocorrência de hemorragia puerperal nas mulheres de quem cuidou de forma especializada. Nenhuma destas parturientes sofreu hemorragia puerperal.

g) Informar a parturiente sobre as complicações mais frequentes no puerpério, sensibilizando para a importância de reconhecer precocemente os sinais/sintomas mais frequentes.

Os autores Usta e Nassar (2008) nomeiam a depressão pós parto como uma das complicações puerperais mais frequentes na primípara com 35 ou mais anos.

Como referido, após os 35 anos, aumenta significativamente o risco de complicações na gravidez, parto e puerpério, quer para a mãe, quer para o bebé. Assim, à ansiedade gerada pelo processo de adaptação à parentalidade é provável que se juntem outros fatores de estresse e desequilíbrio, nada facilitadores para o desenvolvimento/construção da relação mãe-filho-família.

Importa então que os enfermeiros que cuidam destas mulheres/famílias estejam despertos e informados sobre esta problemática por forma a poderem intervir junto dos mesmos numa perspetiva promotora da adaptação saudável à parentalidade. Os EESMO, estão numa posição de acesso privilegiado aos “primeiros passos” da transição para a parentalidade, devendo ser capazes de identificar potenciais problemas/interferências e planear as intervenções mais adequadas para a promoção da saúde e bem-estar. Como refere Soares (2008, p.71) o papel do EESMO “(...) passa por avaliar as transições da família, determinar o impacto no sistema familiar e participar, com a família, no planeamento de intervenções para reduzir os efeitos stressantes da transição (...)”. Assim, é essencial que o EESMO aposte numa prestação de cuidados global, norteadada pela consciência de que transformações de vida muito marcantes (e condicionantes do bem-estar futuro) estão em curso e que deverá intervir no sentido de oferecer suporte à mulher/família que vivencia o início deste processo de transição, incentivando a autonomização e a continuidade de cuidados.

Neste sentido a mestranda procurou junto da parturiente/acompanhante informar sobre os riscos psicológicos associados ao nascimento do primeiro filho, sobretudo após os 35 anos e alertar para a importância de reconhecer precocemente sintomas depressivos, encaminhando para os recursos mais competentes.

- h) Capacitar para a prestação de alguns cuidados ao RN, favorecendo a vinculação, redução da ansiedade e promovendo a transição para a parentalidade saudável.

Como exposto, é habitual que estes futuros pais se dediquem a informar-se sobre estratégias a adotar com a finalidade de garantir os melhores resultados perinatais possíveis e, do mesmo modo, são ávidos consumidores de todos os

recursos que possam encontrar no respeitante aos cuidados à grávida, parturiente, puérpera e com o RN. As parturientes/acompanhantes cuidados pela estudante corresponderam claramente a esta descrição, tendo todos realizado cursos de preparação para a parentalidade e demonstrando muito interesse quando a estudante mencionava temas da prestação de cuidados ao RN. De acordo com as dúvidas e necessidades avaliadas junto de cada tríade houve possibilidade de realizar educação para a saúde e promoção da vinculação precoce entre pais/RN. Os temas mais abordados foram o aleitamento materno, vacinação e sinais de alarme no RN e identificação e promoção da comunicação precoce mãe-RN.

i) Registrar no processo da primípara com 35 ou mais anos as intervenções específicas realizadas, promovendo a continuidade de cuidados.

j) Sensibilizar os profissionais de saúde do BP para a problemática da maternidade tardia e riscos associados.

No intuito de que a equipa de saúde que cuida da primípara com idade superior a 35 anos/ acompanhante e RN pudesse prestar cuidados de saúde o mais direcionados possível às necessidades da tríade que abraça a maternidade de forma tardia, tornou-se importante para a mestrandia alertar os restantes profissionais de saúde para o âmbito do seu trabalho, nomeadamente sobre os riscos associados.

Todas as ações de sensibilização de EESMO, enfermeiros generalistas, médicos e assistentes operacionais decorreram informalmente. Conforme abordava o seu tema de trabalho, a mestrandia procurava consciencializar para as especificidades da mulher que é mãe pela primeira vez após os 35 anos, mencionando algumas possíveis complicações. Estas iniciativas colheram o interesse da generalidade dos profissionais interpelados e que posteriormente evidenciaram reconhecimento dos saberes partilhados. Esta intervenção é compatível com a competência C1.1 do RCEE (OE, 2010b)), “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, nas vários critérios de avaliação definidos”.

Através das intervenções de enfermagem especializadas que a mestranda delineou e implementou junto das primíparas com idade superior a 35 anos, baseadas em dados científicos colhidos através de RSL e na pesquisa de livros e periódicos, pensa-se ter contribuído para criar conhecimento numa área que está surpreendentemente pouco estudada pelos EESMO.

As intervenções implementadas, consonantes com competências dos EESMO definidas pela OE no RCEESMOG (2010c)), demonstraram ser importantes para prevenir complicações materno-fetais/neonatais, aumentando a segurança da díade, ao mesmo tempo que evidenciaram ampliar a sensação de conforto e preocupação com as necessidades específicas das parturientes, o que foi verbalizado pelas mesmas.

Verifica-se na literatura consultada que os autores manifestam preocupação em estabelecer quais as principais complicações que podem afetar a mulher que é mãe pela primeira vez depois dos 35 anos /feto/RN, mas não existe investigação científica que incida sobre a prevenção dessas mesmas complicações e sobre a maximização da segurança e bem-estar durante o TP e parto para estas mulheres. Foi neste sentido que a mestranda procurou direcionar o seu trabalho/atuação durante o estágio, pensando ter contribuído com uma conduta diferenciada e com a partilha dos saberes construídos para a evolução do conhecimento em enfermagem, para a sensibilização dos pares para uma problemática cada vez mais premente e para melhorar a experiência de TP e nascimento das parturientes com mais de 35 anos /RN e acompanhantes.

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório de estágio traduz um período de reflexão e análise crítica das competências e atividades desenvolvidas ao longo do Estágio com Relatório do CMEESMO da ESEL, no sentido de dar resposta aos objetivos para ele delineados. Estes objetivos, como anteriormente referido, espelham competências próprias dos EESMO que é necessário que os estudantes do CMEESMO desenvolvam. Para além da estudante se ter proposto a atingir as competências específicas dos EESMO de um modo geral, tratando-se também de um curso de mestrado houve necessidade de aprofundar um determinado leque dessas competências, sob a forma de um tema que fosse especialmente relevante para o estudante, a saber, a maternidade tardia. Neste sentido, a estudante propôs-se a desenvolver as que estavam ligadas à prestação de cuidados especializados à primípara com mais de 35 anos /feto/RN e acompanhante durante o TP e parto.

Torna-se importante para a mestranda evidenciar nestas considerações finais as competências que derivaram do seu interesse pessoal. É essencial expor quais as principais limitações/dificuldades que experienciou na pesquisa e transposição para a prática de cuidados a fim de as atingir, mas também referenciar as conclusões do estudo que levou a cabo, bem como sugestões no mesmo âmbito que permitam melhorar a prestação dos EESMO e, por conseguinte, a saúde/bem-estar daqueles de quem cuidam.

A fim de incrementar conhecimentos sobre o tema da maternidade tardia/primiparidade após os 35 anos, a mestranda consultou várias fontes (livros, periódicos, entre outros) e realizou uma RSL. A primeira grande limitação que identificou foi a escassez de produção científica nesta área, contrariamente ao que esperava. Por já ter realizado noutras situações RSL e conhecer relativamente bem a metodologia, foi confrangedor compreender que apesar da enorme importância que este assunto tem na sociedade contemporânea, poucos enfermeiros se dedicam ao seu estudo.

Pensa-se as razões disto se prendem com o fato de estarmos numa fase inicial do interesse nesta temática. De há uns anos a esta parte, no que concerne à idade, a preocupação dos EESMO (e de outros investigadores) centrava-se na

maternidade na adolescência, uma realidade firmada e preocupante, que motivou a necessidade de encontrar respostas cabais por parte de quem cuida destas mulheres.

O adiamento da maternidade é uma situação que tem vindo a tomar forma ao longo de décadas e que começa agora a preocupar os investigadores, principalmente aqueles que prestam cuidados a estas mulheres/famílias. Ser mãe mais tarde na vida assume agora uma expressão que dificilmente passa despercebida a quem cuida da saúde das mulheres (pelas diversas razões apontadas ao longo deste relatório), pelo que é premente criar e divulgar o conhecimento científico capaz de fornecer indicações sobre a melhor forma de cuidar destas pessoas.

A segunda limitação percebida, no seguimento da primeira, é que a literatura que se conseguiu estudar está pouco focada na promoção da saúde/prevenção da doença e na resolução de problemas. Ou seja, as produções encontradas incidem sobretudo no estudo das complicações associadas à maternidade tardia e pouquíssimo em estratégias de prevenção dessas mesmas complicações, muito menos sob a forma de intervenções de enfermagem especializadas. À mestranda este fato também parece derivar de um início da produção de conhecimento; parece evidente que se abordem primeiro os “problemas” e só depois as “soluções”.

Na implementação prática do projeto de estágio a estudante não sentiu dificuldades, pois beneficiou sempre do interesse dos EESMO e das próprias parturientes pelo seu tema de estudo, obtendo a colaboração de todos. Crê-se que a cooperação das parturientes se firmou sobretudo por perceberem que havia alguém que estava preocupado em desenvolver uma área de conhecimento que lhes dizia diretamente respeito, o que as sensibilizou. Da parte dos EESMO, poderem obter dados sobre um tema que é pouco debatido e que reconheceram como atual, aguçou o seu interesse.

A terceira limitação que a mestranda encontrou foi o número de experiências ter sido tão limitado, ainda que não tenha posto em causa o desenvolvimento do projeto. Havendo dados estatísticos (expostos neste relatório) que atestam um aumento significativo do número de mulheres que são mães após os 35 anos, foi francamente surpreendente constatar um tão parco

número de experiências em estágio. Como já se afirmou anteriormente, pensa-se que tal ocorrência seja situacional, ligada ao fato do Hospital onde o estágio decorreu servir uma população bastante mais jovem que outros Hospitais da Grande Lisboa.

Dado precisamente o fato de se ter uma pequeníssima amostra de parturientes sob as quais incidiu o estudo não é possível extrair conclusões cientificamente validadas. No entanto, dando resposta à pergunta colocada segundo a forma PICO:

Quais as intervenções do EESMO no cuidar da primípara com idade superior a 35 anos que promovem uma parentalidade saudável?

a mestranda pode referir as principais intervenções: Enquadrar a parturiente/acompanhante quanto à problemática da maternidade tardia nos seus aspetos mais relevantes (...); vigiar, durante o TP/parto sinais/sintomas de complicações que possam redundar em TP distócico; capacitar para a prestação de alguns cuidados ao RN, favorecendo a vinculação, redução da ansiedade e promovendo a transição para a parentalidade saudável; sensibilizar os profissionais de saúde do BP para a problemática da maternidade tardia e riscos associados.

Sugere-se que no futuro seja possível desenvolver mais investigações dentro desta área temática, que permitam aos EESMO prestar melhores cuidados especializados de enfermagem às mulheres que vivem a maternidade após os 35 anos de idade e aos seus fetos/ RN/ famílias. A preocupação da estudante com este assunto não se esgota na realização do presente relatório. Desta forma, é do seu interesse contribuir futuramente para o desenvolvimento da investigação e divulgação científica neste âmbito, por exemplo propondo-se a realização e publicação de um artigo sobre o tema.

Ainda de referir que de acordo com a competência do RCEE (OE, 2010b)) foram prestados cuidados especializados durante o Estágio com Relatório às mulheres/parturientes/fetos/RN/famílias de acordo com os mais elevados princípios éticos e morais e em conformidade com o Código Deontológico dos Enfermeiros.

Ao longo do estágio e através da vivência de múltiplas oportunidades de aprendizagem, tanto a autonomia como a segurança do desempenho foram aperfeiçoadas, o que permitiu à mestranda desenvolver as competências necessárias ao desempenho enquanto EESMO. No entanto, neste processo de crescimento profissional e pessoal são também de valorizar os aspetos menos positivos: as principais dificuldades sentidas relacionaram-se com o elevado nível de responsabilidade que a prestação de cuidados especializados demanda e com a necessidade de compatibilizar os horários de trabalho e de estágio. Esta última corresponde a uma carga horária tal que a fadiga que se instala se torna inibitória da receptividade para colmatar as exigências do CMEESMO. Há que referir que no caso particular da estudante, além do horário de trabalho e do estágio houve ainda um período de frequência de aulas de uma unidade curricular que não existia no estabelecimento de ensino de onde proveio, com a inerente realização de trabalhos e horas de estudo.

Torna-se importante evidenciar que no local de estágio foram facilitadas à mestranda todas as oportunidades de aprendizagem viáveis, do início ao fim, com um investimento assinalável da parte dos EESMO com quem contactou – sobretudo da orientadora local. Todos, sem exceção, foram inexcedíveis na colaboração que tiveram para com a estudante e notáveis no esforço que põem na integração de estudantes em estágio, fazendo-os sentir-se membros da equipa e contribuindo indelevelmente para o sucesso dos mesmos.

Convicta de ter atingido os objetivos a que se propôs durante o estágio a mestranda considera ter desenvolvido as principais competências específicas do EEESMO, conjuntamente com muitas das esperadas do enfermeiro, em simultâneo com um enorme enriquecimento pessoal.

BIBLIOGRAFIA

Aguiar, Cecília (2009) – **Comportamentos interactivos maternos e envolvimento da criança**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-972-31-1276-4

Alligood, Martha Raile; Tomey, Ann Marriner (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-74-6.

Arias, Betty (2011) - **Práticas Obstétricas segundo a OMS: Expectativas, percepção e satisfação da mulher**. Escola Superior de Saúde de Viseu (Dissertação de Mestrado).

Badinter, E. (2010) – **O conflito : a mulher e a mãe**. Lisboa. Relógio D'água. ISBN 9789896411831, 176 pp.

Barbosa, Ingrid; Silva, M^a Júlia (2007) – Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. Vol 60, nº 5. Pp 546-551.

Barradas, Aida; Salgueiro, Elsa (2003) – **Episiotomia: realização seletiva ou rotineira. Indicador de Evidência**. Projeto da MCEESMO-OE : Maternidade com qualidade. Acessível em linha em :

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Botelho, Maria Antónia – **Papel e responsabilidades do Orientador e do Co-Orientador** Documento solto da ESEL.

Bobak, Irene M.; Lowdermilk, Deitra Leonard; Jensen, Margaret Duncan (1999) – **Enfermagem na Maternidade**. 4^a (ed). Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-09-6.

Branden, Pennie (2000) – **Enfermagem Materno-Infantil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso editores. ISBN 85-87148-41-9

Canavarro, Maria (coord.) (2001) – **A Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editores,. ISBN 972-8535-77-5. pp.133-155.

Canterino, Joseph (2012) – Advanced maternal age and risks for adverse outcomes. **The female patient**. s.l. Vol 37 (2012). Pp 25-33.

Carmo, Hermano; Ferreira, Manuela (1998) – **Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem..** Universidade Aberta, Lisboa. ISBN 972-674-231-5.

Carvalho, Amâncio ; Carvalho, Graça Simões de (2006) - **Educação para a saúde : conceitos, práticas e necessidade de formação**. [Lisboa : Lusociência, ISBN 972-8930-22-4

Carvalho, Rui; Araújo, Cláudia (2010) – A gravidez nos extremos da vida reprodutiva. In: GRAÇA, Luís Mendes da – **Medicina Materno-Fetal**. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-654-8. p.168-172

Carolan, Mary [et al.] (2011) *Older maternal age and intervention in labor: a population-based study comparing older and younger first-time mothers in Victoria, Australia* **Birth: Issues in Perinatal Care**. s.l.: Wiley- Blackwell. Nº38-1 (Mar.), p. 24-29.

Chick, N.; Meleis A. I (1986). – Transition: a nursing concern. In Chinn, P. L., **Nursing research Methodology**. Reckeville: Aspen, p. 237-257;

Cleary-Goldman, Jane et al (2005) – Impact of maternal age on obstetric outcome. **Obstetrics and Gynecology**. s.l. ISSN 105-983-90. Vol 105, nº 5 (2005). Pp 983-990.

Clode, Nuno (2010) – Diabetes associada à gravidez. In: Graça, Luís Mendes da – **Medicina Materno-Fetal**. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-654-8. p.554-565.

Corbett, Robin Webb (2008) – Cuidados de Enfermagem durante a Gravidez. In: Lowdermilk, Deitra; Perry, Shannon – **Enfermagem na Maternidade**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1. p. 246-303

Craig, Jean V.; Smyth, Rosalind L. (2004) – **Prática Baseada na Evidencia – Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-61-4.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014) – **Guia Orientador do Estágio com Relatório**. Ano letivo 2014/2015. Acessível (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal).

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2013 a) – **Regulamento dos Cursos de Mestrado**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e em http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/59968584-ED10-4B77-B7BA-8DD9A4B0EBB2/3725/Regulamento2013_11_mar%C3%A7o.pdf

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2013b) – **Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações..** Acessível (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal).

Figueiredo, Bárbara (2001) – **Mães e bebês**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 972-31-0920-4

Fortin, M.F. (1999) - **O processo de investigação: Da concepção à realidade**. Loures: Lusociência.

Gonçalves, Ana [et al.] (2010) Conceptualização da metodologia de projeto. In Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas. **Percursos**. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. ISSN 1646-5067. Nº15 (Jan-Mar 2010), p. 3-9.

Graça, Luís Mendes (2010) – **Medicina Materno-Fetal**. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-972-757-325-7.

Higgins J; Green, S (2011) - **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0**. [Em linha] s.l. : The Cochrane Collaboration. 2011. 14/05/2015. Disponível em www.cochrane-handbook.org.

Instituto Nacional de Estatística (2013a) – **Idade da mãe ao primeiro filho**. [Em linha] Lisboa : INE. 2013. 23/05/2015. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001540&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2013b) – **Taxa de fecundidade geral por grupo etário**. [Em linha] Lisboa : INE. 2013. 23/05/2015. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001540&contexto=bd&selTab=tab2

International Confederation of Midwives (2010) – **Essential Competencies for basic midwifery practice 2010**. [Em linha] s.l.: ICM. 2011. 14-05-2015, Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/English/Essential%20Competencies%20ENG.pdf>

International Confederation of Midwives (2011) - **Global Standards for Midwifery Regulation** [Em linha]. S.l.: ICM. 14-05-2015, Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/English/GLOBAL%20STANDARDS%20FOR%20MIDWIFERY%20REGULATION%20ENG.pdf>

Levy; Maria; Bértolo; Helena (2008)- **Manual de Aleitamento Materno** Lisboa: Comité português para a UNICEF / Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés ISBN: 96436

Lowdermilk, Deitra; Perry, Shannon (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª edição. Loures: Lusodidacta, . ISBN 978-989-8075-16-1.

Lowdermilk, Deitra; Perry, Shannon; Bobak, Irene (2002) – **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5ª edição. São Paulo: Artmed Editora,. ISBN 85-7307-787-5.

Mackway-Jones, Kevin; Marsden, Janet; Windle, Jill [\(2006\)](#) – **Emergency Triage: Manchester Triage Group** [2ª ed; Masachussets: Blackwell Publishing](#) ISBN-13: 978-0-7279-1542-9.

Meleis, A. I. et al.(2000) - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advanced Nursing Science**. s.l. vol 23 pp.12-28.

Meleis, A. (2007). **Theoretical nursing: development and progress**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Moniz, Carlos e Graça, André (2010) – Reanimação do recém-nascido na sala de partos: conceitos e atitudes .In: Graça, Luís Mendes da – **Medicina Materno-Fetal**. Lisboa: Lidel ISBN 978-972-757-654-8. P. 365-371

Moore et al. (2012).- **Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants**. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 5 Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.

Nolan et al. (2010) **European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010** *Resuscitation*. 81. 1279-1286.

Ordem dos Enfermeiros (2009) Caderno temático – Modelo de desenvolvimento profissional – **Perfil de Competências comuns e específicas das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. [Em linha] Lisboa: OE. 2009. 05-06-2015. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010a) – Caderno temático – Modelo de desenvolvimento profissional – **Fundamentos, processo e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências**. [Em linha] Lisboa:OE. 2010. 05-06-2015. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos1.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010b) **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. [Em linha] Lisboa: OE. 2010. 05-06-2015. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010c). **Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. [Em linha] Lisboa: OE.2010. 05-06-2015. Disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012) – **Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada**..Acessível (Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal).

Organização Mundial de Saúde (1996) – **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. [Em linha] Genebra: Organização Mundial de Saúde. 1996. 08-07-2015. Disponível em

http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf

Silva, Maria Amélia (2010) – **Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico: Acolhimento de Enfermagem**. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar /Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.

Silva, João; Surita, Fernanda (2012) – Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo. Vol 31, nº 7. Pp321-325.

Schumacher, K.L. & Meleis, A.I (1994). - Transitions: A central concept in nursing. *In Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2):119-27

Schupp, Tânia Regina (2006) – **Gravidez após os 40 anos de idade: análise dos factores prognósticos para resultados maternos e perinatais adversos**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Tese de doutoramento.

Soares, Hélia (2008) – **O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de mestrado.

Usta, I.M.; Nassar, A.H. (2008) – Advanced maternal age. Part I: obstetric complications. **American Journal of perinatology**. s.l. ISSN 108-56-20. Vol 25, nº 8 (2008). Pp 521-534.

Vaz, Andreia [et al] (2010) Definição dos Objetivos In “Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. **Percursos**. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. ISSN 1646-5067. Nº 15 (Jan-Mar 2010), p.18-19.

Veras, Regina Cláudia (2005) – **O tempo e o desejo**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Tese de mestrado.

ANEXOS

ANEXO 1 – Artigo resultante da RSL

Older Maternal Age and Intervention in Labor: A Population-Based Study Comparing Older and Younger First-Time Mothers in Victoria, Australia

Mary Carolan, PhD, Mary-Ann Davey, PhD, Mary Anne Biro, PhD, and Michelle Kealy, PhD

ABSTRACT: **Background:** In Australia, birth rates for women aged 35 years or more are significant and increasing and a considerable percentage are first births. This study investigated the effect of maternal age on interventions in labor and birth for primiparous women aged 35 to 44 years compared with primiparous women aged 25 to 29 years. **Methods:** All primiparous women who gave birth in Victoria, Australia, in 2005 and 2006 ($n = 57,426$) were included in this population-based cross-sectional study. Women were stratified by admission status (private/public). Main outcome measures were induction of labor, augmentation of labor, use of epidural analgesia, and method of birth. Multivariate logistic regression was used to explore the relationship between maternal age and cesarean adjusted for confounders. **Results:** Older women were more likely to give birth by cesarean section whether admitted as public or private patients. For private patients, total cesarean rates were 31.8 percent (25–29 yr), 46.0 percent (35–39 yr), and 60.0 percent (40–44 yr; $p < 0.001$) compared with 27.5, 41.6, and 53.4 percent for public patients ($p < 0.001$). Older women who experienced labor were more likely to have an instrumental vaginal birth or an emergency cesarean section than younger women. Both were more common in women admitted as private patients. Age-related trends were also seen for induction of labor and use of epidural analgesia. Rates were higher for private patients. Rates of induction were (37.8, 40.2, and 42.5%) for private patients compared with (32.1, 36.7, and 40.1%) for public patients and rates for epidural were (45.3, 49.9, and 48.1%) among private patients compared with (33.3, 38.8, and 39.3%) among public patients. **Conclusions:** Interventions in labor and birth increased with maternal age, and this effect was seen particularly for cesarean section among women admitted privately. These findings were not fully explained by the complications we considered. (BIRTH 38:1 March 2011)

Key words: advanced maternal age, cesarean section, induction of labor, obstetric intervention, primiparity

Women in Australia are having fewer babies at a later age (1,2) and, where previously, advanced maternal age (35 yr or older) was associated with lower socioeco-

nom status and higher parity (3), today, it is more often associated with higher socioeconomic status, higher educational status, lower parity (1,4,5), and the use of

Mary Carolan is Director of Midwifery at Victoria University, Melbourne, Victoria; Mary-Ann Davey is an Epidemiologist at the Consultative Council on Obstetric and Paediatric Mortality and Morbidity, Department of Health, Melbourne, Victoria; Mary Anne Biro, is the Midwifery Course Coordinator at Monash University, Melbourne, Victoria; and Michelle Kealy is a Project Officer, Integrated Maternity Services, Department of Health and Families, Darwin, Northern Territory, Australia.

Address correspondence to Mary Carolan, PhD, School of Nursing and Midwifery, St Alban's Campus, Victoria University, PO Box 14428, Melbourne 8001, Victoria, Australia.

Accepted July 8, 2010

© 2010, Copyright the Authors
Journal compilation © 2010, Wiley Periodicals, Inc.

private hospital services (6). Together, these factors give rise to a contemporary group of mothers over 35 years who are predominantly healthy and of better social circumstance. Many are primiparous (1,7). However, despite changing sociodemographics, birth over 35 years continues to be associated with adverse obstetric outcomes (8–15). This association is not well understood and while most studies discuss advanced maternal age as a predictor of adverse maternal and fetal outcomes (8–17), others challenge these findings and discuss advanced maternal age as a predictor of risk (11,18–20). These studies report little difference in rates of adverse outcomes between older and younger women.

Against this background of ambiguous findings, age-related concerns drive higher rates of obstetric intervention (21,22) particularly cesarean section among primiparous women (8,18,23–25). In Australia, women over 35 years account for approximately 16 percent of primiparous women (6,7,26) and this figure is likely to increase in the future. The “real” risks for primiparous women of advanced maternal age remain unclear and maternity service providers would benefit from up-to-date information on the relationship between morbidity and obstetric interventions. There is a particular dearth of research in this area, and age-associated rates of obstetric interventions have not yet been evaluated in Australia. The aim of this paper is to report on obstetric interventions and associated factors among primiparous women, aged 35 to 44 years, who gave birth in Victoria, Australia, during 2005 to 2006.

Methods

Data on all births in Victoria over 20 weeks' gestation were obtained from the Victorian Perinatal Data Collection. Maternal age at the date of birth was stratified into 5-year categories. Advanced maternal age was defined as 35 years or older. Data were analyzed for women aged 35 to 39 years and 40 to 44 years compared with women aged 25 to 29 years. Women 45 years or older were not included because of low numbers (0.13%; $n = 76$). Analysis was limited to first births to eliminate the large effect of previous cesarean section on birth mode. Terminations of pregnancy were excluded from the sample. Maternal medical conditions were confined to preexisting hypertension and preexisting diabetes. Complications of pregnancy were limited to preeclampsia, gestational diabetes, placenta previa, multiple birth, nonvertex presentation, and extremes of birthweight. Method of birth was categorized as unassisted vaginal birth, cesarean section, or instrumental vaginal birth (forceps, vacuum extraction, or vaginal breech). Type of labor was described in four categories: spontaneous (without augmentation), spontaneous with augmentation,

induced, or no labor (cesarean section before commencement of labor). Induced and augmented labors were those in which drugs or procedures such as oxytocin infusion or amniotomy were used to start or speed up labor. Total cesarean sections are reported, as well as cesareans and instrumental vaginal births among women who experienced labor. Induction and augmentation of labor, and use of epidural analgesia, are also reported. Epidural anesthesia administered de novo to facilitate the exclusion of operative birth from this analysis.

Statistical Analysis

Frequencies were used to describe the characteristics of primiparous women. Proportions and chi-squared tests were used to explore the relationships between maternal age and several other variables. Multivariate logistic regression was used to explore the relationship between maternal age group and cesarean section, adjusted for relevant potential confounders, using women who had any vaginal birth as the reference group. In addition to maternal age, other independent variables were included in the initial model if they were clinically meaningful and associated with method of birth at a bivariate level at $p < 0.05$. Backward elimination was used to exclude variables that were no longer significantly associated with method of birth after adjustment. Likelihood ratio tests were performed after each deletion to ensure that the exclusion of a variable did not significantly reduce the fit of the model (at $p = 0.05$). Adjusted odds ratios (AdjORs) and 95 percent confidence intervals (CIs) are reported. Analyses were carried out using Stata 8 (27).

Results

In Victoria during 2005 and 2006, 57,426 women gave birth for the first time. Median age for first birth was 29 years. The groups of interest for this study were women aged 35 to 39 years ($n = 7,830$) and 40 to 44 years ($n = 1,247$). The comparison group was 25 to 29 year olds ($n = 16,920$) (Table 1).

Older women were substantially more likely to be admitted as private patients, and to have preexisting hypertension ($p < 0.001$) (Table 2). Older women were more likely to have a prelabor cesarean section in both the public (7.5%, 25–29 yr; 13.1%, 35–39 yr; and 21.7%, 40–44 yr) and private sectors (12.1, 21.2, and 34.8%; $p < 0.001$). Of those who experienced labor, older women were more likely to have labor induced and to use *epidural analgesia*, whether they were admitted as public or private patients. However, private patients, in all age categories, were more likely than public patients to have labor induced and to use epidural

analgesia. Older women who experienced labor were also more likely to give birth by cesarean section following labor, in both the public and private sectors (Table 3). Differences in the rate of instrumental vaginal birth by age group were small, although the differences reached statistical significance. In all the age groups, and both public and private sectors, women who used epidural analgesia were more likely to have an instrumental vaginal birth or cesarean section.

The incidence of preeclampsia, gestational diabetes, placenta previa, multiple births, and nonvertex presentation all increased as women aged. Incidence of low birthweight also increased with maternal age, while the incidence of macrosomia declined (Table 4).

Table 5 reports the multivariate logistic regression analysis, performed to examine the relationship between maternal age, cesarean section, and a range of likely confounding factors. After adjustment for presentation, plurality, induction and augmentation of labor, epidural analgesia, gestation, birthweight, admission status, placenta previa, preexisting diabetes and hypertension, gestational diabetes, and preeclampsia, the AdjORs of cesarean section compared with any vaginal birth were significantly raised for women aged more than 35 years compared with those aged 25 to 29 years: AdjOR was 1.76 (95% CI: 1.7, 1.9) for women aged 35 to 39 years whereas AdjOR was 3.15 (95% CI: 2.8, 3.6) for women aged 40 to 44 years.

Table 1. First Births in Victoria, 2005–2006, by Maternal Age

Maternal Age at Confinement (yr)	No. (%)
≤19	3,154 (5.5)
20–24	8,952 (15.6)
25–29 ^a	16,920 (29.5)
30–34	19,247 (33.5)
35–39 ^a	7,830 (13.6)
40–44 ^a	1,247 (2.2)
45–50	76 (0.1)
Total	57,426 (100.0)

^aAge categories included in analysis.

Table 2. Maternal Characteristics

Characteristics	25–29 yr (n = 16,920) No. (%)	35–39 yr (n = 7,830) No. (%)	40–44 yr (n = 1,247) No. (%)
Marital status			
Married	12,469 (73.7)	5,723 (73.1)	824 (66.1)
Admission status			
Private	5,325 (31.5)	4,620 (59.0)	750 (60.0)
Public	11,595 (68.5)	3,210 (41.0)	497 (40.0)
Preexisting hypertension	159 (0.9)	132 (1.7)	27 (2.2)
Preexisting diabetes	83 (0.5)	64 (0.8)	9 (0.7)

Discussion

The strength of this study lies in the size and established accuracy of the statewide population database used. Other strengths include the ability to identify primiparas and two common morbidities, diabetes and hypertension, and to stratify women by admission status (public/private).

The results provide important information for obstetric and midwifery managers which will assist in the provision of care for this growing group of parturient women. One limitation of this study is that the data set did not include some sociodemographic details such as income and educational level, or lifestyle factors such as smoking and body mass index. These variables may have affected the relationship between maternal age and cesarean section.

There were four main findings. First, rates of cesarean section and induction increased linearly with age. Second, cesarean section rates were considerably higher among private patients of all age groups. Third, a large percentage of cesarean births, related to age and private care, preceded onset of labor and resulted in a declining rate of spontaneous labor. Finally, age-related cesarean section rates were not fully explained by the clinical factors considered in this investigation.

Increasing Rates of Cesarean Section and Induction of Labor

The age-related increase in total cesarean section rates in this cohort is higher than rates reported elsewhere, particularly for women aged 40 to 44 years admitted privately (60.3%). This finding may, in part, relate to our sample composition of primiparous women, as both nulliparity (21,28–30) and advanced maternal age (9,12,22,23,28–31) are independent risk factors for cesarean section. We also found higher age-related rates of induction among women who experienced labor and this trend is generally consistent with other studies (32–35).

Table 5. Adjusted Odds Ratio (AdjOR) of Cesarean Section

Cesarean Section ^a	AdjOR	95% CI
25–30 yr old	1.00	Reference group
35–39 yr old	1.76	(1.7, 1.9)
40–44 yr old	3.15	(2.8, 3.6)

^aReference group is any vaginal birth adjusted for presentation, plurality, gestational diabetes, preexisting diabetes, preeclampsia, preexisting hypertension, placenta previa, induction and augmentation of labor, birthweight, gestation, epidural analgesia, and admission status (public/private).

of obstetric intervention (29,38–41). This trend of greater intervention among private patients is found in the broader literature (37,39,40), although there is no consensus on the type or extent of intervention. Roberts et al (38), for example, found that higher rates of intervention were driven by higher rates of operative vaginal births rather than cesarean section, while Shorten and Shorten (39) discuss higher rates of induction of labor and cesarean section though not operative vaginal birth. Others found, similar to our study, that private care was linked most especially to higher rates of cesarean section (29,39,40). Finally, our figures for cesarean section were higher than those cited elsewhere for private patients aged over 40 years and the reason for this finding remains unclear. A general increase in cesarean section rate in Australia may partially explain these findings.

An Increase in Prelabor Cesarean

We found that advancing maternal age was associated with decreased rates of spontaneous labor and increased percentages of women who experienced no labor and this trend was more pronounced among women admitted privately. The recent large increase in cesarean section, seen among older Australian women, appears to be driven principally by an increase in prelabor cesarean sections (21,29,40) and this feature is in agreement with our findings.

Age-Related Increasing Intervention Rates and Maternal Morbidity

In this investigation, cesarean rates were proportionally most remarkable among women aged 40 to 44 years. These women were also more likely to experience several medical conditions or complications of pregnancy that are associated with cesarean section, such as placenta previa, multiple pregnancy, hypertension, gestational diabetes, and malposition of the fetus. These clinical factors correspond well and likely explain some

of the increase seen here. However, the relationship between maternal age and cesarean section remained strong, even after adjustment for all of these factors. Similar to our findings, the literature largely suggests that age-related higher rates of intervention are not well explained by maternal or infant characteristics or complications (18,20,21,29,40). What is clear from the literature is that increasing intervention among women aged 35 years or older is a complex problem without a single satisfactory explanation.

Conclusions

Interventions in labor and birth increased with maternal age, and this effect was seen particularly for cesarean section among women admitted privately. These findings were not fully explained by the complications we considered (preeclampsia, gestational diabetes, placenta previa, multiple birth, nonvertex presentation, and extremes of birthweight) which raises concerns for maternal health and for future service provision. Our findings foreshadow an increasing demand on maternity bed days and staff as trends of older maternity and private admission continue. An increase in maternal morbidity and mortality because of the complications of cesarean may also occur. We suggest that further research is warranted into patterns of increased labor and birth intervention, particularly among women admitted privately.

References

1. Australian Bureau of Statistics. *Older Mothers, Family Formation*. Canberra: Australian Government Press, 2001.
2. Australian Bureau of Statistics. *4102.0—Australian Social Trends 2006*. Canberra: Australian Government Press, 2006.
3. Wildschut H. Sociodemographic factors: Age, parity, social class and ethnicity. In: James D, Steer P, Weiner C, Gonik B, eds. *High Risk Pregnancy*, 2nd ed. London: W.B. Saunders, 1999:39–52.
4. Hammarberg K, Clarke V. Reasons for delaying childbearing—A survey of women aged over 35 years seeking assisted reproductive technology. *Aust Fam Physician* 2005;34(3):187–189.
5. Stark MA. Psychosocial adjustment during pregnancy: The experience of mature gravidas. *JOGNN* 1997;26(2):206–211.
6. Davey M-A, Taylor O, Oats J, Riley M. *Births in Victoria 2005 and 2006*. Melbourne: Victorian Perinatal Data Collection Unit, Department of Human Services, Statewide Quality Branch, 2008.
7. Australian Bureau of Statistics. *Births Australia 2006*. Canberra: Australian Government Press, 2007.
8. Scholz H, Haas J, Petru E. Do primiparas aged 40 years or older carry an increased obstetric risk? *Prev Med* 1999;29(4):263–266.
9. Cleary-Goldman J, Malone F, Vadaver J, et al. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2005;105(5, Part 1): 983–990.
10. Jacobsson B, Ladfors L, Milsom I. Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *J Obstet Gynecol* 2004;104:727–733.

11. Joseph K, Allen A, Dods L, et al. The perinatal effects of delayed childbearing. *J Obstet Gynecol* 2005;105:1410–1412.
12. Adashek J, Peacemen A, Lopez-Zeno J, et al. Factors contributing to the increased cesarean birth rate in older parturient women. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169(4):936–940.
13. Prysak M, Lorenz R, Kisly A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. *Obstet Gynecol* 1995;85(1):65–70.
14. Cnattingius S, Forman M, Berendes H, Isotalo L. Delayed childbearing and risk of adverse perinatal outcome. A population-based study. *JAMA* 1992;268(7):886–890.
15. Ales K, Druzin M, Santini D. Impact of advanced maternal age on the outcome of pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1990;171(3):209–216.
16. Berkowitz G, Skovron M, Lapinski R., et al. Neonatal outcomes among older mothers: Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *N Engl J Med* 1990;322:659–664.
17. Bobrowski R, Bottoms S. Underappreciated risks of the elderly multipara. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172(6):1764–1770.
18. Kozinszky Z, Orvos H, Zoboki T, et al. Risk factors for cesarean section of primiparous women aged over 35 years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81(4):313–316.
19. Panagopoulos P, Economou A, Tagia M, et al. Pregnancy outcome in nulliparous women at age >35 in comparison to younger nulliparous women. *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia* 2006;28(10):479–482.
20. Diejomaoh M, Al-Shamali I, Al-Kandari F, et al. The reproductive performance of women at 40 years and over. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;126(1):33–38.
21. Bell J, Campbell D, Graham W, et al. Can obstetric complications explain the high levels of obstetric interventions and maternity service use among older women? A retrospective analysis of routinely collected data *Int J Obstet Gynecol* 2001;108(9):910–918.
22. Montan S. Increased risk in the elderly parturient. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007;19(2):110–112.
23. Lialios G, Kaponis A, Adonakis G. Maternal age as an independent risk factor for cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet* 1999;67(3):187–188.
24. Delbaere I, Verstraelen H, Goetgeluk S, et al. Pregnancy outcome in primiparae of advanced maternal age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;135(1):41–46.
25. Yuan W, Steffensen F, Nielsen G, et al. A population-based cohort study of birth and neonatal outcome in older primipara. *Int J Gynecol Obstet* 2000;68(2):113–118.
26. Laws P, Sullivan EA. *Australia's Mothers and Babies 2007*. Sydney: Australian Institute of Health and Welfare, 2009.
27. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 8*. College Station, Texas: StataCorp LP, 2003.
28. Patel R, Peters T, Murphy D, ALSPAC Study Team. Prenatal risk factors for caesarean section. Analyses of the ALSPAC cohort of 12 944 women in England. *Int J Epidemiol* 2005;34(2):353–367.
29. Janssens S, Wallace K, Chang A. Prepartum and intrapartum caesarean section rates at Mater Mothers' Hospital Brisbane 1997–2005. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 2008;48(6):564–569.
30. O'Leary C, De Klerk N, Keogh J, et al. Trends in mode of delivery during 1984–2003: Can they be explained by pregnancy and delivery complications? *BJOG* 2007;114(7):855–864.
31. Miller D. Is advanced maternal age an independent risk factor for uteroplacental insufficiency? *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(6):1974–1982.
32. Jolly M, Sebire N, Harris J, et al. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Hum Reprod* 2000;15(11):2433–2437.
33. Treacy A, Robson M, O'Herlihy C. Dystocia increases with advancing maternal age. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(3):760–763.
34. Rosenthal A, Paterson-Brown S. Is there an incremental rise in the risk of obstetric intervention with increasing maternal age? *BJOG* 1998;105(10):1064–1069.
35. Sizer A, Thomas S, Lindsay P. The rise in obstetric intervention with maternal age: A continuous phenomenon. *J Obstet Gynecol* 2000;20(3):246–249.
36. Homer C. Private health insurance uptake and the impact on normal birth and costs: A hypothetical model. *Aust Health Rev* 2002;25(2):32–37.
37. Shorten B, Shorten A. Impact of private health insurance incentives on obstetric outcomes in NSW hospitals. *Aust Health Rev* 2004;27(1):27–38.
38. Roberts C, Tracy S, Peat B. Rates for obstetric intervention among private and public patients in Australia: Population based descriptive study. *BMJ* 2000;321(7254):137.
39. Shorten A, Shorten B. What happens when a private hospital comes to town? The impact of the 'public' to 'private' hospital shift on regional birthing outcomes. *Women Birth* 2007;20(2):49–55.
40. Johnson T, Coory M. *Caesarean Section Deliveries in Queensland: Information Circular 72*. Brisbane: Health Statistics Centre, Queensland Health, 2005.
41. Howell S, Johnston T, MacLeod S-L. Trends and determinants of caesarean sections births in Queensland, 1997–2006. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 2009;49(6):606–611.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Quadro resumo do artigo

Autor/Ano/Título	Carolan, Mary et al. (2011). Older Maternal Age and Intervention in Labor: A Population-Based Study Comparing Older and Younger First-Time Mothers in Victoria, Australia. <i>Birth</i> , 38, 24-9.
Objectivos	Estudar o efeito da idade materna nas intervenções durante trabalho de parto em mulheres primíparas entre 35 e 44 comparando com mulheres primíparas entre os 25 e os 29 anos.
Tipo de estudo/ Procedimentos metodológicos	Estudo populacional, observacional retrospectivo <i>cross-sectional</i> , realizado através de consulta de base de dados (<i>Victorian Perinatal Data Collection</i>) . Idade materna avançada foi definida como 35 anos ou mais. Mulheres entre os 35 e 39 anos e entre 40 e 44 anos foram comparadas com mulheres entre os 25 e 29 anos.
Participantes	Todas as mulheres primíparas com idade gestacional superior a 20 semanas que pariram em Victoria, Australia entre 2005 e 2006 (n = 57. 426).
Resultados	Mulheres mais velhas têm maior probabilidade de parir por cesariana quer em hospitais públicos quer privados. Em hospitais privados é mais provável que o parto seja por cesariana. As taxas de parto por cesariana nestes hospitais são 31, 8% para mulheres entre os 25-29 anos, 46% para mulheres entre os 35-39 anos e 60% para mulheres entre os 40-44 anos (p<0.001) comparado com 27,5, 41,6 e 53,4 em mulheres que pariram em hospitais públicos (p<0,001) . Mulheres de idade avançada e grávidas admitidas em hospitais privados tiveram maior probabilidade de parto instrumentado ou cesariana de emergência. Também se observam tendências associadas à idade na utilização de analgesia epidural e indução de trabalho de parto, ambos mais frequentes em hospitais privados. Assim, as taxas de indução foram 37.8%, 40.2% e 42,5% nos hospitais privados e 32.1%, 36.7% e 40.1% nos hospitais públicos, a taxa de epidural foi 45.3 %, 49.9% e 48.1% nos hospitais privados, comparada com 33.3%, 38.8%, e 39.3% em hospitais públicos.

APÊNDICE 2 - Principais complicações decorrentes da idade materna avançada sobre a gravidez, parto e trabalho de parto

De acordo com Carvalho e Araújo (2010), a maioria das grávidas com mais de 35 anos têm apresentado bons resultados perinatais. No entanto, importa consciencializar que as gravidezes tardias estão associadas a um conjunto de potenciais complicações que embora possam surgir nas outras grávidas são mais prevalentes nas mulheres mais velhas. Corbett (2008) afirma mesmo que as doenças crónicas tendem a surgir e/ou agravar-se com o avançar da idade, pelo que a concomitância das mesmas com a gravidez pode desencadear complicações mais ou menos importantes.

São exemplos de complicações perinatais comuns nas mulheres com mais de 35 anos a diminuição da fertilidade, maior ocorrência de abortos espontâneos, gravidezes ectópicas, anomalias cromossómicas, malformações congénitas, o agravamento de doenças crónicas (como a diabetes ou a hipertensão arterial), placenta prévia, descolamento prematuro de placenta normalmente inserida e risco acrescido de morbilidade/mortalidade fetal e neonatal (Carvalho e Araújo,2010; Cleary-Goldman et al,2005; Branden,2000).

É também descrito por Though et al. (s.d., cit in Corbett, 2008) que as grávidas com idade igual ou superior a 35 anos apresentam um risco acrescido de terem RN leves para a idade gestacional, pré-termo e gravidez multifetal. Finalmente, o mesmo autor afirma ainda que para estas mulheres o risco de mortalidade durante a gestação é ligeiramente superior (podendo derivar de infecção, hemorragia, doença hipertensiva, tromboembolismo, acidentes vasculares cerebrais e cardiomiopatias).

Os autores Carvalho e Araújo (2010) explicam que o fato destas gestações serem frequentemente acometidas de complicações médicas e obstétricas leva a que sejam realizadas cada vez mais induções de TP com índice de Bishop desfavorável e cesarianas eletivas. Por outro lado, importa lembrar que tal como todos os músculos perdem tonicidade com o avançar da idade, também o músculo uterino das mulheres mais velhas perde alguma capacidade funcional, o que pode tornar os TP mais prolongados e, por isso, mais propensos a derivar na distócia.

Perante a possibilidade de complicações na gravidez, no parto e para o RN, é essencial que estas mulheres/casais procurem aconselhamento pré concecional a fim de calcular o risco gestacional e de garantir que estão reunidas

as melhores condições físicas e psíquicas para o surgimento de uma gravidez (extremamente relevante quando se procura a alteração de alguns estilos de vida).

A maioria das mulheres/casais nesta faixa etária que procuram engravidar manifestam grande preocupação relativamente a possíveis alterações genéticas no feto (nomeadamente, por ser mais divulgada, a trissomia 21). De um modo geral, caso existam fatores de risco ou complicações diagnosticadas, a gestação poderá mais facilmente tornar-se uma fonte de estresse para os futuros pais, pelo que os EESMO devem intervir de modo a proporcionar informação relevante, atualizada e fiável, prestar apoio emocional nas situações justificadas, prestar cuidados especializados, diferenciados e adaptados no domínio pré-natal, no parto e pós natal, encaminhando para os profissionais competentes as situações fora do seu âmbito de atuação.

Do ponto de vista psicológico, as mulheres acima dos 35 anos parecem estar sujeitas a estresse adicional ao tornarem-se mães pela primeira vez. A adaptação ao papel de mãe irá, regra geral, desestabilizar o modo de vida ao encaixar-se numa realidade pré-existente, comumente confortável para a pessoa. A sensação de perda de controlo parece ter um impacto muito significativo nas vidas destas mulheres/casais e é particularmente relatada ligada à dificuldade em prestar cuidados ao RN. Muitas destas mulheres, habituadas a uma realidade relativamente independente, em que são profissionais competentes e desempenham papéis de forma consistente, são acometidas de sentimentos ligados à insegurança, receosas de não saberem prestar os melhores cuidados aos seus filhos.

É importante que o EESMO as ajude a conceber uma perspetiva realista daquilo que implica a transição para a parentalidade. Do mesmo modo, o apoio que o companheiro, família e amigos possam oferecer, de forma equilibrada e coerente, é fundamental para que estas mulheres consigam harmonizar todas as solicitações decorrentes do novo papel, transformando grande parte da incerteza em segurança e criando espaço para o descanso e lazer (Corbett,2008).