



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e
Obstétrica

PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS: HIGIENE
DO RECÉM NASCIDO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Carla Filipa Gomes da Costa

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

PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS: HIGIENE DO RECÉM NASCIDO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Sob a orientação da Professora Doutora Cândida Koch

Carla Filipa Gomes da Costa

Porto | 2020

SIGLAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHTS – Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

CTG – Cardiotocografia

CU- Contração Uterina

DGS – Direção Geral de Saúde

DPPNI – Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

EGB- Estreptococos do grupo B

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FIGO – International Federation of Gynecologists and Obstetricians

HTA – Hipertensão Arterial

IG – Idade Gestacional

LA – Líquido Amniótico

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MF- Movimentos Fetais

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS – Organização Mundial de Saúde

PH: Potencial hidrogénico

RN – Recém-Nascido

SYNDETS: Synthetic detergents (detergentes sintéticos)

TA – Tensão Arterial

TP – Trabalho de Parto

RESUMO

Este relatório de Estágio inserido na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional– Gravidez, Trabalho de Parto (TP), Parto e Pós-Parto, integrada no segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, visa a descrição, análise e reflexão do processo de desenvolvimento de competências, de acordo com as exigências do Regulamento de Competências em Cuidados Especializados, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2019) para a obtenção do título de Mestre Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O estágio decorreu no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS), no período compreendido entre dezembro de 2016 e julho de 2017, sob orientação de enfermeiros ESMO como tutores e da docente da ESEP.

Neste estágio, propusemo-nos a efetuar uma revisão integrativa da literatura que se centra numa problemática da prática clínica com a finalidade de averiguar o mais elevado nível de evidência e contribuir para a melhoria das práticas em uso através do maior conhecimento sobre a temática em questão: “Qual o melhor procedimento e os produtos mais adequados para a higiene do Recém-nascido?”.

Da revisão integrativa da literatura concluímos que o banho de imersão é recomendado, pois promove o bem-estar e conforto do RN. Quanto à frequência do banho, durante o primeiro mês de vida, é recomendável cerca de duas a três vezes por semana, desde que se realize a higiene do coto umbilical, diariamente, e a região perineal a cada muda da fralda.

Verifica-se a existência de uma vasta variedade de cosméticos no mercado, aliciantes para o consumo excessivo, mas que podem alterar a integridade da pele. A água em associação com produtos de limpeza suaves, com pH apropriado, de preferência associado com um emoliente na sua composição, próprios para RN's, são atualmente os produtos recomendados, de forma a limpem as substâncias irritativas e que não alteram a adaptação da barreira cutânea nem a colonização microbiana da pele.

A indústria farmacêutica e cosmética tem procurado ir ao encontro de produtos que respeitem a estrutura e funções da pele do RN, contudo durante o processo de pesquisa de dados, constata-se uma escassez de estudos com nível de evidência elevado, culminando em artigos de atualização e de opinião de peritos, dificultando o consenso, recomendando-se mais investigação randomizada controlada neste âmbito.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Competências; Pele do Recém-nascido; Banho do Recém-nascido; Higiene do Recém-nascido.

ABSTRACT

This Internship report inserted in the curricular unit Internship of Professional Nature- Pregnancy, Labor (TP), Childbirth and Postpartum, which is integrated in the second year of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing of the Higher School of Nursing of Porto, aims at the description, analysis and reflection of the skills development process, in accordance with the requirements of the Specialized Care Competence Regulation, advocated by the Order of Nurses (2019) to obtain the title of Master Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing.

The internship took place at the Tâmega e Sousa Hospital Center (CHTS), in the period between December 2016 and July 2017, under the guidance of ESMO nurses as tutors and the ESEP teacher.

At this stage, we proposed to carry out an integrative review of the literature that focuses on a problem of clinical practice in order to investigate the highest level of evidence and to contribute to the improvement of the practices in use through the greater knowledge on the subject in question: "What is the best procedure and the most suitable products for the hygiene of newborns?".

From the integrative literature review we conclude that the immersion bath is recommended, as it promotes the well-being and comfort of newborns. Regarding the frequency of bathing, during the first month of life, it is recommended about two to three times a week, provided that the umbilical stump hygiene is performed daily, and the perineal region at each change of diaper.

There is a wide variety of cosmetics on the market, which are attractive for excessive consumption but which can alter the integrity of the skin. The water in association with mild cleaning products, with appropriate pH, preferably associated with an emollient in its composition, suitable for newborns, are currently the recommended products, in order to cleanse irritating substances that do not alter the adaptation of the skin barrier or the microbial colonization of the skin.

The pharmaceutical and cosmetic industry has sought to meet products that respect the structure and functions of the newborns' skin, however during the data research process, there is a shortage of studies with high level of evidence, culminating in articles of updating and expert opinion, hindering consensus, and recommending more randomized controlled research in this field.

Key Word: Specialized Nurse in Nursing Maternal Health and Obstetrics; Competencies; Skin of the new-born; Bath of the new-born; Hygiene of the new-born.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Benefícios <i>versus</i> riscos para a mãe e para o feto na prática do repouso.....	42
Quadro 2. Classificação dos níveis de evidência (Blume-Peytavi et al., 2012).	140
Quadro 3. Caracterização dos estudos selecionados para a revisão integrativa	141

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Registo de Experiências durante o estágio no âmbito da Gravidez com Complicações.....	1645
Gráfico 2. Registo de Experiências durante o estágio no âmbito do TP e parto.	1697
Gráfico 3. Registo de Experiências durante o estágio no âmbito do autocuidado e da preparação para a parentalidade.	16571

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Manifestações clínicas principais associadas ao choque hemorrágico no pós-parto em função das perdas sanguíneas (Corrêa et al., 2004).	102
--	-----

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	17
1.1. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	20
1.2. COMPLICAÇÃO DA GRAVIDEZ: HIPERTENSÃO ARTERIAL	31
1.3. A OBRIGATORIEDADE DO REPOUSO NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES.....	35
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO	44
2.1. ACOLHIMENTO DO CASAL NO SERVIÇO/ UNIDADE	48
2.2. INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO	61
2.2.1. Períodos do trabalho de parto	63
2.3. CUIDADOS IMEDIATOS AO RN NO PÓS PARTO.....	86
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DO AUTOCUIDADO PÓS-PARTO E DA PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE	91
3.1. CUIDADOS AO RN.....	116
3.2. HIGIENE DO RECÉM-NASCIDO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	132
3.2.1. Introdução do Problema em Estudo.....	132
3.2.2. Método de Investigação	137
3.2.3. Análise dos Resultados	139
3.2.4. Discussão dos Resultados	149
3.2.5. Conclusão da Revisão Integrativa.....	159
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ESTÁGIO.....	163
CONCLUSÃO	171
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	173
ANEXOS	189
ANEXO I – IMAGINAÇÃO GUIADA	191
ANEXO II - QUE NECESSIDADE QUER O MEU BEBÉ COMUNICAR?.....	193

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio insere-se na unidade curricular Estágio de Natureza Profissional – Gravidez, Trabalho de Parto (TP), Parto e Pós-Parto, integrada no segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Este estágio, num total de 900h, realizou-se entre dezembro de 2016 e julho de 2017 no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS), sob a orientação de enfermeiros ESMO como tutores e da docente da ESEP. O Relatório visa descrever o percurso vivenciado ao longo desta etapa, em contexto clínico, tendo por base uma prática baseada em evidência científica.

As atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, vão ao encontro dos objetivos gerais que preconizam a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e competências que permitam ao EESMO a prestação de cuidados especializados à mulher, ao recém-nascido (RN) e à família, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) e cumprindo o Regulamento n.º 391/2019 publicado no Diário da República, n.º 85/2019, 2ª série de 3 de maio de 2019, para a obtenção do grau de Mestre e o título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O EESMO, no seu exercício profissional, para além dos cuidados gerais de enfermagem, de acordo com a OE (2019), deve assumir “intervencções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervencções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher”; e cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período de climatério. Consideramos que foram importantes para a aquisição e desenvolvimento das competências os contributos teórico/práticos adquiridos ao longo do Estágio de Vigilância da Gravidez e Preparação para a Parentalidade, realizado no primeiro ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEP. Ainda de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o EESMO deve cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante período pré-natal, durante o TP e parto, pós-natal e, também, cuidar da mulher que está a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, pelo que essas competências foram desenvolvidas durante o Estágio de Natureza Profissional– Gravidez, TP, Parto e Pós-Parto (OE, 2019).

O Relatório de Estágio, divide-se em quatro capítulos que descrevem as atividades realizadas, enquanto formanda, fundamentadas na evidência científica mais atual. Inclui-se, ainda, uma revisão integrativa da literatura sobre a Higiene do Recém-Nascido.

Os capítulos estão descritos pela ordem de sucessão dos acontecimentos. O primeiro capítulo diz respeito ao desenvolvimento de competências específicas no âmbito da gravidez com complicações, onde descrevemos os cuidados prestados à mulher, casal e família, as atividades de vigilância e diagnóstico durante o processo gravídico com complicações e, ainda, o aprofundamento de conhecimento da complicação da gravidez hipertensão arterial e a obrigatoriedade do repouso na gravidez com complicações.

No segundo capítulo apresenta-se o desenvolvimento das competências específicas no âmbito do TP e parto, descrevendo-se as intervenções implementadas às mulheres/casais durante o TP e parto.

No terceiro capítulo apresenta-se o desenvolvimento das competências específicas no âmbito do autocuidado pós-parto e da preparação para a parentalidade, descrevendo as atividades de vigilância e de diagnóstico referentes à puérpera e ao RN, de promoção do autocuidado da puérpera e sobre o exercício do papel parental. Neste capítulo, inclui-se o subcapítulo Higiene do Recém-Nascido, revisão integrativa da literatura que se centra numa problemática da prática clínica com a finalidade de averiguar o mais elevado nível de evidência e contribuir para a melhoria das práticas em uso através do maior conhecimento sobre a temática em questão: “Qual o melhor procedimento e os produtos mais adequados para a higiene do RN?”.

A higiene é fundamental para o cuidado da pele de todos os RN's, sendo promotora de um desenvolvimento saudável. Porém, os cuidados incorretos à pele podem alterar o equilíbrio dos fatores genéticos e ambientais destruindo a barreira protetora que a pele contém. Na prática clínica verificou-se que quer os pais, quer os profissionais de saúde apresentam dúvidas quanto à melhor forma de cuidar a pele do bebé, englobando o procedimento do banho mais adequado, se de imersão ou cuidados parciais, bem como a sua frequência e os produtos a usar.

É importante que os EESMO intervenham tendo por base a mais atual evidência científica, de forma a uniformizarem as práticas e o ensino que efetuam aos pais. O momento dedicado à higiene ao bebé constitui-se como uma oportunidade de os enfermeiros envolverem os pais, promovendo a vinculação.

Devido às características próprias da pele do RN e das crianças, o uso dos produtos cosméticos, destinados à sua higiene e proteção, requer uma escolha cuidada, descrevendo-se as intervenções implementadas às mulheres/casais durante o TP e parto.

Por último, no quarto capítulo desenvolvemos uma análise crítico-reflexiva acerca do percurso de aprendizagem em contexto clínico, refletindo sobre as nossas dificuldades e os aspetos positivos e negativos.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

O Estágio na Unidade de Obstétrica e Medicina Materno Fetal, que é um dos módulos do estágio global de natureza profissional, inserido no MESMO, teve como objetivo a aquisição e o desenvolvimento de competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem que mobilizassem saberes, com base em evidência científica, pensamento crítico e análise reflexiva na tomada de decisão, permitindo a assistência especializada à mulher/ casal/ família em situação de gravidez com patologia associada ou concomitante à gravidez e em situação de abortamento.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2015a), é da competência do EESMO vigiar a gravidez e o bem-estar materno e fetal através da análise da história clínica e exames complementares de diagnóstico; detetar precocemente situações anormais da gravidez que possam afetar a sua evolução e o bem-estar materno e fetal, estabelecendo a sua orientação; identificar fatores de risco que possam interferir no curso normal da gravidez, na saúde da mulher e/ou do feto; promover a educação para a saúde ao longo da gravidez; preparar o casal para o parto e parentalidade e informar sobre os deveres e direitos parentais.

A gravidez é um processo fisiológico e natural do sistema reprodutor que resulta no desenvolvimento de um feto no corpo, durante aproximadamente 40 semanas ou 266 dias, correspondendo ao período entre a fecundação e o nascimento (Couto, 2003). Este processo deve ser encarado pela grávida e visto pelos profissionais de saúde como parte integrante de uma experiência de vida que acarreta mudanças rápidas e inevitáveis do ponto de vista físico, social e emocional (Rattner & Lima, 2012).

A maneira como a mulher interioriza e encara estas modificações poderá influenciar a reação do seu companheiro, dos seus familiares e, no limite, todo o ambiente em que se encontra inserida (Bahadoran et al., 2008 citado por Ferreira, 2013), uma vez que esta etapa constitui uma transição desenvolvimental, na medida em que está associada a uma mudança mais ou menos esperada no ciclo de vida, mas que implica adaptação a novas situações e que pressupõe uma reorganização e autoredifinição do indivíduo. Exemplo disso, é o processo de preparação para o desempenho do papel parental, em que os futuros pais empreendem ações para assumirem o seu novo papel de mãe ou pai (Magalhães et al. , 2013).

Assim sendo, a gravidez é vivenciada como um período bastante significativo na vida da mulher, casal e família, marcado por diversas repercussões físicas e emocionais, rápidas e intensas, que afetam a fisiologia e a rotina da grávida, exigindo a sua adaptação. Face a estas alterações, durante todo o processo da gravidez podem surgir sentimentos de preocupação, insegurança e ansiedade, que poderão ser agravados e intensificados quando associados a doenças (Luciano, Silva, & Cecchetto, 2011) ou a gravidez de risco, em que a mulher enfrenta, de uma forma inesperada, uma outra transição, situacional, que poderá dificultar a adaptação à gravidez e, conseqüentemente, a adaptação à parentalidade (Matos, 2001).

Durante o processo de gravidez podem ocorrer possíveis complicações ou podemos estar perante uma situação patológica que impeça o processo de aceitação e de adaptação natural à condição uma vez que as fantasias criadas pela grávida e pelas pessoas ao seu redor ficam comprometidas (Canavarro, 2001). No entanto, quando detetadas precocemente podem ser prevenidas e tratadas. Espera-se uma assistência especializada e de cuidados especiais, no sentido de preservar a saúde da grávida, feto e família (Castro & Centeno, 2012). Neste sentido, compete ao enfermeiro cuidar do ser humano, individualmente, inserido na sua família e na sua comunidade, de um modo holístico e completo, no sentido de promover, proteger, prevenir e recuperar a sua saúde (OE, 2011a).

Rattner e Lima (2012 citado por Los Reyes, 2015) referem que existe um determinado número de grávidas que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de desfavorável evolução, sendo estas chamadas de grávidas de alto risco.

A gravidez com complicações é definida como a gravidez que coloca a mãe ou o feto em risco de morbidade ou mortalidade (Irion et al., 2012 citado por Los Reyes, 2015). É considerada de risco quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto é superior à incidência dessa complicação na população em geral (Graça, 2010).

De acordo com Lowdermilk, Perry, Cashion e Alden (2013) uma gravidez de alto risco é aquela em que a vida ou o bem-estar da mãe ou do lactente são comprometidos por um distúrbio biofísico ou psicossocial associado à gravidez ou exclusivo desta.

Zeoti (2014) refere que os principais fatores de risco na gravidez são: hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus, restrição do crescimento intrauterino, obesidade e cardiopatia. Referem ainda que, em alguns casos, a gravidez de alto risco pode evoluir para uma gravidez com malformação fetal. No entanto, a existência de um feto malformado, também pode ser independente de qualquer fator de risco mencionado.

O Ministério da Saúde (2001 citado por Zeoti, 2014) caracteriza os fatores de risco associados a uma gravidez, dividindo-os em quatro grandes grupos:

- Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis: Idade inferior a 17 e maior que 35 anos; situação conjugal instável; stresse; escolaridade baixa; condições ambientais desfavoráveis; peso inferior a 45kg ou inferior a 75kg; altura inferior a 1,45m e dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- História obstétrica, ginecológica e da gestação atual: morte perinatal explicada ou inexplicada; RN com restrição de crescimento intrauterino; RN pré-termo, malformação do RN; abortamento; esterilidade/infertilidade; intervalo de gravidez inferior a dois anos; nuliparidade e multiparidade; síndrome hipertensiva; hemorragia durante a gravidez; cirurgia uterina prévia;
- Complicações obstétricas na gestação atual: desvio quanto ao crescimento uterino esperado, número de fetos, volume de líquido amniótico; obesidade; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; hemorragias; aloimunização, TP prematuro, gravidez prolongada e óbito fetal.
- Intercorrências clínicas: HTA; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas; doenças autoimunes.

Atualmente, a gravidez e ter filhos faz parte do projeto de vida do casal, pelo que estes estão mais dispostos a assumir os riscos controlados pelos avanços da medicina (Gama, 2009).

A grávida, perante a notícia de que a sua gravidez é de risco, vivencia vários sentimentos e emoções, pode sentir-se mais vulnerável, sozinha, desamparada e insegura, não acreditando na possibilidade de levar a gravidez até ao fim. Confronta-se com a ameaça da perda do bebé, acompanhada da ansiedade, stresse e medo (Gama, 2009).

O diagnóstico de uma gravidez com complicações impõe a necessidade de ajustes ao nível pessoal, nas atividades diárias e no quotidiano dos familiares. Estas alterações podem comprometer a formação de laços afetivos, especialmente entre a mãe e o RN. Para além destes aspetos, a grávida pode ter a necessidade de internamento e ficar limitada às normas hospitalares (Gama, 2009).

As intervenções do EESMO são direcionadas especialmente à grávida, contudo deveriam considerar o casal, e o seu papel no decurso da gravidez e preparação para a parentalidade.

Atualmente, o homem procura ter um papel mais ativo durante a gravidez e na parentalidade. Deste modo, é fundamental que os profissionais de saúde perspetivem o

casal, enquanto “casal grávido”, proporcionando-lhes a partilha de experiências, sentimentos e apoio nesta nova etapa, promovendo uma vivência da gravidez a ambos (OE, 2015)

O envolvimento do casal na gravidez é diferente, sendo as vivências, o impacto e as repercussões da gravidez diferentes na mulher e no homem. No entanto, apesar de o envolvimento ser de níveis distintos, a gravidez tem repercussões no relacionamento homem – mulher, “casal grávido” (OE, 2015).

Face ao referido, os nossos desafios centram-se no casal e em detetar eventuais fatores de risco ou desvios à normalidade do processo gravídico, bem como informar sobre sinais e sintomas que possam indicar uma complicação. Neste sentido, os cuidados desenvolvidos aos “casais grávidos” centraram-se, sobretudo, na promoção da sua saúde, vigilância e monitorização da saúde materna e fetal, no contexto de gravidez de risco - monitorização dos sinais vitais, vigilância de sintomas específicos da patologia e avaliação das respostas da grávida e família às exigências impostas pelas complicações associadas à sua gravidez.

1.1. Intervenções de enfermagem

Neste subcapítulo serão descritos os cuidados de Enfermagem, efetuados sob supervisão, prestados ao longo do estágio.

Os cuidados de enfermagem foram realizados, de forma a responderem às necessidades de cada mulher e sempre de acordo com os procedimentos e com os protocolos instituídos no serviço.

As grávidas internadas no serviço de Gravidez com Complicações, vinham geralmente pela consulta externa ou serviço de urgência.

Durante a prática clínica, foi responsabilidade nossa, a prestação de todos os cuidados: admissão/ acolhimento no serviço, realização do exame físico, monitorização de sinais vitais, avaliação das necessidades da grávida, observação de possíveis sinais e sintomas associados a cada condição clínica, auscultação da frequência cardíaca fetal (FCF), realização de cardiocotografia (CTG) e implementação de um plano de cuidados individual, tendo em conta as necessidades de cada mulher.

Na admissão ao serviço, o acolhimento da grávida mereceu a nossa atenção, com o objetivo de lhe proporcionar informação, conforto, apoio, disponibilidade, empatia, interação, diminuição da ansiedade e promover a confiança, englobando os conviventes significativos, para que se sentissem à vontade para questionarem e/ou exporem as suas preocupações e dúvidas.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), compete aos profissionais de saúde, em contacto com a grávida, tentar compreender o significado que a gravidez tem para ela e para a sua família, pois isso é determinante para o seu decurso, bem como para a relação que a mulher e a família irão estabelecer com o RN. Para que a gravidez seja vivida da forma mais satisfatória, é necessário um contexto favorável que fortaleça os vínculos familiares.

O acolhimento implica atitudes facilitadoras para a adaptação da mulher a uma realidade inesperada, como: a apresentação do profissional, tratar a grávida, o bebé e o acompanhante pelo nome, informar sobre normas do serviço, sobre os procedimentos a realizar, escutar e valorizar o que é dito pelos clientes, garantindo a sua privacidade e a confidencialidade (Ministério da Saúde, 2006). Deste modo, a admissão da grávida, após consulta do respetivo processo clínico, iniciou-se com a nossa apresentação, a apresentação do serviço, nomeadamente a sua unidade e o WC, e informou-se sobre as rotinas e regras, tais como o horário das visitas e das refeições.

Importa referir que o acolhimento do acompanhante também deve ser realizado, não oferecendo obstáculos à sua participação, pois está comprovado o benefício da sua presença, evidenciando-se que grávidas que têm um acompanhante presente sentem-se mais seguras e confiantes, necessitam de menos analgesia para o alívio da dor, e alguns estudos referem que existe redução de casos de depressão pós-parto (Ministério da Saúde, 2006).

No acolhimento, procede-se, igualmente, à recolha de dados do processo clínico e do Boletim de Saúde da Grávida, bem como por entrevista (avaliação inicial/anamnese), como por exemplo: a sua situação ocupacional/laboral e do companheiro, hábitos tabágicos, alcoólicos ou de outras substâncias aditivas, alimentação; situação clínica (medicação em uso, alergias, grupo sanguíneo, peso anterior à gravidez), antecedentes pessoais (doenças, cirurgias) e familiares, a história obstétrica e ginecológica (número de gestações, tipo de parto, peso do RN ao nascer, e intercorrências como abortamento, hemorragias e complicações maternas/fetais associadas, frequência ou não do curso de preparação para o parto e parentalidade) (Ministério da Saúde, 2011).

Estes dados permitem-nos avaliar o conhecimento que o casal possui, quais os seus recursos e que estratégias mobilizam para lidarem com a sua situação e planejar os cuidados ao longo de toda a gravidez (Lowdermilk et al., 2013).

Efetou-se o exame físico da grávida. Compreende o exame geral e a avaliação dos sinais vitais. Este procedimento faz parte das rotinas do enfermeiro. A finalidade da monitorização dos sinais vitais prende-se com o reconhecimento e avaliação das possíveis complicações da condição hemodinâmica da gestante e, intervir em tempo útil, com intervenções adequadas, permite prevenir maiores complicações e promover o retorno à condição basal da cliente (Waldimir, 2015).

Neste sentido, em todos os turnos, para avaliar o bem-estar materno e fetal, tínhamos como atividades de vigilância: vigiar os sinais vitais (temperatura, respiração, dor, frequência cardíaca e TA); e vigiar a presença ou ausência de sinais de risco de acordo com cada patologia. Na avaliação dos sinais vitais tivemos em consideração as seguintes condições que podem causar variações nos valores: as condições ambientais, tais como a temperatura do quarto e as condições pessoais, como atividade realizada recentemente, estado emocional, e patologia.

Montenegro e Rezende Filho (2014) referem que durante a gravidez, entre outras adaptações, ocorrem alterações hemodinâmicas no sistema cardiovascular, como o aumento do débito cardíaco (40 a 50%), aumento da frequência cardíaca (10 a 20%), o aumento do volume sistólico (10%), a diminuição da resistência vascular periférica (35%) e a diminuição da pressão arterial média (10%).

Outro aspeto importante diz respeito à dor. A DGS (2003, p.3) categoriza a dor como o quinto sinal vital, definindo-a “como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre”.

Por outro lado, a dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial”. Segundo Pedroso e Celich (2006) trata-se de uma manifestação subjetiva que envolve mecanismos culturais, psíquicos e físicos. A avaliação da intensidade da dor é de grande importância para a compreensão da eficácia do tratamento e para sua manutenção. Neste sentido, é necessário que se recorra ao uso de escalas de mensuração da dor, confiáveis, como por exemplo: “Escala Visual Analógica”, “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”. A escala que utilizámos durante a nossa prática clínica foi a “Escala Numérica” de dez pontos. A intensidade da dor deve ser sempre referida pela

pessoa, a escala a utilizar deve ser sempre a mesma e, à semelhança dos outros sinais vitais, deve ser registado o momento de avaliação (DGS, 2003).

Era calculada a idade gestacional (IG) e através da regra de Nägele, regra que determina a data provável do parto (após a determinação do primeiro dia da menstruação, subtrai 3 meses e adicionar 7 dias; ou, então, adicionar 7 dias à DUM e contar para a frente nove meses de calendário). De acordo com esta regra, somente 5% das mulheres têm parto espontâneo na data provável, na maioria dos casos ocorre num período compreendido entre sete dias antes ou depois (Lowdermilk et al., 2013). Atualmente é contestada por diversos autores que a apontam como um método pouco fiável.

Graça (2010) considera que a evolução tecnológica associada à utilização de sondas transabdominais e transvaginais de mais alta frequência veio contribuir para o maior relevo dado ao exame ecográfico do 1º trimestre, cujo objetivo já não é só confirmar a gravidez, mas também avaliar a viabilidade fetal, datar corretamente a gravidez, diagnosticar e caracterizar uma gravidez múltipla, rastrear cromossomopatias e diagnosticar anomalias congénitas de expressão precoce, num período mais profícuo em informação detalhada e atempada. A datação da gravidez, é assim, um dado de elevado interesse obstétrico, com grande impacto na qualidade dos cuidados face a um diagnóstico de gravidez de termo, pré-termo e pós-termo e nos resultados neonatais e, por isso, foi para nós importante, aquando da admissão, e sempre que contactávamos com uma grávida pela primeira vez, no sentido de procedermos à confirmação da IG.

Dependendo da IG da gestante, procedia-se à realização da cardiocografia (CTG) ou auscultação dos batimentos cardíacos fetais para a avaliação do bem-estar fetal. Recorríamos ao Doppler quando a IG era superior a 11 semanas, quando superior a 30 semanas recorríamos ao CTG, embora Ramalho, Montenegro, Rodrigues, & Campos (2014) recomende esta intervenção após as 37 semanas.

No início do segundo trimestre, antes que a posição fetal possa ser palpada pelas manobras de Leopold, os batimentos cardíacos podem ser ouvidos com um estetoscópio Doppler. A FCF é registada pelo Doppler, e um tocodinânmetro é aplicado para detectar as contrações uterinas ou os movimentos fetais (MF) (Lowdermilk et al., 2013).

Para detectar a FCF, o estetoscópio é movido em torno do abdómen até que o batimento cardíaco seja ouvido. Na prática clínica colocava o estetoscópio primeiramente na linha média, cerca de 2 a 3 cm acima da sínfise, passando então para o quadrante inferior esquerdo e assim por diante até detetar (Lowdermilk et al., 2013).

O traçado é observado quanto aos sinais de atividade fetal e uma aceleração simultânea da FCF. Todas as acelerações são acompanhadas pelo movimento fetal, sendo que os movimentos não precisam ser registados para que o traçado seja considerado reativo. No entanto, era solicitado que a grávida pressioná-se um botão no marcador de evento manual, conectado ao monitor, quando senti-se os MF, sendo também registados no traçado.

Normalmente, o traçado é concluído entre 20 a 30 minutos, podendo demorar mais se o traçado não tiver registado MF e se o feto precisar ser acordado de seu estado de sono (Lowdermilk et al., 2013).

Quanto à realização da cardiotocografia ou auscultação dos batimentos cardíacos fetais, a grávida deve estar em posição de decúbito dorsal, procedendo-se à palpação do abdómen para determinação do foco de auscultação através das Manobras de Leopold. As manobras de Leopold são quatro manobras específicas que permitem perceber não só onde se localiza o foco de auscultação, mas também qual a posição do feto (relação do dorso fetal com o lado direito ou esquerdo materno), a apresentação (porção fetal que ocupa o estreito superior), a atitude fetal (deflexão ou flexão), a descida da apresentação na cavidade pélvica e ainda a percepção do número de fetos (Lowdermil et al., 2013; Montenegro & Rezende Filho, 2014).

Após a identificação do foco de auscultação eram colocados os transdutores no abdómen materno, sendo o transdutor para avaliar a FCF colocado no foco fetal e o tocotransdutor para avaliar as contrações uterinas colocado no fundo uterino. A visualização gráfica da CTG permitia a adoção da posição mais adequada e na maioria das vezes aconselhávamos a grávida a adotar o decúbito lateral esquerdo, uma vez que a posição de decúbito supina pode levar à compressão da artéria aorta e da veia cava devido ao peso do útero grávido e afetar a perfusão placentar e a oxigenação fetal (Porto, Amorim, & Souza, 2010).

Este procedimento ocorreu uma vez por turno a todas as grávidas com IG a partir das trinta semanas, na ausência de trabalho parto, durante 20 a 40 minutos, em presença de um registo normal. Porém, perante um traçado “suspeito” prolongava-se.

A classificação do traçado baseia-se na variabilidade, reatividade, frequência cardíaca basal do feto, aparecimento de desacelerações e presença anormal de CU.

A realização das manobras de Leopold foi uma das dificuldades sentidas no início deste estágio, pois as estruturas fetais são mais discretas à palpação. Também pela ansiedade e medo que a grávida evidenciava, pelo que tinha necessidade de antes iniciar a monitorização, informar e explicar à grávida o procedimento que íamos realizar.

A realização da cardiocografia promove a construção da ligação mãe/pai-filho, na medida em que a audição dos batimentos cardíacos do feto, transformam o bebé imaginário num bebé real.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) a realização da cardiocografia por rotina não é recomendada nas mulheres grávidas para melhorar os resultados maternos e fetais, havendo ainda apreensões em torno da sua confiabilidade e reprodutibilidade.

O estado de saúde fetal é investigado intensamente se surgirem quaisquer complicações maternas ou fetais, como por exemplo, hipertensão arterial gestacional, rutura prematura de membranas, FCF irregular ou ausente ou MF ausentes/ diminuídos. A frequência cardíaca e o ritmo normais são bons indicadores da saúde fetal, pelo que a sua ausência é motivo para investigação imediata.

Procurou-se “avaliar a ligação mãe/pai-filho” e observar os comportamentos de ambos os pais durante os contactos, sendo valorizados comportamentos como acariciar a barriga; referirem-se ao filho pelo nome e com carinho; verbalizarem expectativas sobre a gravidez e nascimento; demonstrarem preocupação com o bem-estar fetal. Para a promoção desta ligação, foram implementadas intervenções como ensinar o casal sobre os MF e permitir a audição dos ruídos cardíacos fetais pelo casal (Albuquerque, Coimbra, Grilo, Camarinho, 2009).

Todos os cardiocógrafos do serviço tinham sensores de MF, pelo que a grávida não precisava de estar concentrada na contagem desses movimentos. Avaliar a percepção dos MF é importante, uma vez que a sua diminuição está relacionada com resultados obstétricos pouco desejáveis (Dutton et al, 2012). De acordo com Lowdermilk et al. (2013) a percepção materna dos MF ocorre habitualmente entre a 16ª e a 20ª semana de gestação, mas pode ser sentida antes disso por mulheres múltiparas.

A grávida deve ter consciência de que a percepção dos MF é essencial, pois MF diminuídos ou ausentes pode predizer morte fetal. A sua identificação precoce pode prevenir a morte fetal (Enkin et al, 2000). O feto reduz ou cessa os seus movimentos com o objetivo de reduzir o consumo de oxigénio e conservar energia, em resposta à hipóxia crónica (Gilbert & Harmon, 2002).

A partir das 24 semanas de gravidez os MF mantêm-se constantes (Connors, 1988 citado por Gilbert & Harmon, 2002), portanto o EESMO deve alertar para a ausência ou redução dos MF (menos de 10 por hora, em duas horas consecutivas) (Strickland, DarbyStewart, & Jamieson,

2009). Se ausência ou redução dos MF, realizávamos de forma autónoma o CTG para confirmação do bem-estar fetal (Preston et al, 2010).

A ligação mãe/pai-filho contribui para o desenvolvimento do vínculo afetivo entre o casal e o bebé, ainda imaginário. Este vínculo afetivo com o futuro filho tem uma relação diretamente proporcional com a saúde mental da grávida. Acontecimentos significativos durante a gravidez, como a perceção dos MF e a auscultação dos batimentos cardíacos fetais, ajudam a desenvolver este vínculo (Silva, 2012).

Segundo Teixeira, Raimundo, e Antunes (2016), a vinculação materno-fetal está diretamente relacionada com o aumento da IG que, por sua vez, se encontra relacionado com a perceção dos MF.

Assim sendo, é importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os EESMO, forneçam apoio emocional e ajudem no processo adaptativo durante a gravidez, sobretudo após a perceção dos MF, auxiliando no estabelecimento da relação mãe/bebé ainda antes do seu nascimento

Face à confirmação da gravidez, e perante o diagnóstico de alguma complicação nela implicada, torna-se importante implementar e avaliar programas e intervenções de promoção da saúde pré-natal, um período de preparação física e psicológica para o nascimento e parentalidade.

É certo que a necessidade de hospitalização, nas situações de gravidez com complicações de médio e alto risco, é geradora de stresse, pois a hospitalização consciencializa a grávida do seu estado de doente e afasta-a do suporte familiar, podendo causar dúvidas, medos, ansiedade, solidão e desconfortos físicos. O afastamento repentino da sua casa e família, a interrupção da sua vida social e laboral, pode fazer com que a grávida desenvolva sentimentos de ansiedade, frustração, aborrecimento, solidão, vulnerabilidade e impotência. A estes sentimentos associam-se também os receios inerentes à sua própria condição e, principalmente, o bem-estar fetal (Poplar, 2014). Nestes casos o enfermeiro deve estar atento e dar o apoio necessário à mulher, proporcionando cuidados diferenciados, voltados para a pessoa como um todo, inserida num contexto familiar e sociocultural, facilitando assim a transição para a parentalidade e promovendo a ligação mãe/pai-filho (Monteiro, 2012).

Na nossa prática clínica foi fundamental oferecer apoio psicológico e emocional, mantendo a esperança e o pensamento positivo do casal grávido e família, pois verificou-se a

preocupação dos mesmos com o bem-estar do bebé e o desfecho da gravidez, originando-lhes medo e ansiedade. A grávida manifestava que se sentia em segurança no hospital, pois estava mais vigiada quanto à sua situação patológica, porém também se sentia restrita no seu espaço, questionando a necessidade de internamento e a restrição da atividade, ou a possibilidade de ir para casa e repousar na sua cama, indo ao hospital uma vez por dia, ou mesmo sobre a possibilidade de realizar o tratamento em casa. Isto implicou da nossa parte, e como intervenção, melhorar o conhecimento da grávida sobre as implicações da sua condição patológica, as repercussões que poderia ter para si e para o seu bebé, e o facto de no hospital estar mais acompanhada e vigiada quanto ao seu bem-estar e do bebé.

Ao longo do acompanhamento de cada grávida, aproveitando todos os momentos de prestação de cuidados, quer na monitorização de sinais vitais, quer na monitorização da Cardiotocografia, fomos procurando interagir com a grávida, com a sua família, e promovendo a interação destes com todos os presentes, de forma a que, quer as grávidas internadas, quer as suas famílias, que se encontravam de visita, beneficiassem de momentos de reflexão sobre a sua saúde e sobre novos hábitos a adquirir.

Durante o período pré-natal, as mulheres procuram, essencialmente, orientação e cuidados de vigilância, e encontram-se mais motivadas para mudanças relativas a hábitos saudáveis, pelo que as intervenções de enfermagem relativamente à promoção da saúde podem afetar durante muitos anos, o bem-estar da mulher, da criança que vai nascer e da restante família (Lowdermilk et al., 2013).

Assim sendo, ao longo do estágio, centramo-nos na promoção de estratégias de coping, contrariando o pessimismo e estimulando as capacidades das grávidas para gerirem as suas dificuldades e promovendo estratégias, que as ajudassem a ultrapassar os desafios, proporcionando apoio e discutindo com honestidade as implicações e a natureza das dificuldades, que as complicações da gravidez acarretam, apoiando na tomada de decisão (Felgueiras & Graça, 2013).

Desde o início do internamento que as grávidas despoletavam as suas dúvidas relativamente à sua gravidez, tanto sobre os sinais e sintomas e desenvolvimento que normalmente ocorrem na gravidez, como relacionados com a patologia. Também como estavam internadas, algumas grávidas deixavam de realizar as aulas de preparação para a parentalidade e parto. As grávidas que não tinham contra-indicações, que não necessitassem de repouso absoluto, eram convidadas a assistir às sessões apenas teóricas realizadas no hospital; as restantes, tentávamos abordar durante o seu internamento assuntos

relacionados com a parentalidade e o parto; principalmente os assuntos que apresentavam um maior interesse, mais dúvidas, mais défices de conhecimento e habilidades da grávida/casal.

Portanto, a todas as grávidas durante o internamento foi identificado o foco de enfermagem aprendizagem, definida como o processo de aquisição de conhecimentos ou competências através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2017). Consoante o seu diagnóstico, foram esclarecidas sobre a sua condição de gravidez como patologia, sobre sinais e sintomas específicos de agravamento da patologia em questão e sobre sinais de alerta gerais e possíveis complicações (perda de LA ou sangue, presença de febre, alterações visuais, cefaleias intensas, vômitos a partir do 2º trimestre, disúria e urgência urinária, dor epigástrica, dor intensa na região lombar e/ ou abdominal, diminuição dos MF e presença de uma contração uterina (CU) em cada dez minutos durante uma hora); informando-as que aquando a presença de algum sintoma acima referido deve recorrer ao profissional de saúde. Foram ainda informadas sobre estratégias que poderiam utilizar para se adaptarem aos problemas e minimizar os efeitos da condição de risco (Graça, 2010).

Procurávamos saber qual o conhecimento que tinham sobre quais os sinais e sintomas de cada trimestre, designados como efeitos colaterais da gravidez, tendo como intervenção explicar e informar sobre os sinais e sintomas mais frequentes. Muitos dos sinais e sintomas, foram descritos pelas grávidas, reconhecendo que em gravidezes anteriores detiveram esses efeitos colaterais e que na presente gravidez também estavam a passar por alguns. Esta informação ao ser partilhada, apercebem-se que muitos dos sinais e sintomas são normais na gravidez.

O primeiro trimestre (1-13 semanas) caracteriza-se por um período de aceitação e integração da sua nova condição, onde ocorrem ligeiras alterações corporais que se aliam ao desconforto e medos sentidos face à condição em que se encontra, surgem alterações gastrointestinais como vômitos, náuseas, obstipação; tensão mamária; alterações urinárias e vaginais como a polaquúria e a leucorreia; aumento de peso e volume corporal progressivo; fadiga, cansaço fácil e sonolência (Silva, 2012; Graça, 2010; Lowdermilk et al., 2013; Montenegro & Rezende Filho, 2014).

O segundo trimestre (14 a 26 semanas) é marcado por um período em que a mulher se encontra mais estável psicologicamente e toma consciência da autonomia do desenvolvimento fetal, compreendendo que é incapaz de controlar esse processo. Como

sinais e sintomas pode surgir o aparecimento de estrias; hiperpigmentação como o cloasma, linha negra e aumento da pigmentação das aréolas e mamilos, diminuição do peristaltismo, aumento da sudorese e secreção sebácea; aumento do volume mamário; ocorrência de câibras e lombalgias; diminuição da pressão arterial habitual e aumento do pulso, cerca de 10-15 pulsações/minuto; pode surgir a anemia fisiológica devido à hemodiluição (aumento do volume sanguíneo entre as 20 e 24 semanas); aumento da sensibilidade e desejo sexual e alterações na morfologia renal, como a estase urinária que leva a aumento do pH e consequentemente suscetibilidade a infeção urinária (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005 citado por Ferreira, 2013).

O terceiro trimestre (27 a 40 semanas) é caracterizado pelo grande sentimento de ansiedade na mulher face à proximidade do parto, separação do feto e término da gravidez. Neste semestre ocorre o aumento do tamanho do útero resultante do crescimento fetal; sensação de dificuldade respiratória; agravamento da polaquiúria; desconforto físico; fadiga; dificuldade em dormir e descansar; aparecimento ou agravamento das varizes, edemas e hemorroides (compressão das veias ilíacas e da veia cava inferior pelo útero); síndrome de hipotensão supina (compressão da veia cava pelo útero na posição supina, o que reduz o retorno venoso para coração e cérebro); lordose e alteração do centro de gravidade devido à distensão abdominal e relaxamento das articulações por efeito da relaxina (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005 citado por Ferreira, 2013).

Quando a pessoa tem conhecimento e experiência em relação ao que está para acontecer a ansiedade diminui; ao contrário de quando tudo é desconhecido, a pessoa imagina possibilidades e ideias sobre como tudo vai acontecer e de que modo vai conseguir ultrapassar as dificuldades que poderão ocorrer, numa antevisão do desempenho do novo papel (Canaval, Jaramillo & Rosero, 2007).

Segundo Maloni (2011) a gravidez com complicações traz efeitos psicossociais adversos tais como ansiedade, aumento do stresse, tédio, sentido de ser um prisioneiro e sintomas depressivos. A prescrição do repouso no leito era frequente, no entanto pode contribuir para o agravamento de sentimentos negativos (Poplar, 2014).

Uma vez que a grávida passa bastante tempo no leito implica que se encontrem estratégias para que este aspeto não se torne um catalisador de ansiedade. Neste sentido, as intervenções passaram por explicar à grávida que o repouso no leito é uma das prescrições habituais para a prevenção do PPT, sendo uma medida que pode ajudar a prolongar a gravidez para o termo. No entanto, este repouso deverá ser intercalado com a prática de

exercícios não passivos, mudanças de posição, para prevenir quadros tromboembólicos (Lowdermilk et al., 2013). No internamento tentávamos proporcionar à grávida um ambiente mais familiar, informando a mesma acerca das atividades que podem ser realizadas quando se encontra em repouso, tais como: o uso de computador, acesso à internet, leitura de livros, realização de exercícios de palavras cruzadas, puzzles, ouvir música, ver televisão, vídeos, fazer projetos de trabalho e de enxoval do recém-nascido, sendo que havia grávidas que gostavam de fazer ponto de cruz. O nosso principal objetivo centrava-se na exploração por parte das grávidas de uma panóplia diversificada de atividades com que mais se identificassem e lhes despertasse interesse.

Para além disso, foram promovidas e exploradas técnicas de relaxamento, entre as quais a aromaterapia, musicoterapia e a imaginação guiada nos cuidados prestados uma vez que estas técnicas diminuem os níveis de stress, ansiedade e depressão, bem como a frequência cardíaca e a TA (Bjorn, Saul, & Morales, 2013).

A imaginação guiada, segundo Uman (2006) encoraja a pessoa a lidar com a dor ou situações de stress imaginando um local ou experiência agradável. A atenção da pessoa é, assim, desviada para algo que induz o relaxamento, aumentando a sensação de calma. Esta técnica promove a saúde e bem-estar materno-fetal (Bjorn et al., 2013).

Alguns autores referem a sua eficácia na saúde obstétrica como na diminuição do risco de PPT; aumento da produção de leite materno; diminuição da depressão pós-parto e aumento da autoestima (White & Porth, 2000).

McCaffery (1990 citado por Sousa, 2009) indica o uso da música como uma intervenção não farmacológica efetiva para o controlo da dor, por ser um método de distração e estar entre as estratégias mais eficazes, além de ser bem aceite. A música “proporciona calma e conforto, o que parece induzir relaxamento”. Existem diversos benefícios da musicoterapia: torna mais lenta e profunda a respiração; aumenta a resistência às excitações sensoriais; combate o stress; permite o domínio das forças afetivas e auxilia no bom funcionamento da fisiologia.

Um aspeto bastante importante é que ao utilizar a música deve-se ter em conta as preferências da pessoa, uma vez que o tipo de música que é relaxante para uns pode não ser para outros. A música instrumental pode ser mais adequada que a vocal porque as letras das músicas podem desencadear reações emocionais. Também, o autor refere que geralmente a música suave ou com sons da natureza tem um efeito relaxante e na redução da dor, nomeadamente o som da água a correr (Watt-Watson, 2003 citado por Sousa, 2009).

Estas técnicas foram aplicadas num grupo de 4 grávidas por sessão no quarto de internamento e foram bem aceites, sendo técnicas simples, não invasivas, e que não afetam negativamente o feto (Shennan & Vousden, 2010). Foi fornecido um exemplo de uma imaginação guiada em papel (anexo I) e gravação digital (encontra-se no cd) às grávidas que solicitaram.

Para além do referido, durante o estágio, fizeram ainda parte das nossas atividades, ao longo do acompanhamento que efetuámos a cada grávida, instruir a grávida no sentido de habilitar cada uma das gestantes para a adoção de medidas para suporte/alívio dos efeitos colaterais da gravidez, e para a adoção de estilos de vida saudáveis, preparando-as para a alta. Neste sentido, fizeram parte das nossas práticas, instruir hábitos adequados de higiene corporal diária, uso de roupas confortáveis de algodão, lavagem da zona perineal com água morna e produtos de higiene íntima ácidos, evitar exposição solar ou uso de protetor solar, uso de soutien adequado, estratégias promotoras de sono, diminuição de ingestão de líquidos antes de adormecer, evitar estimulantes, ingestão de água (6-8 copos por dia) e períodos de repouso de sesta. O consumo de álcool e de tabaco foi abordado devido ao elevado risco de malformações que ambos podem causar ao feto. Assim, incentivámos as mulheres, consumidoras de álcool e tabaco, a cessarem o seu consumo, ou pelo menos, a reduzi-lo.

Os exercícios de Kegel, foram também instruídos, cujo objetivo é fortalecer os músculos do pavimento pélvico e prevenir a incontinência urinária, que consistem em contrair os músculos pélvicos. Quando iniciados precocemente, pode prevenir a incontinência urinária no final na gestação e no pós-parto (Graça, 2010; Lowdermilk et al., 2013).

1.2. Complicação da gravidez: Hipertensão arterial

Durante o estágio foi possível encontrar casais grávidos com diferentes casos clínicos, que representaram importantes oportunidades de aprendizagem e reflexão sobre os cuidados prestados.

Neste subtópico será explorado o processo de vigilância da mulher com gravidez com complicações, ou seja, com uma patologia associada, descrevendo assim a patologia mais

comum e com que mais me deparei no processo de gravidez, os problemas de HTA da gravidez, nomeadamente pré-eclampsia e HTA gestacional.

O EESMO tem a capacidade de prestar cuidados pré-natais de qualidade, potenciando a saúde da mulher, garantindo a deteção precoce e o tratamento ou referenciação das complicações (Torgal, 2016).

Anualmente, cerca de 120 milhões de gravidezes em todo o mundo, cerca de meio milhão de mulheres morre devido a complicações durante a gravidez ou parto. No que concerne a problemas na gravidez estima-se que 50 milhões de grávidas apresentam uma gestação com algum risco inerente (Cunha, Mamede, Dotto, & Mamede, 2009).

A gravidez pode induzir HTA em mulheres anteriormente normotensas, ou agravar a situação em hipertensas prévias. Esta é a complicação mais comum na gravidez.

A HTA é geralmente definida como pressão sanguínea de pelo menos 140 mmHg sistólica e / ou diastólica 90 mmHg em pelo menos 2 medições (National High Blood Pressure Education Program, 2000 citado por Meher, Abalos, & Carroli, 2005; Magee, Helewa, & Rey, 2014). No entanto, caso se conheça o nível tensional prévio da pessoa, deve-se considerar como hipertensas grávidas as que apresentem aumento de 15 mmHg na pressão arterial diastólica e/ou 30 mmHg na pressão arterial sistólica (Ferreira, Silveira, Silva, Souza, & Ruiz, 2016).

A HTA é diagnosticada quando os valores tensionais se mostram acima de: pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg, em duas observações espaçadas por 6 horas, no mínimo. A HTA gestacional ocorre na segunda metade da gravidez ou nas primeiras 24 horas a seguir ao parto, normalizando até ao décimo dia pós-parto (Magee et al., 2014).

De acordo com os dados da OMS, todos os dias no ano de 2010, cerca de 800 mulheres morreram em decorrência da gravidez ou parto, pelo que as síndromes hipertensivas ocupam o segundo lugar no ranking de causas de mortes maternas, sendo responsáveis por cerca de 14% de todos os óbitos maternos do mundo (Ferreira et al., 2016).

O mesmo autor menciona que cerca de 10% de todas as gestações no mundo cursam com algum tipo de síndrome hipertensiva. O aumento da pressão sanguínea durante a gravidez é uma das mais comuns complicações médicas, cerca de 6% a 8% de todas as gravidezes (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 1996 citado por Meher et al., 2005). As síndromes hipertensivas foram a causa de morte de 325 óbitos, representando 20% das causas de óbitos maternos, ao qual 56% destes ocorreram no período gestacional, de

acordo com os dados de 2011, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (Ferreira et al., 2016).

Esta patologia pode ter um início silencioso e os principais sintomas são o aparecimento de epigastralgias, púrpura e/ou alterações visuais. Logo, a não detecção desta complicação pode adiar o início de medidas terapêuticas necessárias, agravando o prognóstico materno e fetal (Graça, 2010; Magee et al., 2014).

A HTA pode dividir-se em quatro principais categorias (A) HTA crônica; (B) pré-eclampsia, caracterizada por HTA com proteinúria; (C) a pré-eclâmpsia sobreposta a HTA crônica; e (D) a HTA induzida pela gravidez ou HTA gestacional, HTA transitória sem proteinúria (Ferreira et al., 2016).

A proteinúria caracteriza-se pela perda de proteínas na urina e indica que, nestes casos, há lesão renal (Ferreira et al., 2016). É definida como pelo menos 0,3 g de proteínas em uma colheita de urina de 24 horas, ou 30 mg / dl ou mais numa amostra de urina (National High Blood Pressure Education Program, 2000 citado por Meher et al., 2005).

Cerca de um quarto dos casos de HTA durante a gravidez são mulheres com pré-eclâmpsia/eclâmpsia sobreposta a HTA crônica (Lindheimer, 1999 citado por Meher et al., 2005), sendo que mulheres com HTA leve a moderada têm muitas vezes gestações sem intercorrências. No entanto, 20% das mulheres que desenvolvem pré-eclâmpsia com HTA crônica prévia, têm mais probabilidade de desencadear complicações e morbidez (Sibai, 1998 citado por Meher et al., 2005).

A pré-eclâmpsia afeta cerca de 5-8% de todas as gestações e é uma condição que progride rapidamente, caracterizada por aumento da pressão arterial e presença de proteinúria. É uma complicação que pode ocorrer após a vigésima semana de gestação, durante o parto e até 48 horas pós-parto (Ferreira et al., 2016).

Esta doença, seja diagnosticada com ou sem HTA crônica ou doença renal prévia é o distúrbio mais propenso a colocar em risco tanto a mãe como o feto (Lindheimer, 1999 citado por Meher et al., 2005). As potenciais consequências para o feto são restrição do crescimento intrauterino, nascimento prematuro ou morte. Para as mulheres com HTA gestacional, o resultado é geralmente positivo, embora a HTA muitas vezes se volte a repetir em gestações seguintes (Chesley, 1978 citado por Meher et al., 2005).

Para tentar minimizar as consequências, o objetivo será impedir o agravamento da doença e permitir que o parto ocorra o mais próximo possível do termo da gestação. Na pré-eclampsia

moderada, a atitude expectante é habitualmente a mais apropriada, desde que a situação fetal e materna esteja estável, aconselhando que o TP deverá ser induzido às 36 semanas de gestação. No entanto, se a situação evoluir para a pré-eclâmpsia grave, o TP poderá ser planeado mais cedo (Graça, 2010; Lowdermilk et al., 2013).

Ferreira et al. (2016) menciona alguns sinais que podem ser indicativos de pré-eclâmpsia, tais como a presença de edema, principalmente na face, ao redor dos olhos mãos e membros inferiores; ganho de peso acentuado; náuseas e/ou vômitos; dor em região epigástrica que irradia para membros superiores; cefaleia e alterações visuais (visão borrada e/ou turva); hiperreflexia, taquipneia e ansiedade. É frequente a doença evoluir de forma silenciosa, sem sinais indicativos.

O enfermeiro tem aqui um papel fundamental no que se refere à vigilância e monitorização dos sinais e sintomas que podem identificar o agravamento desta patologia. Assim a todas as grávidas que apresentavam pré-eclâmpsia nas diversas atividades de vigilância, de acordo com o estabelecido no protocolo do serviço, foram despistadas a presença de cefaleias, alterações visuais, dor epigástrica, hiperreflexia, avaliação diária da proteinúria de proteinúria através do teste de Combur e monitorização da diurese e peso; avaliação da TA (monitorizar a TA uma vez turno; se valores alterados, avaliação da TA de 4 em 4 horas) e vigilância da presença de edema (National Insitute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2008).

O repouso no leito nesta doença é recomendado, sendo que alguns estudos têm sugerido um benefício da restrição modesta de atividade (4-6 horas por dia de descanso), pois defendem que o repouso no leito pode direcionar mais fluxo de sangue para o útero e placenta. Assim, ao recomendar o repouso relativo na grávida, era importante explicar que devem estar preferencialmente em decúbito lateral esquerdo, proporcionando uma melhor perfusão útero placenta (Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014).

A pré-eclâmpsia leva à diminuição do fluxo de sangue na placenta e no útero, podendo ter como resultado, a restrição do crescimento fetal. Esta situação reflete-se também na oxigenação e crescimento fetal podendo conduzir à morte fetal intrauterina e ao TP pré-termo (Graça, 2010). Portanto, para detetar precocemente estas complicações, tinha também como intervenções vigiar a percepção materna dos MF e realizar cardiotocografia uma vez turno e vigiar a FCF. O CTG é um dos meios técnicos que permite vigiar o bem-estar fetal e a tonicidade uterina. A avaliação da FCF basal, da presença ou não de acelerações e

da variabilidade permitiram avaliar o estado de oxigenação fetal, a avaliação da tonicidade uterina detetando a APPT e o parto pré-termo (Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014).

Como intervenção resultante de prescrição médica, tínhamos a administração de corticosteroides para ajudar na maturação pulmonar fetal se a grávida se encontrasse em Ameaça de Parto Pré-termo e estivesse entre 24 e 34 semanas mais 6 dias de gestação (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2012).

Além das atividades de vigilância foram também colocadas em prática intervenções resultantes de prescrição e intervenções de enfermagem, designadamente, ensinar a grávida acerca da doença e sinais e sintomas indicativos de agravamento, para que esta possa identificar e comunicar atempadamente; gestão do regime terapêutico, administrar o hipertensor prescrito e ensinar à grávida quais as suas indicações e efeitos; informar e incentivar a grávida a elevar os membros inferiores e a restringir a ingestão de líquidos para diminuir o edema, pois a ingestão adequada de líquidos é bastante importante para potenciar uma boa perfusão renal (Lowdermilk et al., 2013) e informava a grávida que esta deve ter repouso relativo no leito.

Durante o internamento, esta foi a complicação da gravidez que mais contactei. Nenhuma das grávidas assistidas apresentaram um agravamento significativo, apenas apresentaram aumento do edema facial e nos membros inferiores, aumento da TA e proteinúria diária. No entanto, nenhuma teve alta, mantendo-se em vigilância no hospital até ao parto e, portanto, tornou-se ainda mais essencial a avaliação do estado emocional materno e a promoção do suporte emocional à grávida/casal.

Quanto às restantes grávidas com patologia, no momento da alta alertávamos para a importância da manutenção da vigilância pré-natal e a sua relação na saúde fetal, referindo que as consultas deveriam ser mantidas regularmente, que devem ser de duas em duas semanas a partir das 28 semanas até à 36ª semana e, depois, semanalmente até ao parto, assegurando à mulher e ao feto uma vigilância mais rigorosa.

1.3. A obrigatoriedade do repouso na gravidez com complicações

Esta reflexão sobre a prática do repouso surgiu após ter verificado que no serviço de Obstétrica e Medicina Materno Fetal do CHTS, a todas as grávidas com o diagnóstico de pré-eclâmpsia, APPT, restrição de crescimento intrauterino, gestação gemelar tem sido prescrito a restrição da atividade/ repouso no leito. Esta constante prescrição médica despoletou a

minha atenção, surgindo o interesse de aprofundar os meus conhecimentos sobre esta temática, com o objetivo de perceber se sob o ponto de vista científico existem benefícios materno-fetais resultantes da prática do repouso, através da realização de uma revisão da literatura.

Existem duas prescrições de repouso no leito por parte dos obstetras, o repouso absoluto e o repouso relativo/ restrição da atividade. O repouso absoluto a grávida, não tem indicação de sair da cama e o repouso relativo esta podia ir à casa de banho em cadeira de rodas e realizar as refeições à mesa. Observámos que aquando prescrito repouso absoluto, as grávidas sujeitas sentiam-se tristes, pela perda de autonomia e depender de terceiros, por não poderem caminhar no serviço, assistir às aulas de preparação para o parto e parentalidade no hospital, entre outras atividades.

Maloni (2011) define o repouso como o confinamento no leito, com atividade limitada ao uso da casa de banho e breve deambulação dentro de casa / hospital. Estas mulheres estarão assim confinadas à cama por, aproximadamente, 22 horas por dia.

O mesmo autor refere que alguns médicos permitem que a mulher permaneça em repouso, em casa, desde que restrinja a atividade sexual, as atividades diárias e a levantar crianças ou outros pesos.

Outros autores mencionam que o repouso, sob o ponto de vista clínico inclui: o repouso estrito na cama, o repouso estrito na cama em posição de Trendelenburg e o repouso na cama com levante para ir à casa de banho (Irion et al., 2012 citado por Los Reyes, 2015).

Segundo a CIPE de 2011 (OE, 2011a) o repouso é a redução recorrente da atividade corporal permanecendo acordado e consciente, posição imóvel enquanto acordado e consciente.

Conforme Bigelow e Stone (2011) o repouso na cama é uma recomendação obstétrica muito comum. Cerca de 95% dos obstetras prescrevem o repouso para diferentes patologias obstétricas, afetando cerca de 800.000 mulheres e, embora a lista de condições seja longa, a lista de benefícios que apoiem o repouso é bastante curta. Refere ainda que cerca de 20% das mulheres serão colocadas em repouso algum momento da sua gravidez. Diferentes pesquisas demonstram que especialistas em medicina materno-fetal, obstetras e ginecologistas prescrevem o repouso, embora a maioria não espera que isso vá realmente melhorar os resultados da gravidez.

Os dados atualmente disponíveis não mostram melhoria nos resultados sob ponto de vista materno e fetal com a prática da restrição de atividades, no entanto não mostram aumento

na morbidade materna. A recomendação de repouso na cama durante a gravidez, embora seja uma prática bastante comum, não é recomendada pela literatura (Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014).

Então, porque é tão frequente a recomendação e prescrição do repouso no leito durante a gravidez com complicações pelos especialistas em medicina materno-fetal?

Segundo a Society for Maternal-Fetal Medicine (2014), os especialistas continuam a prescrever porque perante uma complicação da gravidez, como as que citamos, têm pouco a oferecer. Apesar de todos os avanços da medicina, as causas subjacentes ao TP prematuro permanecem misteriosas. *“Quando não existe um tratamento, uma resposta comum dos médicos é a de fazer alguma coisa, escreveu McCall “ ... “Intervenções desnecessárias, tais como repouso no leito podem fazer os pacientes (e às vezes o prestador de cuidados de saúde) sentir que todas as tentativas estão sendo feitas para ‘salvar’ a gravidez.”*

As possíveis razões para que o repouso na cama seja tão recomendado incluem o medo de um resultado negativo caso não recomendem nada ou por haver casos de sucesso, e por ser uma prática que não requer custos (Biggio, 2013).

Porém, o problema é que a inatividade prolongada tem riscos associados. De acordo com a evidência científica, existem mais riscos do que benefícios com a restrição de atividade (Biggio, 2013).

A APPT é talvez a principal causa de morbidade e mortalidade perinatal. O repouso na cama para prevenção do parto prematuro é uma estratégia bastante comum, embora poucos estudos tenham objetivamente analisado a sua utilidade (Bigelow & Stone, 2011).

Num estudo multicêntrico, randomizado Elliott e colaboradores comparam mulheres com APPT, que cumpriram o repouso no leito com mulheres que tiveram uma atividade no hospital. Os resultados não evidenciaram diferenças. Também numa revisão da literatura da Cochrane, de 2004, sobre o repouso na cama para a prevenção de parto prematuro conclui que não há evidência suficiente para apoiar e recomendar esta prática, tanto em casa como no hospital. Os custos associados à restrição de atividade e à ausência de benefícios documentados levam os autores a não recomendar o repouso no leito como medidas para evitar o parto prematuro (Bigelow & Stone, 2011).

Segundo a Society for Maternal-Fetal Medicine (2014) refere que o repouso na cama não reduz a possibilidade de APPT, argumentando que o parto prematuro foi mais comum em mulheres que estando com APPT foram colocados em restrição da sua atividade em casa e

no hospital. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas afirma igualmente que o repouso na cama não é eficaz para a prevenção do parto prematuro e que não deve ser recomendado por rotina.

No caso de grávidas com HTA, alguns autores referem que esta patologia pode levar à diminuição do fluxo de sangue na placenta e no útero, tendo como resultado a restrição do crescimento fetal. Assim, os autores defendem que o repouso no leito pode reverter estes efeitos, aumentando o fluxo para o útero e placenta. No entanto, nunca foi provado que o repouso na cama aumenta o fluxo de sangue placentário, concluindo-se que não se deva recomendar o repouso nos casos de HTA gestacional, por não haver evidência científica (Bigelow & Stone, 2011).

Alguns estudos têm sugerido um benefício da restrição modesta de atividade (4-6 horas por dia de descanso), mas não há evidência suficiente de benefícios para recomendar esta prática. O repouso em casa no terceiro trimestre ou a redução da carga de trabalho diminui o stresse na gravidez, diminuindo conseqüentemente, a incidência de pré-eclâmpsia em mulheres que têm o risco de a desenvolver. No entanto, o repouso absoluto no hospital para mulheres já diagnosticadas com pré-eclâmpsia não é recomendado. O repouso na cama não traz benefícios e não deve ser prescrito a mulheres com pré-eclâmpsia (Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014).

O abortamento resulta da interrupção da gestação, por fatores maternos ou muitas vezes embrionários e frequentemente se evidencia por sangramento vaginal (Bigelow e Stone, 2011). Está normalmente associado a defeitos cromossômicos, cerca de metade ou dois terços dos casos (Bricker, 2000; Ogasawara, 2000; Simpson, 1987; Stern, 1996 citados por Aleman, Althabe, Belizán & Bergel, 2005); doenças maternas (endocrinológica, imunológica, malformações do trato genital, infecções) e disfunção placentária (Cunningham, 1993; Glass, 1994 citados por Aleman et al., 2005).

Muitas intervenções têm sido utilizadas para prevenir o abortamento. A administração de hormonas e a imunoterapia são alguns dos exemplos, porém não se comprovam a sua eficácia (Clifford, 1996; Goldstein, 1989; Scott, 2001 citados por Aleman et al., 2005). O repouso no leito é provavelmente o mais comumente prescrito (Cunningham, 1993; Schwarcz, 1995 citados por Aleman et al., 2005), especialmente nos casos de ameaça de abortamento e antecedentes de abortamento (Goldenberg, 1994 citado por Aleman et al., 2005). Como a etiologia do abortamento, na maioria dos casos, não está relacionada com um

excesso de atividade, é improvável que o repouso no leito possa ser uma estratégia eficaz para reduzir o seu risco (Lapple, 1990 citado por Aleman et al., 2005).

A hemorragia vaginal antes das 23 semanas de gestação ocorre em cerca de 25% das gestações (Stabile, 1987 citado por Aleman et al., 2005) e, uma vez ocorrida a hemorragia, cerca de metade dos fetos não apresenta atividade cardíaca detetável. Assim, a prescrição do repouso no leito é provavelmente inútil na ameaça de abortamento (Everett, 1987; Golden-Berg, 1994 citados por Aleman et al., 2005).

Também em presença de uma rotura prematura de membranas, mais de 90% dos médicos recomendam o repouso. Apesar de 56% dos especialistas em medicina materno-fetal acreditarem que há pouca ou nenhuma evidência que demonstre os benefícios do repouso na cama, continuam a prescreve-lo (Biggio, 2013).

Num outro estudo conduzido por Grobman e colaboradores no ano de 2013, efetuado com mulheres nulíparas cujo comprimento do cérvix era inferior a 30 mm, os investigadores queriam avaliar a eficácia do repouso para evitar o parto pré-termo, concluindo que o repouso é prejudicial, aumentando 2,5 vezes mais a probabilidade de um parto prematuro antes das 34 semanas (Biggio, 2013).

O repouso na cama tem sido igualmente estudado no campo da medicina endócrina, reprodutiva e da infertilidade. Após a transferência de embriões fertilizados para o útero, os médicos recomendam que a mulher permaneça em decúbito dorsal por 30 minutos e minimize a atividade durante o dia. Dois estudos retrospectivos compararam o repouso no leito e a deambulação imediata após a transferência do embrião e obtiveram os mesmos resultados. Na revisão Cochrane em 2009 evidenciou-se insuficiência de evidência na literatura para apoiar a recomendação de repouso no leito após a transferência de embriões por fertilização in vitro (Bigelow & Stone, 2011).

No que diz respeito às mulheres com gestações múltiplas, estas têm um risco aumentado de parto prematuro, pelo que tem sido recomendado, rotineiramente, o repouso absoluto em contexto hospitalar pouco antes do final da gravidez, para que a mulher não faça esforços, no intuito de evitar o parto prematuro. Muitos obstetras acham que o repouso no final do segundo ou terceiro trimestre nas mulheres com gestações múltiplas pode ser útil na diminuição da incidência de parto prematuro. A recomendação de repouso na cama para mulheres com gestações múltiplas, foi analisada numa revisão da Cochrane em 2010 por Crowther e colaboradores e nessa revisão constataram que o repouso rotineiro no hospital não diminuiu a incidência de parto prematuro ou da morbidade perinatal. Observaram uma

possível melhoria no crescimento fetal no grupo de internadas e em repouso no leito, embora não tenha sido estatisticamente significativa. Através desta análise, os autores concluíram que existe evidência científica insuficiente para a recomendação rotineira de repouso em mulheres com gestações múltiplas. Curiosamente, as mulheres colocadas em repouso na cama também demonstraram ter um ganho de peso significativamente menor do que o esperado (Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014).

Concluindo, a Society For Maternal-fetal Medicine (2014) indica que não há dados que justifiquem que a restrição de atividade é benéfica para qualquer condição obstétrica, pelo contrário; o repouso tem bastantes efeitos adversos na grávida, feto e família.

De acordo com o que referimos anteriormente, não se encontra evidência científica que justifique o repouso como benéfico numa situação de gravidez com complicações. Bem pelo contrário, existem estudos que apresentam alguns efeitos secundários negativos como: sintomas depressivos, aumento de peso na grávida acima do ideal, perda de massa muscular, de massa óssea, perda no volume de plasma sanguíneo e no condicionamento cardiovascular. Dano mensurável que pode acontecer em pessoas grávidas e não grávidas que estejam períodos prolongados em restrição de atividade. As alterações podem ocorrer depois de apenas alguns dias de imobilidade e não há muitas informações sobre o impacto que essas mudanças têm em mulheres grávidas. Após o parto, um estudo mostrou que 71 % das mulheres tiveram problemas em subir escadas, e 14 % delas precisavam de ajuda para caminhar (Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014).

Também mulheres que cumprem o repouso absoluto têm RN (recém-nascido) com menor peso ao nascer quando comparadas com mulheres sem restrição de atividade (Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014).

O repouso na cama também está associado a um risco mais elevado de desenvolver diabetes gestacional em mulheres admitidas no hospital por outras complicações relacionadas com a gravidez; pode aumentar o risco de desenvolver coagulopatias nos membros inferiores e consequentemente, embolia pulmonar. O risco de patologias venosas já por si aumentado em mulheres grávidas, é agravado pela inatividade (Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014).

Além dos potenciais e negativos efeitos físicos maternos negativos associados à restrição de atividades durante a gravidez, há também um aumento do risco de ansiedade e depressão, bem como efeitos psicológicos adversos sobre a grávida e a família. As mulheres que têm de se ausentar do seu trabalho preocupam-se com a perda de rendimento e com a possível

perda de emprego. O repouso pode ser bastante frustrante para a mulher que está habituada a trabalhar e a estar ativa. Tarefas como a preparação para o enxoval, tarefas da casa, a escolha do nome, os planos para cuidar do filho, fazem parte de um ajuste e aceitação do papel de mãe, ao qual a sua concretização pode estar em risco devido à necessidade de vigilância com recurso ao internamento (Mendes, 2002).

O impacto emocional sobre o resto da família “também é alto” (Sciscione, 2010 citado por Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014). Encontram-se descritos na literatura os efeitos negativos da restrição da atividade materna sobre a família, principalmente nos filhos mais pequenos. Estes têm mostrado reações negativas, incluindo dificuldades na escola, na interação com os colegas, com comportamentos desadequados. Apresentam maior incidência de depressão, stresse e desorientação. Também têm sido descritos efeitos negativos no parceiro da mulher. Eles assumem a responsabilidade que a mulher tinha nas suas atividades diárias, como as atividades domésticas, suporte financeiro e o papel que esta desempenhava na família. Relatam ainda maior stresse e preocupação com o bem-estar materno e fetal (Bigelow & Stone, 2011).

A necessidade do internamento e do repouso deve ser considerada se é realmente importante ou não para o bem-estar da grávida e RN, pois se a gravidez com complicações já por si é fator stressante, o internamento e o repouso trazem ainda mais stresse, preocupação e a afasta do suporte familiar.

Após a análise, foi perceptível, que existe bastante informação sobre o tema, porém sugerem que continuem a investigar na área e realizem novos estudos para obter novos resultados; pois tendo em conta os potenciais efeitos físicos, psicológicos e financeiros da contínua prescrição do repouso na cama, os autores referem que se precisa de mais estudos clínicos metodologicamente que estudem a restrição de atividade e repouso na cama, para se chegar a uma conclusão válida e global.

No entanto, todos chegam à mesma conclusão; existem mais efeitos adversos físicos e psicológicos da restrição da atividade materna, juntamente com o seu impacto sobre o bem-estar familiar e neonatal do que benefícios.

Tendo em conta as potenciais consequências negativas do repouso no leito, os médicos devem pensar se a relação risco-benefício justifica prescrever esta prática, pelo que não deve ser prescrita rotineiramente.

Com base na falta de benefícios e os danos demonstrados, os autores argumentam que não é ético continuar a prescrever o repouso no leito, pois viola os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Em resumo, a prática de restrição de atividade e o repouso no leito, tem pouca evidência quanto aos benefícios para a mãe ou RN, que justifique esta prática, mas tem bem descritos efeitos negativos sobre a mãe, RN e família (Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014).

No quadro seguinte apresento resumidamente os riscos do repouso na grávida, RN e família.

Quadro 1. Benefícios *versus* riscos para a mãe e para o feto na prática do repouso.

BENEFÍCIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Não há evidência científica suficiente para apoiar e recomendar esta prática em todas as gravidezes com complicações, tanto em contexto de domicílio como hospitalar.
RISCOS
GRÁVIDA
<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas depressivos; • Ganho de peso na grávida abaixo do ideal; • Perda de massa muscular e massa óssea; • Perda no volume de plasma sanguíneo e no condicionamento cardiovascular; • Taxa mais elevada de desenvolver diabetes gestacional; • Aumento do risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar; • Após o parto, um estudo descobriu que 71 % das mulheres tiveram problemas em subir escadas, e 14 % precisava de ajuda para caminhar.
RN
<ul style="list-style-type: none"> • Restrição do crescimento fetal; • Menor peso à nascença e IG no momento do parto.
FAMÍLIA
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade e preocupação na família em geral; • Depressão; • Reações negativas na criança, incluindo dificuldades na escola, na interação com os colegas, com comportamentos desadequados; maior incidência de depressão, stresse e desorientação. • Aumento da responsabilidade do companheiro, responsabilidades domésticas e financeiras; • Aumento do stresse e preocupação do companheiro com o bem-estar materno e fetal.

Concluo após a análise e reflexão, que não há evidência que indica que a restrição de atividade é benéfica para qualquer condição obstétrica, sendo que os efeitos negativos sobre a mãe, RN e família estão bem descritos. No entanto os profissionais de saúde continuam a prescrever esta prática.

Assim, como intervenção de enfermagem realizada no internamento após prescrição médica, foi encorajar o repouso (Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2017) e auxiliar a grávida na

gestão do repouso, explicando que deve estar maioritariamente no posicionamento decúbito lateral, para facilitar a oxigenação fetal e a redução da pressão no colo do útero.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

O Estágio vigilância do TP e parto, módulo do estágio global de natureza profissional, inserido no MESMO, com orientação/ supervisão de uma EESMO, teve como objetivo o

acompanhamento de parturientes/casal, internadas por diferentes motivos, englobando o TP e o parto, a indução do TP, a preparação de grávidas para parto distócico, por cesariana programada, vigiar o bem-estar fetal e assistir o RN, incluindo o de risco, de acordo com Regulamento das Competências do EESMO e Ginecológica (OE, 2019).

É da competência do EESMO realizar o parto normal em caso de apresentação cefálica e a episiotomia, se necessário. Em caso de urgência, ou se o feto se encontra em posição pélvica, o EESMO também poderá realizar o parto. Neste estágio, todos os partos foram de apresentação cefálica, no entanto adquirimos competências teóricas e práticas, ao longo da formação, para um parto em posição pélvica (OE, 2019).

O EESMO assume intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, situações em que estão envolvidos processos normais e fisiológicos, e intervenções autónomas e/ou interdependentes, em todas as situações de médio e alto risco, situações em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais (OE, 2019).

No Bloco de Partos, a equipa era constituída por quatro elementos, sendo que um permanecia no serviço de urgência. O Bloco de Partos era composto por cinco salas de parto, individuais, para onde eram encaminhadas as parturientes em fase ativa do TP e onde permaneciam até duas horas após o parto; dois quartos duplos para vigilância, onde se encontravam maioritariamente mulheres com diagnóstico de gravidez ectópica e abortamento; três quartos duplos para expectantes, encontrando-se parturientes, sobretudo com patologia associada, que aguardavam ser internadas no serviço de Obstetria (grávidas de risco), parturientes em fase latente do TP e grávidas admitidas para indução do TP, com gestação de termo (entre as 39 e 41 semanas de gestação) ou pré-termo, no caso de existir alguma patologia associada, como por exemplo oligoâmnios, diabetes gestacional, hipertensão, entre outras. Existia, ainda, um bloco operatório e uma sala para o respetivo recobro, assim como o serviço de urgência de ginecologia/obstétrica, onde recorriam, frequentemente, grávidas com perda hemática vaginal, rotura de membranas, queixas álgicas, indicadoras de TP, ou outras queixas plausíveis de serem associadas a alguma patologia da gravidez.

Durante a prática clínica tivemos sempre em conta as necessidades das mulheres, os protocolos do serviço e o modelo de atuação da equipa. Houve oportunidade de contactar com diversas situações, enriquecendo assim o estágio. Acompanhámos e prestámos cuidados especializados a mulheres em indução do TP, oportunidade de colaborar e

acompanhar todo o TP, colaborar em partos distócicos, num total de 15, e executar um total de 69 partos eutócicos.

Ao longo do estágio foi ainda possível o acompanhamento de mulheres em processo de abortamento, no primeiro trimestre de gestação, por retenção de ovo desvitalizado, e algumas no segundo trimestre, bem como algumas situações de interrupção médica da gravidez por mal formações.

O conceito de plano de parto surgiu em 1980, descrito por Sheila Kitzinger, nos Estados Unidos da América. Sendo considerado nessa altura um documento de carácter legal que mostrava as escolhas da mulher para o período pré-natal, parto e pós-parto (Silva, Neves, Sgarbi, & Souza, 2017). Este documento seria elaborado pelo casal e nele podem encontrar-se expressos os seus desejos relativamente ao TP e parto. Ou seja, de certa forma, traduz um acordo entre a equipa de profissionais de saúde e o casal sobre os seus desejos e as suas expectativas em relação ao parto (OE, 2012). O plano de parto deve seguir as preferências da mulher/casal para o TP e parto, o qual deve ser construído ao longo da gravidez e partilhado com os profissionais de saúde que fazem a sua vigilância e com a equipa do local onde pretendem que o bebé nasça (OE, 2012). Elaborar este documento, em conjunto com o EESMO, permite colocar questões e perceber o que pode ser possível; conhecer as suas expectativas e ajudar a grávida a perceber o que acontece em cada fase do TP, permitindo-lhe organizar as suas ideias, assim como partilhá-las com o acompanhante escolhido, que ficará ciente das suas escolhas e de como poderá agir quando chegar o momento.

Deve ser específico para cada mulher/casal, pois vai depender do seu historial clínico, das suas preferências, do decorrer do parto e do que estiver à disposição na instituição que acolher a grávida. No entanto, é importante que a grávida encare o plano de parto como desejos e não como um conjunto de regras que serão seguidas à risca. O plano de parto deve ser flexível, pois depende da evolução do TP e das condições mãe-feto.

O plano de parto deve ser acompanhado com o Boletim de Saúde da grávida e entregue na instituição onde der entrada. Durante o estágio, nenhuma grávida/casal apresentou o plano de parto escrito. No entanto, expunham algumas das suas preferências, como desejarem anestesia epidural, a presença de um acompanhante durante o TP, o contacto pele a pele com o RN, ou quem preferiam que realizasse o parto, etc. Pode considerar-se que o plano de parto tem como objetivo geral orientar e preparar, tanto a mulher como o companheiro, mas também a equipa de profissionais de saúde que irá prestar cuidados a esta família. Tem, também, o propósito de identificar quais os procedimentos que a mulher identifica como

causadores de conforto/desconforto. No caso de acontecer algo que não esteja no plano, deverá existir uma explicação por parte dos profissionais de saúde acerca do assunto (Silva et al., 2017).

Numa gravidez de baixo risco, geralmente era o EESMO que estava responsável pela vigilância do TP e apenas pedia o apoio médico se fosse necessário. Por vezes, a equipa de EESMO recebia a visita de estudantes de medicina, que procuravam também experiências formativas. No entanto, durante a nossa prática, a grávida nunca foi questionada sobre quais os profissionais que gostava que estivessem presentes no seu parto. Segundo Velho, Oliveira, e Santos (2010) é o EESMO que desempenha o papel mais adequado e com melhor custo-efetividade para prestar todos os cuidados à mulher e assistir no parto normal, avaliando riscos e reconhecendo complicações.

O parto é, sem dúvida, um evento marcante na vida de um(a) mulher/casal, inserido numa determinada cultura e num determinado espaço de tempo, e, que tem evoluído ao longo dos tempos, com o objetivo de melhorar a saúde perinatal (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2009). Pode ser visto como um processo natural, privado, familiar e feminino, e vivenciado em instituições de saúde com a presença de vários profissionais que são muito importantes para orientar este processo. Este facto favoreceu a submissão da mulher que deixou de ter um papel ativo no parto, o que tem sido uma fonte de insatisfação para a mulher (Velho et al., 2010).

Costa, Figueiredo, Pacheco, e Pais (2003) defendem que no que se refere ao parto, a mulher não vê, muitas vezes, cumpridas as suas expectativas em relação ao mesmo e afirmam sentir que têm pouco conhecimento, tal como pouca preparação, sentem-se excluídas das decisões médicas, experimentam um elevado número de emoções negativas, assim como níveis elevados de dor. Para além disso e como principais preocupações surgem o estado de saúde do bebé e o apoio dos companheiros.

O parto pode ainda ser considerado como um processo fisiológico, intrínseco à natureza humana, no entanto, não deixa de ser um acontecimento complexo, de importância singular para a um(a) mulher/casal que, contrariamente à gravidez que permite uma adaptação gradual às mudanças, apresenta-se como um evento que provoca mudanças abruptas e intensas.

O mesmo é caracterizado pela imprevisibilidade, podendo desencadear sentimentos como ansiedade, medo e insegurança, que serão lembrados minuciosamente ao longo da vida, e

que podem dificultar a participação da mulher nas decisões que envolvem a intervenção técnica por parte dos profissionais de saúde (Pereira, Franco, & Baldin, 2011).

Ao longo deste estágio privilegiámos as opções da mulher/casal. Foram prestados cuidados de enfermagem especializados às mulheres, RN e conviventes significativos, que suportam o parto normal em local seguro e permitem uma melhor adaptação do RN à vida extrauterina e promovem a vinculação entre mãe e filho (OE, 2019).

Faz ainda parte do acolhimento de cada casal orientar a grávida sobre as rotinas do serviço, tentando ambientá-la tanto quanto possível e o processo de Enfermagem deve ser iniciado de acordo com os diagnósticos de Enfermagem adequados a cada casal.

2.1. Acolhimento do casal no serviço/ unidade

Desde a admissão da mulher no serviço como durante todo o seu internamento, o EESMO deve garantir as condições de segurança pessoal e prevenir a transmissão de infeções. As medidas adotadas, se por um lado, constituem a estratégia primária para o controlo das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde, por outro reduzem, mas não eliminam, o risco de exposição ocupacional. O conceito de Precaução Padrão pressupõe que todos os utentes possam estar potencialmente infetados, pelo que os profissionais de saúde devem usar medidas preventivas eficazes, com vista à máxima redução da incidência e gravidade das infeções hospitalares (Lopes, Oliveira, Silva, & Paiva, 2008).

Portanto, algumas das medidas que integram as Precauções Padrão são as seguintes: higiene das mãos imediatamente após o contacto com a pessoa e após qualquer atividade da qual pode resultar contaminação das mãos. É considerada a principal medida de grande impacto no controlo de infeções. Uso de material e equipamento de proteção individual, utilizado para proteger a pele, mucosas e roupas do profissional de saúde: o uso de luvas durante a realização de procedimentos que impliquem contacto com fluidos genitais e/ou corporais da mulher, como na realização do procedimento amniotomia, exame vaginal, cuidados perineais; o uso de máscara, bata e touca durante a execução do parto e na assistência da realização da técnica de analgesia epidural (Centers for Disease Control and Prevention, 2007).

Ao longo da revisão da literatura surge-nos o conceito humanizar que pode dizer-se que consiste em proporcionar um atendimento de qualidade articulando a tecnologia e a hospitalidade (Malheiros, Alves, Rangel, & Vargens, 2012). O conceito de humanização do TP tem sido definido por vários autores como um resgate do acompanhamento do TP, respeitando a sua fisiologia e oferecendo um suporte emocional contínuo, não só à mulher, mas também à sua família ou às pessoas que esta decidiu que queria que a acompanhassem. Este apoio, também é caracterizado pelo respeito dos desejos da parturiente, por vezes espelhados no seu plano de parto, para que este momento seja vivenciado em toda a sua plenitude. De forma sucinta, humanizar é olhar para a mulher como um ser bio-psico-socio-cultural (Santos & Okazaki, 2012).

O parto é uma experiência relativa, transcende a dimensão física, pois inclui vertentes físicas, sociais, espirituais, ambientais e psicológicas. Em Enfermagem é caracterizada como uma meta do cuidado (Frello & Carraro, 2010).

Os cuidados humanizados passam essencialmente por proporcionar o maior conforto da parturiente. Confortar, na área de Enfermagem, consiste em ser sensível ao relacionar-se com um ser que está a ser cuidado, na procura da criação de uma esfera de conforto, portanto uma abordagem única para cada ser cuidado.

A forma como a parturiente é recebida no serviço, vai ter influência no desenvolvimento do TP e, por esse motivo, foi nossa preocupação receber as mulheres e acompanhantes com respeito, estabelecendo um relacionamento de empatia, envolvendo-os nos cuidados, mantendo uma abordagem calma e confiante, questionando de forma delicada e interessada sobre o que sentia e sobre as suas expectativas e preocupações, estabelecendo uma escuta ativa, avaliando o conhecimento da mulher sobre estratégias para lidar com o TP (NICE, 2017b).

Na admissão da grávida, a EESMO explora qual o nome pelo qual desejam ser chamados e qual o nome escolhido para o bebé que esperam, realiza uma breve entrevista de avaliação e análise do boletim de saúde, IG; índice obstétrico, paridade, frequência e número de consultas realizadas, a realização e os resultados dos exames e análises clínicas da gravidez, os antecedentes clínicos e cirúrgicos relevantes, o grupo sanguíneo e fator Rh do casal, o resultado da colheita de exsudado vaginal para pesquisa de estreptococos do grupo B (EGB), se possuíam algum plano de parto que gostariam de facultar; e explorámos como havia sido a gravidez. Questionámos também sobre a frequência de alguma intervenção em grupo para preparação para o parto e parentalidade, conhecimento da grávida sobre fisiologia e conduta

no TP e parto, quais as suas expectativas pessoais face ao TP, preocupações, medos; desejo de ter ou não analgesia por via epidural, se pretendia ter alguém que a acompanhasse no parto, se desejava contacto pele a pele com o RN e ainda sobre o seu desejo de amamentar, de modo a que se possa conhecer o casal da melhor forma (NICE, 2017b).

A transmissão vertical mãe-filho, por estreptococo do grupo B positivo, pode ocorrer in útero durante o TP, rotura das membranas ou no período expulsivo durante a passagem pelo canal de parto. Assim, de acordo com o protocolo de serviço, em concordância com os Consensos de Neonatologia (2013), quando a parturiente apresenta infeção por streptococo do grupo B positivo ou desconhece se apresenta, de modo a prevenir a transmissão vertical ao RN, procedia-se à profilaxia intraparto, administrando antibiótico de largo espectro como a Penicilina por via endovenosa, pelo menos duas tomas, de quatro em quatro horas, Penicilina 5 000 000 UI numa primeira toma, seguindo-se 2 500 000 UI até ao parto. No entanto, caso a mulher apresentasse rotura de membranas superior a 12 horas, era administrada ampicilina via endovenosa de seis em seis horas. Se a puérpera fosse alérgica a algum destes fármacos, era iniciado um protocolo com outros fármacos, como a clindamicina, embora não se tenham verificado alergias durante a nossa prática.

Um elevado número de adultos é portador deste microrganismo, que coloniza os tratos gastrointestinal e genitourinário, pelo que pode infetar a área perineal e aparelho genital, sendo que a colonização pode ser transitória, crónica ou intermitente. De acordo com os Consensos de Neonatologia (2013), o microrganismo SGB, durante a gravidez ou puerpério, é a causa frequente de bacteriúria assintomática, infeção do trato urinário, está associado a coriamnionite, rutura prematura de membranas, PPT, endometrite pós-parto, morte fetal, baixo peso ao nascer, sépsis bacteriana neonatal precoce (até aos seis dias) e pode causar pneumonia e meningites no RN.

Procedíamos também à observação física geral da grávida, avaliávamos os sinais vitais (TA, pulso, temperatura) e realizávamos a palpação abdominal, através das manobras de Leopold, para detetar o foco cardíaco e avaliar o bem-estar fetal através da cardiotocografia.

A cardiotocografia permite a monitorização da FCF, que representa um importante parâmetro biofísico para avaliação da vitalidade do feto e diagnóstico do bem-estar fetal, bem como o registo das contrações uterinas (Thomas, Kelly, & Kavanagh, 2001).

A reatividade dos batimentos cardíacos é um dos primeiros parâmetros a alterar-se frente a um estado de hipoxia, pelo que o método apresenta boa sensibilidade, porém baixa especificidade, com elevadas taxas de falso-positivos (Thomas, Kelly, & Kavanagh, 2001).

O sofrimento fetal define-se como a presença de bradicardia ou desacelerações da FCF em associação com outros sinais, como líquido amniótico com mecónio, hemorragia e hipertensão na gravidez, resultando num aumento considerável nas taxas de cesariana e parto instrumentado (ACOG, 2005).

O sofrimento fetal agudo é desencadeado durante o TP, caracterizado por hipoxia, hipercapnia e acidose. Decorre de uma redução aguda nas trocas materna e fetal, com diminuição transitória ou permanente do aporte de oxigénio necessário ao feto (ACOG, 2005).

A ACOG (2005) recomenda substituir o diagnóstico sofrimento fetal por FCF não tranquilizadora, ou seja, um padrão de FCF em que se encontram desacelerações variáveis repetidas, taquicardia ou bradicardia, desacelerações tardias, perda da variabilidade e baixo valor no perfil biofísico fetal.

O stresse fetal, também é um termo bastante utilizado, quando nos deparamos com um padrão de FCF que não é considerado normal, podendo ainda o feto não se encontrar em hipoxemia. Assim, os termos stresse fetal e FCF não-tranquilizadora são semelhantes. O diagnóstico sofrimento fetal refere-se a um feto doente, diferentemente dos outros dois termos, quando os fetos se podem encontrar normais. Ou seja, o termo FCF não-tranquilizadora encontra-se mais de acordo com o nascimento de um RN saudável (ACOG, 2005).

A cardiocografia classifica-se como padrão tranquilizador ou normal e não-tranquilizador ou alterado. Assim, na presença de uma cardiocografia normal, possivelmente encontra-se um feto saudável com FCF tranquilizadora. Contudo, diante de uma cardiocografia com padrão não-tranquilizador ou alterado não estamos necessariamente diante de um feto com sofrimento fetal (Thomas, Kelly, & Kavanagh, 2001).

De acordo com a ACOG e os resultados da revisão sistemática da biblioteca Cochrane, incluindo 12 ensaios clínicos com mais de 37.000 gestantes comparando cardiocografia contínua com auscultação intermitente da FCF, a cardiocografia contínua apenas deve ser utilizada nas gravidezes com elevado risco de morte perinatal, encefalopatia neonatal ou paralisia cerebral, indução do TP com ocitocina, líquido amniótico com mecónio e anormalidades na auscultação fetal intermitente (bradicardia, taquicardia e desacelerações). Referem, ainda, as situações que exigem a monitorização fetal eletrónica contínua: problemas maternos como pré-eclâmpsia, hipotensão, diabetes, cesariana anterior, gravidez pós-termo; rotura de membranas prolongada; TP induzido; hemorragia antepartum;

problemas fetais como restrição crescimento fetal, prematuridade, oligohidrâmnios, gestações múltiplas, líquido amniótico com mecônio, apresentação pélvica; TP com analgesia por via epidural e ocitocina; febre durante o TP e hemorragia vaginal no TP (Royal College Obstetricians and Gynaecologists, 2001). Portanto, a cardiotocografia contínua durante o TP não deve ser utilizada de forma rotineira e universal, reservando-se às situações supracitadas (NICE, 2017).

As recomendações atuais de vigilância do TP de baixo risco implicam a auscultação intermitente no primeiro período do TP durante 60 segundos a cada 15 minutos, e no segundo período a cada cinco minutos, ou após cada contração durante pelo menos um minuto, a cada 15 minutos. Durante a contração, pode ocorrer uma diminuição da FCF pela compressão da cabeça do feto, pela compressão do cordão umbilical e pela compressão dos vasos miometrais interferindo no fluxo sanguíneo útero-placentário, diminuindo a oxigenação do feto (Thompson, 2011; NICE, 2017).

A diminuição da oxigenação arterial do feto pode verifica-se por desacelerações tardias que podem indicar compressão cefálica. Quanto às desacelerações variáveis podem ser indicadoras de compressão do cordão umbilical.

A cardiotocografia contínua apresenta as seguintes desvantagens: dificulta a mobilidade da grávida e as diferentes posições no TP; impossibilidade da imersão em água (estratégia não farmacológica utilizada para melhorar o conforto materno durante o TP) (Thomas, Kelly, & Kavanagh, 2001; Porto et al., 2010).

A cardiotocografia apresenta muitos parâmetros a ser mensurados, dificultando a sua interpretação. O traçado cardiotocográfico é interpretado diferentemente por observadores diferentes e até mesmo pelo mesmo observador em tempos diferentes, podendo conduzir a resultados falsos-positivos, e conseqüentemente a um parto instrumentado ou cesariana. A incidência de realização de cesarianas está associada à cardiotocografia contínua (Thomas, Kelly, & Kavanagh, 2001).

Neste estágio, deparámo-nos com a utilização da cardiotocografia contínua durante o TP de forma rotineira, tanto em gravidezes de alto risco como de baixo risco. Todavia, nas grávidas que estavam na fase latente do TP, apresentando um registo cardiotocográfico com padrão tranquilizador, interrompia-se a monitorização e incentivávamos a deambulação.

Também nos deparámos com traçados cardiotocográficos sugestivos de diminuição de oxigénio no feto, como bradicardia fetal, após o procedimento analgesia epidural,

desacelerações variáveis, prolongadas e tardias por compressão cefálica e cordão umbilical (circulares do cordão umbilical no pescoço do RN) e taquicardia sustentada por hipertermia materna.

Desde o momento que a parturiente ficava internada no serviço, em fase ativa do TP, esta permanecia em restrição alimentar, apenas com indicação para ingerir água.

Para as parturientes que estão na fase inicial do TP e desejam comer, o jejum obrigatório pode causar uma progressão insatisfatória, recaindo na cascata de intervenções que culminam em uma cesariana (Enkin et al., 2005). A recomendação de jejum e a preocupação excessiva dos profissionais com a restrição alimentar deve-se ao risco de aspiração do conteúdo gástrico, caso a parturiente venha a regurgitar durante um procedimento anestésico; ou à necessidade de a qualquer momento do TP, a parturiente necessitar de intervenção cirúrgica, probabilidade de cesariana ou anestesia geral. Porém, evidências apontam que o risco de aspiração está diretamente associado ao uso de anestesia geral no parto, que atualmente é muito baixo, além dos cuidados do profissional que administra a anestesia (Porto et al., 2010; Mouta & Progianti, 2009).

Durante o TP, o gasto de energia é o equivalente ao exercício físico moderado contínuo e, no caso do TP prolongado associado ao jejum, há o aumento progressivo de cetonas na urina (Mouta & Progianti, 2009). De acordo com NICE (2017), a adoção de uma dieta leve e a hidratação, para repor as fontes de energia requeridas no TP, previnem a desidratação e a cetose, garantindo o bem-estar da mulher. Portanto, a oferta de líquidos e alimentos leves, por via oral, à parturiente, respeitando o seu desejo, além de não interferir no desenvolvimento do TP e do parto pode ser benéfica.

Durante o estágio, as parturientes com baixo risco de complicações e que se encontravam na fase latente do TP, podiam ter uma dieta ligeira, pelo que foram fornecidos água, chá e bolachas. No entanto, observou-se que as mulheres não entendiam os motivos para efetuarem ou não o jejum, pois os profissionais não se detêm a dar explicações, daí a intervenção de enfermagem explicar a necessidade de jejum segundo cada caso. Por outro lado, considerando que a experiência de a parturiente se alimentar durante o TP é uma prática recente no nosso meio, há ainda insegurança nas mulheres de que isso possa trazer alguma complicação. A incorporação das justificações dadas pelos profissionais para a necessidade de jejum, em experiências anteriores, é, também, um dos fatores que levam as mulheres a recusarem a alimentação oferecida.

A maioria das parturientes tinha uma perfusão de soro glicosado polieletrólítico a 125 ml/h, no entanto a OMS (2015a) não recomenda a administração rotineira de fluidos intravenosos porque não têm benefícios, interfere na mobilidade da mulher e torna-se uma sobrecarga nos fluidos maternos. De acordo com Porto et al. (2010), a perfusão de soros só deve ser administrada em indicações específicas como uso de analgesia, hipotensão ou situações de emergência.

Quanto à analgesia epidural, Olsen (2017) referem que o American College of Obstetrician and Gynecologists recomenda a administração de analgesia epidural assim que a grávida o deseje, independentemente do estadio de TP.

A grávida era questionada sobre a vontade de realizar analgesia por via epidural. A administração da analgesia epidural, durante a nossa prática clínica, era oferecida a todas as mulheres em TP que apresentassem dor e dificuldade no controlo da dor, mesmo que não se encontrassem na fase ativa do TP. No entanto, esta questão, quando realizada no acolhimento, podia induzir a mulher para a realizar, mesmo que não fizesse parte do seu plano de parto. Esta pergunta, por vezes, era formulada pelos profissionais de saúde com o intuito de conseguir a presença do anestesista, atempadamente, e haver tempo para preparar o material para a intervenção.

Explicávamos todo o procedimento à parturiente e informávamos os efeitos secundários que a analgesia epidural pode provocar na mulher, tais como: vómitos, náuseas, tremores intensos, aumento da temperatura, perda ou diminuição da função motora e sensitiva, retenção urinária, hipotensão materna e alterações da FCF (NICE, 2017). Estes efeitos secundários verificaram-se em algumas mulheres, principalmente vómitos e diminuição da força nos membros inferiores. Assim sendo, sempre que solicitada a analgesia via epidural, a parturiente ficava no Bloco de Partos para que, após a administração da analgesia, tivéssemos uma maior vigilância da parturiente e do feto; o anestesista era contactado, preparávamos o material e posicionávamos a parturiente, colaborando no procedimento. No final, a grávida ficava limitada na liberdade de movimentos e deambulação, pois nos primeiros 15 minutos monitorizávamos a TA de 5 em 5 minutos e realizávamos continuamente a monitorização do bem-estar fetal com recurso a cardiotocografia, conforme as recomendações da NICE (2017).

Os EESMO habitualmente identificam e eliminam as fontes de desconforto que poderão afetar a parturiente. Contudo, durante o TP existem situações em que o desconforto não pode ser evitado, como por exemplo o facto de a mulher ter que passar pela experiência de

dor resultante da CU. Porém existem métodos para alívio da dor, farmacológicos ou não, que podem ser utilizados e ensinados (Frello & Carraro, 2010).

A “dor do TP”, ao contrário de outras experiências dolorosas, agudas e crônicas, não está associada a patologia, mas sim com a experiência de gerar uma nova vida. No entanto, algumas mulheres consideram que é a pior dor sentida e, muitas vezes, superior ao que esperavam. A “dor” de TP está, inevitavelmente, frequentemente presente nos processos de Enfermagem relativos às parturientes assistidas. Graça et al. (2010) referem que o limiar de dor difere de mulher para mulher, sendo que a resposta comportamental à dor é, muitas vezes, influenciada pela dimensão emocional e ambiental na qual a mulher se insere, tal como a forma como a grávida percebe e interpreta o processo do TP. O comportamento da mulher no TP não deve ser considerado parâmetro para avaliar a dor, pois existem mulheres que controlam as suas emoções, para que não pareçam descontroladas (Pereira, Franco, & Blandin, 2011). A dor sentida pela mulher é fortemente influenciável por fatores comportamentais, temperamentais, culturais, orgânicos e stress (Nilsen, Sabatino & Lopes, 2011).

Deve-se respeitar a escolha da mulher e oferecer os recursos disponíveis para a ajudar no alívio da dor e promover o conforto (Nilsen et al., 2011). Neste sentido, torna-se importante desenvolver ações que possam diminuir o nível de stress e ansiedade da mulher durante o TP, e promover o alívio da dor contribuindo para o seu bem-estar físico e emocional.

Tal como é possível verificar nos estudos de Mafetoni e Shimo (2014), a dor durante a evolução do TP é um sintoma comum a todas as mulheres e antecede o período expulsivo, sendo diferente de quaisquer outras experiências dolorosas vividas pela mulher.

O EESMO deve informar previamente sobre os benefícios e potenciais riscos e benefícios de cada método farmacológico/não farmacológico, e caberá à mulher em TP decidir utilizá-los ou não para o alívio da dor; sendo que é importante que o EESMO seja capaz de diagnosticar necessidades físicas e emocionais da gestante durante o TP, conduzindo a um cuidar individualizado (Silva, Oliveira, Silva, & Santos, 2013).

Os métodos não farmacológicos têm como objetivo diminuir o stress fisiológico e aumentar o grau de satisfação da futura mãe. De todos os métodos existentes, podemos mencionar técnicas de respiração e o relaxamento muscular como os mais usados, tanto pela sua simplicidade, como por permitirem uma participação ativa da parturiente (Silva et al., 2013).

No decorrer do estágio foi possível a vivência de uma experiência deste tipo: uso de métodos não farmacológicos, gestão de stresse e de ansiedade no que diz respeito à parturiente e ao futuro pai.

A literatura refere que a dor vai variando de acordo com o estadio em que a grávida se encontra, sendo que no primeiro estadio do TP a dor é causada pelas CU, pela dilatação do colo e distensão do segmento inferior, havendo sinapses e conexões com outras fibras ascendentes e descendentes (Graça, 2010).

Já no que diz respeito ao segundo estadio do TP, a dor resulta da junção a estes estímulos da compressão da apresentação fetal sobre as estruturas pélvicas, da distensão do períneo pela tração na saída do feto, do estiramento das fáscias e dos tecidos subcutâneos, e da compressão sobre os músculos esqueléticos e a aponevrose da zona perineal. Estes estímulos chegam à espinal medula, através do nervo pudendo, introduzindo-se no sacro ao nível da S2, S3 e S4 (Graça, 2010).

Aquando o internamento da grávida, o enfermeiro deve questionar o casal sobre quais são os seus desejos para o plano de parto, para compreender quais os cuidados de Enfermagem que os mesmos pretendem e a forma como queriam que eles se desenrolassem ao longo do TP e parto.

Existem diversos métodos farmacológicos que podem ser usados, como por exemplo a deambulação, sendo um método terapêutico capaz de acelerar o TP, facilitado pela posição verticalizada e pelo efeito favorável da gravidade, que associada à mobilidade pélvica aumenta a velocidade da dilatação cervical e da descida fetal. A variedade de posição é uma prática que deve ser incentivada durante o TP, pois a parturiente troca de posição e pode mover-se de acordo com sua necessidade, adotando um posicionamento confortável quando surgem as contrações (Silva et al., 2013).

Numa primeira fase do TP, a futura mãe, seja qual for a posição que mantenha, é normal que sinta com maior intensidade dores na região abdominal e lombar (Mamede, Almeida & Clapis, 2004). Adotar posições alternadas durante o TP favorece a dilatação cervical, promove o alívio da dor durante as contrações e facilita a descida fetal. O EESMO deve então incentivar a variação de posições entre sentada, decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios e em pé, entre outras (Silva et al., 2013).

Mafetoni e Shimo (2014) referem, no seu estudo, que as parturientes que deambularam nas primeiras três horas da fase ativa do TP tiveram uma redução do número de horas em TP.

Isto levou os autores a concluírem que a maior influência da deambulação ocorre nas primeiras três horas de TP, e quanto mais as mulheres deambularem nesta fase, maiores serão os benefícios. A movimentação e deambulação foram benéficas e contribuíram para o alívio da dor e para a progressão do TP.

A adesão ou não à deambulação durante o TP poderá estar diretamente relacionada com o suporte, tanto por parte dos profissionais de saúde como pelo apoio que pode ser dedicado pelo acompanhante da parturiente (Mafetoni & Shimo, 2014).

A música também pode ajudar para uma melhoria da sensação de relaxamento e segurança da pessoa. A música está presente em vários rituais importantes na vida do homem. Existem melodias próprias para diferentes ocasiões, a música é encontrada em todas as culturas do mundo, desde as civilizações mais ricas até às mais pobres, desprovidas de tecnologia. É também considerada uma ciência, a musicoterapia, que estuda os efeitos terapêuticos nos seres humanos. Neste estágio, houve um casal que levou uma seleção de músicas, no telemóvel, do seu agrado para serem reproduzidas, e que consideraram que lhes pudessem transmitir calma e segurança, questionando se podiam colocar durante o TP. A grávida ficou mais relaxada e mais concentrada na realização de exercícios de respiração.

A massagem é também um método, não farmacológico, de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos. No TP, a massagem proporciona conforto, analgesia e alivia a dor, além de promover vínculo entre o casal, ou o profissional e a parturiente (Mafetoni e Shimo, 2014). A massagem é ótima para envolver o acompanhante durante o TP e pode ser utilizada em qualquer altura, pois trata-se de uma técnica simples, sem custos e que não tem efeitos colaterais na parturiente, tendo sido por isso, muitas vezes, incentivada a sua realização (Silva, Costa, & Pereira, 2011).

Este facto realça a importância de o acompanhante ser escolhido durante a gravidez para que seja uma escolha ponderada e se traduza numa pessoa com a qual exista intimidade e confiança suficientes para partilhar este momento único e marcante da vida da mulher.

Mafetoni e Shimo (2014), após a revisão de dois estudos, concluíram que a utilização desta técnica, após os seis centímetros de dilatação cervical, é eficaz na diminuição da dor.

Um outro método que se associa facilmente aos restantes é a técnica respiratória. Um estudo descrito por Mafetoni e Shimo (2014), demonstrou que 47,7% das mulheres em fase ativa do TP, que utilizaram a técnica respiratória, consideraram que proporcionou alívio da dor,

enquanto 53,9% referiram que lhes proporcionou tranquilidade, e apenas 23,5% relataram que sentiram aumento da tolerância à dor.

Uma outra prática alternativa é a aromaterapia, baseada no poder das plantas e através dos seus óleos essenciais específicos, na evolução no TP e alívio da dor. Os óleos essenciais utilizados podem ser absorvidos por inalação ou por aplicação tópica na pele. Na prática do escalda-pés, também são utilizadas algumas gotas do óleo essencial jasmim e lavanda diluídos na água com o propósito de inalação para redução da dor (Silva et al., 2011). A aromaterapia foi utilizada com dois casais, através de um difusor, por nossa iniciativa, com o objetivo de aumentar o relaxamento na mulher e ter maior controlo durante as contrações. O óleo essencial utilizado foi a lavanda. Os casais referiram que gostaram bastante do aroma e que acabaram por se distrair e relaxar um pouco na 1ª fase do TP.

Outro método não farmacológico é o banho de chuveiro, que reduz a ansiedade e alivia a dor no TP, promovendo o relaxamento. O banho quente estimula os termorreceptores da epiderme, alcançando o sistema nervoso central e bloqueando a percepção da dor. O calor da água aumenta a circulação sanguínea, diminuindo o stresse provocado pelas contrações. A hidroterapia poderá ser também uma alternativa que consiste em submergir o corpo em água quente, seja numa piscina, banheira ou no chuveiro. Esta é uma medida que, geralmente, promove conforto e relaxamento durante o TP (Silva et al., 2011).

Ao longo do estágio, embora houvesse recursos para recorrer a esta técnica, não houve vontade da grávida, pelo que não aplicámos este método.

No geral, as mulheres que recorrem a métodos alternativos, no caso de o TP estar lento, acabam por recorrer à analgesia epidural. No entanto, caso se tratasse de um parto mais rápido, provavelmente não iriam precisar de recorrer a métodos farmacológicos. Mafetoni e Shimo (2014) relatam que as parturientes que utilizam estes métodos, não farmacológicos, para o alívio da dor sentem o seu efeito, e pedem mais tardiamente analgesia farmacológica, bem como aumenta o intervalo entre tomas de medicação.

Quando a parturiente não consegue um controlo da dor com recurso a métodos não farmacológicos, ou estes não fazem parte do seu plano de parto, recorre à analgesia por via epidural. Uma das grandes questões relacionadas com esta analgesia é o momento para a colocação e utilização do cateter epidural. Como já mencionado, quando estamos perante um TP mais rápido, muitas vezes, os métodos não farmacológicos são suficientes. Pelo contrário, se estivermos perante um TP mais lento as futuras mães acabam por solicitar a analgesia epidural.

Um estudo realizado por Costa (2014) demonstra que existe uma maior incidência de partos distócicos por cesariana quando a primeira administração de analgesia por via epidural é efetuada com uma dilatação do colo uterino inferior a três centímetros, comparando com as mulheres que a realizaram após esta dilatação cervical. Para além de aumentar a incidência de cesarianas, aumenta também o número de horas do TP.

O acompanhante, durante o TP, embora não seja visto como um método não farmacológico de alívio da dor, pode ser visto como um fator facilitador. Após a recomendação da OMS em 1995, para o parto humanizado, a presença de um acompanhante durante todo o TP foi permitida e aconselhada, podendo essa pessoa ser o companheiro/a, ou um familiar, ou até mesmo um amigo/a. É um direito contemplado na legislação portuguesa (regulado pela lei 15/2004), mas nem sempre respeitado. Durante o estágio, a vontade da parturiente de ter um acompanhante foi sempre respeitada durante o TP e/ou durante o parto (Teles et al., 2010). A presença da pessoa escolhida pela parturiente durante o processo do parto contribui claramente para um apoio mais contínuo. Este pode levar a um aumento do bem-estar físico e emocional da mulher e favorece uma boa transição para o período puerperal, já para não mencionar o conseqüente aumento do sentimento de segurança que pode levar a uma diminuição de dificuldades e complicações durante o processo de parir, utilização de analgesia, ocitocina e diminuição do tempo de internamento.

Apesar da evidente importância da pessoa que acompanha a parturiente, nem sempre a sua companhia é agradável, querida e benéfica para a parturiente (Teles et al., 2010). Esta situação aconteceu durante a realização deste estágio, com uma parturiente jovem, com 18 anos, e o seu namorado. Foi difícil comunicar com a grávida que estava recorrentemente ao telemóvel. Entre este “casal” nunca existiu um ato de ternura e afeto, nunca tiveram uma troca de palavras, pois encontravam-se, mutuamente, a usar os seus telemóveis. A parturiente não foi proativa durante o TP e, muito menos, aceitava as intervenções. Aquando do nascimento do filho, o acompanhante não teceu qualquer comentário, não se observou felicidade em nenhum dos intervenientes. O pai não se levantou para ver o filho e apenas telefonou a alguém para que o pudesse vir buscar, pois, o filho tinha acabado de nascer. A jovem mãe estava emocionada, mas não se sentiu que fosse de uma forma feliz, pois estava sozinha. Considera-se que este é um excelente exemplo de um acompanhante que não foi um elemento facilitador neste processo e, inclusivamente, dificultou a nossa ligação com a parturiente. Nestes casos, torna-se ainda mais importante que a parturiente tenha conhecimento que esta é uma opção dela, e que poderá contar sempre com a companhia enfermeiros que a irão acompanhar durante todo o processo.

No estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa realizado por Teles et al. (2010) concluíram que a maioria dos acompanhantes era do sexo feminino, cerca de 80%, na maioria mães. Apenas 33,4% escolheram ser acompanhadas pelo pai da criança. Relativamente à participação dos acompanhantes, cerca de 9,5% das mulheres consideraram que o companheiro não participou ativamente no TP, 63,5% referem que estes foram uma importante fonte de apoio emocional, embora sem conhecimentos sobre alívio da dor, e apenas 22% consideraram que o acompanhante as apoiou na plenitude das suas necessidades.

O EESMO surge aqui como uma peça importante, senão fundamental, no processo de humanização do TP e nascimento e do cuidado em geral à parturiente e RN. Assim sendo, a formação dos enfermeiros cada vez é mais exigente e completa em termos teóricos, contudo não deixam de sobressair algumas debilidades na sua prática, relacionadas com os cuidados integrais de qualidade, humanizada e menos intervencionada.

Desde o momento da admissão deve ser adotada uma postura profissional e empática na abordagem à mulher/casal e preconizámos um atendimento individualizado, de modo a promover o conforto, o respeito, o apoio, a segurança física e emocional e a confiança para que a mulher se sentisse segura, envolvida e integrada quer no serviço, quer no seu próprio TP, mostrando-nos disponíveis para facultar informações e explicações sempre que necessário, promovendo a tomada de decisão informada, e facilitando o processo de transição.

O EESMO tem responsabilidade na promoção da saúde da mulher durante todo o seu ciclo vital, desde a gravidez até ao puerpério, educando para a saúde e assistindo no momento de parir. Este tipo de assistência requer investimento e mudanças na formação, de forma a superar o modelo biomédico que sustenta o processo de medicalização do TP (Velasque, Cabral & Pradebon, 2011).

Pode dizer-se que o médico é aqui um pouco afastado, no entanto, este processo não deve ser encarado como um processo de exclusão do médico no campo da obstetrícia, mas sim como uma modificação de atitude no relacionamento entre a díade profissionais de saúde-parturiente. Este processo consiste na eliminação do raciocínio biomédico como a única possibilidade de entender o processo de parir, oferecendo às mulheres outras opções e direito à escolha (Amorim, Araújo, Severiano, & Davi, 2012). Segundo Malheiros et al. (2012), os EESMO têm uma formação um pouco diferente, uma vez que esta visa intervenções voltadas para o respeito ao parto fisiológico.

Pessoalmente, no que respeita estágio, foi possível verificar que as grávidas, sempre que possível, eram acompanhadas, geralmente, pelos EESMO em todas as fases de TP, verificando-se que as mulheres tinham uma postura mais segura e confiante no que diz respeito aos procedimentos a que podiam vir a ser submetidas, e tinham maior probabilidade de iniciar com sucesso o aleitamento materno e menor duração de hospitalização do RN (Velasque et al., 2011).

Às parturientes que apresentam um TP de baixo risco e que são assistidas por EESMO estão associados modelos de cuidados com menos intervenções, menor taxa de episiotomia e de parto instrumentado e, o mais importante, uma sensação, nas parturientes, de maior controlo do parto (Velasque et al., 2011).

De acordo com Velho et al. (2010), o parto deve ter o menor número de intervenções que seja possível, e no caso de ser preciso alguma intervenção, esta deve ser justificada por sinais e sintomas.

Durante todo o estágio existiu sempre um grande incentivo de olhar para a mulher como um todo, que deve ter direito às suas próprias escolhas, esclarecimentos e opiniões, havendo sempre o cuidado de proporcionar um ambiente seguro (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2009]).

2.2. Início do trabalho de parto

Os diagnósticos de enfermagem identificados foram “TP presente” ou “oportunidade de TP”. No diagnóstico de TP permanece um problema, na área da obstetrícia, porque os critérios utilizados para o diagnosticar nunca foram cientificamente avaliados. As diretrizes identificam os sinais de início de TP como a presença de contrações uterinas (CU), pelo menos de quinze em quinze minutos, contrações dolorosas, reguladas e sustentadas, juntamente com um destes parâmetros: extinção do colo uterino, dilatação cervical de pelo menos três centímetros ou rotura espontânea de membranas amnióticas (Porto et al., 2010).

De acordo com Machado (2005), a primeira fase do TP inicia-se com a presença de CU que provocam um aumento da pressão hidrostática intra-amniótica que, enquanto as membranas estiveram intactas, confere pressão ao segmento inferior. Quando há a rotura

das membranas é a apresentação fetal que exerce pressão, contribuindo para a dilatação e extinção do colo uterino.

A extinção do colo uterino define-se quando existe um encurtamento, devido à contratilidade uterina do miométrio durante as últimas semanas da gravidez e na fase latente do TP (Machado, 2005).

Quanto à dilatação do colo uterino compreende-se entre um e dez centímetros. Considera-se a dilatação do colo uterino completa quando deixa de ser possível tocar tecido do colo diante da apresentação, o que ocorre quando o diâmetro do canal atingiu os dez centímetros (Machado, 2005).

O TP começa com CU irregulares de intensidade variável; essas contrações parecem amolecer (amadurecer) o colo, que começa a apagar e dilatar. À medida que o parto se desenvolve, aumentam a duração, intensidade e frequência das CU (Machado, 2005).

Muitas mulheres recorriam ao serviço de urgência com falso TP, e explicávamos que, o TP em geral começa dentro de 2 semanas (antes ou depois) da data prevista para o parto, pelo que, o corpo da grávida evidencia sinais prodrômicos, tais como: contrações de Braxton-Hicks, contrações irregulares e de breve duração, mas que não provocam dilatação; a insinuação, que ocorre cerca de duas semanas antes do parto, ocorre a progressão da apresentação para a pequena bacia, havendo alterações na forma do abdómen, o que leva a uma diminuição da distância sínfise-fundo uterino; pode surgir dor lombar, devido ao relaxamento das articulações pélvicas; aumento da secreção vaginal, podendo ocorrer a eliminação do rolhão mucoso (pequena quantidade de sangue com muco que sai do colo, que pode preceder o início do TP em até 72 h. É diferenciado do sangramento vaginal anormal, pois há menos sangue. Por vezes, a mulher não se apercebe da perda do rolhão; o amadurecimento cervical, o colo uterino fica amolecido e extinto; aumento da frequência urinária, devido à pressão da apresentação fetal sobre a bexiga e ocorre também frequentemente a sensação de aumento de energia, devido a alterações eletrolíticas, alterações nos níveis de estrogénios e progesterona (Lowdermilk et al., 2013; Graça, 2010; Montenegro & Rezende Filho, 2014).

O internamento hospitalar de uma parturiente só deve acontecer quando está estabelecida a fase ativa do TP, de modo a que sejam evitadas intervenções obstétricas desnecessárias. Informámos a grávida sobre os sinais e sintomas que implicam recorrer ao serviço de urgência, tais como: hemorragia vaginal significativa, diminuição dos MF, contrações rítmicas, de cinco em cinco minutos e saída de líquido amniótico.

No momento do internamento da parturiente o registo da evolução do TP era efetuado no SClínico, sistema informático, e era preenchido o partograma, em papel, que se revela um método útil para a avaliação do progresso do TP. O uso do partograma permite acompanhar a evolução do TP (dilatação e extinção do colo, descida da apresentação, integridade das membranas e contratilidade uterina, FCF), documentando-o, permitindo diagnosticar alterações e orientando a tomada de decisões para correção de desvios e, assim, evitar intervenções desnecessárias. Há, no entanto, algumas dúvidas sobre este método, por assumir que todas as parturientes têm que ter uma evolução similar do TP, quando existe a possibilidade de variações em função de condições raciais, socioeconómicas e culturais e, como tal, o uso do partograma poderá levar a intervenções desnecessárias (Porto et al., 2010).

Devemos ter em consideração que a evolução do TP varia de parturiente para parturiente, no entanto, através da comparação de partogramas, percebeu-se que as mulheres têm uma evolução do parto bastante semelhante no que respeita ao tempo, e quando alguma foge à regra considera-se necessário intervir. Porém, em contexto de assistência ao parto a sensibilidade permitia compreender que cada mulher é única, bem como cada TP, pelo que nem sempre se justificavam intervenções desnecessárias, contudo este exercício requer prática e confiança do profissional (Porto et al., 2010).

2.2.1. Períodos do trabalho de parto

Começámos por abordar o TP e o conceito em si, e de acordo com o ICN (2017), o TP pode ser visto como um evento bastante complexo para a mulher e que envolve processos corporais perinatais, iniciando-se com a dilatação do colo uterino e terminando com a expulsão da placenta. Pode ser igualmente complexo para o homem, mas a um nível mais psicológico, enquanto que para a mulher há um envolvimento tanto físico como psicológico.

O TP consiste num conjunto de fenómenos fisiológicos, que podem ser induzidos ou acontecer de forma espontânea e que conduzem à deslocação do feto, das membranas amnióticas, do líquido amniótico e da placenta, e do útero. O TP é o culminar de uma série de alterações tanto no útero como no colo uterino, de origem endócrina originadas pela mãe e pelo feto (Fatia & Tinoco, 2016). Por outras palavras, TP pode entender-se como o conjunto de fenómenos fisiológicos que promovem a dilatação do colo uterino, a progressão do feto

no canal de parto e a sua expulsão, dando término à gravidez (Lowdermilk et al., 2013; Graça, 2010; Montenegro & Rezende Filho, 2014).

O internamento hospitalar somente deve ocorrer quando estabelecida a fase ativa do TP, como já mencionado ao longo do presente trabalho, de modo a reduzir o número de intervenções desnecessárias, tal como estar menos tempo na sala das expectantes, uma menor possibilidade de receber ocitócicos intraparto e analgesia epidural, resultando assim numa menor duração do segundo estadió do TP sem afetar desfavoravelmente o prognóstico perinatal.

Quando a mulher entrava em TP e a dilatação atingia os 3/4 centímetros transferíamos a parturiente para uma das salas de partos, o que permitia uma maior intimidade e privacidade entre o casal.

Na admissão da mulher para internamento, procedíamos à nossa apresentação, apresentávamos a unidade, nomeadamente o quarto e a casa de banho que era atribuído à utente. No local de estágio existiam alguns procedimentos de rotina. A parturiente vestia uma roupa confortável, pelo que era norma da instituição disponibilizar uma bata para usar durante o TP. Era também norma do serviço, colocar um acesso venoso para perfundir a soros prescritos e monitorizar por CTG. Estas práticas eram efetuadas por rotina, o que vai contra as recomendações da OMS (2015a).

Estes procedimentos, como todos os outros, apenas deveriam ser realizados com o consentimento da grávida, no entanto, a grávida não era questionada sobre qual a sua vontade.

Existem outros procedimentos que são rotina de outros locais de parto, mas que não foram realizados neste local de estágio, como a realização de tricotomia e clister de limpeza intestinal. Ambos são desaconselhados, pois não trazem benefícios. A tricotomia pode aumentar o risco de infeção, por tornar a pele mais frágil, danificada e menos eficaz no seu papel de barreira aos microrganismos. Quanto à limpeza intestinal com clister, só deve ser realizada se fizer sentido para a mulher. Esta prática provoca o esvaziamento do reto e diminui a probabilidade de evacuar no parto. Por ser desconfortável e não haver benefícios para a mulher (não diminui o risco de infeção), em cada vez menos locais se realiza esta prática por rotina (OMS, 2015). Sobre estes dois procedimentos, a grávida era questionada se pretendia realizar, mas foram rejeitados pela maioria das mulheres por serem desconfortáveis.

Durante a gravidez, o colo do útero mantém-se fechado. Para o bebé nascer, o colo precisa dilatar até alcançar 10 centímetros (dilatação cervical).

O exame vaginal é uma manobra invasiva, procedimento realizado com o intuito de avaliar a progressão do TP. Este era realizado na admissão para verificar se a grávida já se encontra na fase ativa do TP ou se na fase latente, beneficiando por não ficar já internada. É nesta altura que por vezes é feito o descolamento de membranas, nem sempre com aviso prévio. É realizado também quando a mulher era internada no Bloco de Partos ou se encontrava no quarto de expectantes, verificando o estado da bolsa amniótica, presença de perdas vaginais, como sangue ou líquido amniótico (coloração e cheiro), as características do colo uterino quanto à dilatação, extinção e posição, a progressão do feto através dos planos de Hodge e a sua apresentação, variedade, posição, situação e atitude aquando da rutura das membranas. Era realizado, também, antes da execução de algum procedimento como a amniotomia, ou a colocação de cateter epidural, dor ou desconforto diferente do habitual (pressão na região perineal ou vontade de fazer esforços expulsivos) e sempre que existiam alterações do traçado CTG (Downe, Gyte, Dahlen, Singata, 2013).

Não existe consenso relativamente aos intervalos para o exame vaginal. No local de estágio, realizávamos de acordo com os parâmetros descritos anteriormente e a evolução do TP.

Os exames vaginais tornaram-se uma intervenção rotineira para avaliar a evolução do TP (Downe, Gyte, Dahlen, Singata, 2013). Segundo a OMS (2015a), não havendo nenhuma intercorrência no TP, para avaliação da progressão de TP, na fase latente, o exame vaginal deve ser realizado em intervalos de 4 em 4 horas e durante a fase ativa de 2 em 2 horas, e não a cada hora como é hábito em algumas instituições. É possível realizar partos sem efetuar exame vaginal. Além deste, existem outras formas de avaliar a progressão do TP, como a capacidade de conversação da parturiente, o seu comportamento, o tom de voz, as vocalizações ou a descida fetal, localizando-se o foco de auscultação.

Não existe evidência científica que justifique ou contraindique este procedimento no que toca à sua frequência e eficácia. Na pesquisa realizada por Downe, Gyte, Dahlen & Singata (2013) não houve diferença na duração do TP entre os grupos submetidos a exame vaginal a cada quatro horas *versus* a cada duas horas. Downe, Gyte, Dahlen & Singata (2013) descrevem que para a maioria das mulheres o exame vaginal é desconfortável ou doloroso e invasivo e está associado ao aumento do risco de infeção, hemorragia, rutura das membranas

e traumatismo dos tecidos, pelo que é importante saber se há boas evidências que apoiem sua realização.

Porém, por vezes, é a própria grávida que se sente mais confiante se forem realizados toques vaginais com frequência. Assim, é realizado com mais frequência para tranquilizar a mulher e os profissionais de saúde de que o TP está a evoluir normalmente.

O exame vaginal é um procedimento válido quando realizado após ponderação dos riscos e dos benefícios, e realizado desde que a grávida dê o seu consentimento e após tomar conhecimento sobre o exame, o seu objetivo e os seus riscos.

O procedimento era normalmente realizado com a mulher na posição ginecológica. Após o exame informávamos a grávida/casal sobre a progressão do TP e procedia-se sempre aos cuidados de higiene perineal.

Habitualmente, o TP inicia-se espontaneamente. A maioria das mulheres admitidas no Bloco de Partos provinham do serviço de urgência, mas também admitimos mulheres transferidas da unidade de Obstetrícia grávidas de risco, devido a TP espontâneo ou necessidade de maturação cervical ou de indução do TP.

Frequentemente, as mulheres internadas encontravam-se no primeiro estadio de TP que é caracterizado pela dilatação e extinção do colo uterino.

A CU será entendida como o endurecimento rítmico e doloroso da musculatura do segmento superior do útero, durante o TP. Ao longo do mesmo, as CU aumentam gradualmente de intensidade, diminuindo o intervalo entre elas para cerca de dois minutos e com a duração de um minuto. Estas contrações têm como principais funções: reduzir as dimensões do útero, promover a dilatação do colo do útero e facilitar a descida fetal.

A expulsão uterina compreende contrações musculares uterinas e abdominais, dolorosas, facilitadoras da expulsão do feto, da placenta e das membranas através do canal de parto (ICN, 2017).

O TP encontra-se dividido em três estadios: o primeiro designa-se por dilatação, o segundo corresponde ao período expulsivo e, por último, o terceiro estadio designa-se por dequitação (Graça, 2010). Alguns autores (Lowdermilk et al., 2013; Porto et al., 2010; Montenegro e Rezende Filho, 2014) referem que existe, ainda, um quarto estadio, correspondente ao período de hemóstase.

O período de dilatação começa com o início das CU regulares, extinção e dilatação do colo e termina quando a dilatação está completa. De acordo com Friedman (1978 citado por Graça, 2010) e a DGS (2015a), este primeiro estadio do TP é constituído por duas fases: Na fase latente, as contrações irregulares tornam-se progressivamente coordenadas, o desconforto é mínimo e o colo apaga-se e dilata até 4 centímetros. O período latente é variável, sendo difícil precisar o tempo de duração, variando, em média 8 horas em nulíparas e 5 horas em multíparas; a duração é considerada anormal se for > 20 horas em nulíparas e > 12 horas em multíparas.

Durante a fase ativa, o colo torna-se plenamente dilatado, a mulher pode sentir necessidade de fazer força para baixo e a apresentação fetal insinua-se na pelve média. Entretanto, devem ser desencorajadas a fazer força até que o colo esteja dilatado por completo para que não lesionem o colo ou desperdicem energia. Em média, a fase ativa dura de cinco a sete horas em nulíparas e de duas a quatro horas em multíparas. Tradicionalmente, esperava-se que o cérvix dilatasse 1,2 centímetros por hora em nulíparas e 1,5 centímetros por hora em multíparas. No entanto, a progressão mais lenta da dilatação cervical de quatro a seis centímetros pode ser normal (ACOG, 2014).

A ACOG (2014) menciona que a fase ativa do TP parece iniciar-se aos seis centímetros e terminar aos oito centímetros, existindo uma fase de transição (presença de CU rítmicas, com dilatação entre os seis e os dez centímetros); quanto à progressão do TP, pode demorar até seis horas a dilatar de quatro para cinco centímetros, e cerca de três horas a progredir de cinco para seis centímetros.

Até aos seis centímetros as multíparas têm progressão similar à das nulíparas e, após os seis centímetros, as multíparas têm progressão mais rápida. Para as nulíparas, o segundo estadio do TP pode durar até três horas e meia, com epidural, sendo que nas multíparas essa progressão é mais rápida (ACOG, 2014).

A falta de progresso da dilatação e a descida da apresentação podem indicar distocia (desproporção cefalopélvica). Caso a dilatação do colo não esteja a evoluir, há outros indicadores que nos mostram se está a acontecer alguma evolução, tal como a posição do feto, se está a rodar como é esperado e se está a descer pela pélvis da mãe. Também é importante perceber se existe algo a perturbar o desenrolar do TP e como melhorar as condições do ambiente para o tornar mais propício. Sabemos que se as mulheres se sentirem inseguras e assustadas, há a libertação de adrenalina que dificulta a evolução do TP (ACOG, 2014).

Nesta fase encorajamos a parturiente a urinar espontaneamente pelo menos de duas em duas horas, uma vez que a bexiga distendida pode impedir a descida da apresentação, diminuir as contrações uterinas ou diminuir o tónus da bexiga (NICE, 2017).

Desde que não exista evidência de mal-estar fetal, é lícito tentar meios não farmacológicos para ajudar ao normal desenrolar do TP: criar um ambiente acolhedor e motivador, caminhar, mudar de posição adotando preferencialmente posições verticalizadas, aplicação de calor ou frio, massagens, etc (ACOG, 2014).

Esta fase divide-se na fase de aceleração, fase de declive máximo e fase de desaceleração. A indução e a aceleração do TP podem ter um efeito de “bola de neve” e desencadear outras intervenções, como por exemplo a epidural, a aplicação de fórceps ou ventosa no parto, a cesariana, ou interferir com o bem-estar do bebé. Assim, deve-se ponderar a necessidade do seu uso e avaliar se os benefícios superam os riscos (Graça, 2010).

Para induzir ou acelerar o TP efetuam-se alguns procedimentos mecânicos ou químicos, tais como: descolamento de membranas, amniotomia, maturação cervical e utilização de ocitocina sintética. Todos estes procedimentos devem ter uma fundamentação e devem ser avaliados e ponderados os riscos e os benefícios para perceber se os últimos superam os primeiros. De acordo com Souza, Sakita, Lopes, Ferreira, Mohamed e Souza (2013) não existe um método ideal de indução do TP.

O descolamento das membranas consiste em descolar as membranas da bolsa amniótica na zona do colo do útero, durante o exame vaginal. Este procedimento, geralmente, provoca um aumento da frequência de CU, nas horas seguintes, e poderá fazer com que entre em TP. A maioria das grávidas sente desconforto ou dor durante a sua realização. Além disso, existem riscos, como o romper a bolsa amniótica, provocar hemorragia vaginal e aumentar o risco de infeção.

Alguns profissionais referem-se a este procedimento como “toque maldoso” ou “vou só dar aqui uma ajudinha”.

Ocasionalmente, as membranas (amniótica e coriónica) rompem-se antes do TP começar e o líquido amniótico sai pelo colo e vagina. A rutura das membranas, em qualquer fase antes do início do TP, é chamada rutura prematura das membranas.

Quanto à amniotomia, rutura artificial da bolsa de água, era uma intervenção utilizada com frequência no serviço e, segundo a OMS (2015a), é o procedimento recomendado para TP prolongado confirmado, induz contrações do útero e, desta forma, pode ser induzido ou

acelerado o parto. Smyth, Markham, e Dowswell (2013) referem que apenas se deve realizar a amniotomia quando estão presentes os seguintes critérios: TP em fase ativa, apresentação fetal bem apoiada, dilatação superior a 5 centímetros, CTG tranquilizador e a inexistência de contra-indicações maternas e fetais. Este procedimento aumenta o risco de infecção durante o TP e é mais provável acontecer o prolapso do cordão umbilical do que quando a bolsa rompe espontaneamente (situação rara, mas que constitui uma emergência obstétrica). Segundo a OMS (2015a) são consideradas contra-indicações as gravidezes de alto risco, como no caso de PPT, HIV positivo, gravidez múltipla, HTA e DG, pelo que a realização da amniotomia era evitada.

Antes de realizarmos a amniotomia, o procedimento era explicado à parturiente/casal de forma a obter o consentimento informado. Iniciava-se o procedimento pelo exame cervical utilizando técnica asséptica e verificando os critérios supramencionados. De seguida, introduzia a pinça de Herff entre os dedos e realizava movimentos circulares para romper as membranas. Para evitar o prolapso do cordão umbilical segurava a apresentação e exercia uma ligeira pressão no fundo uterino, permitindo a saída de LA (observando as suas características como cor, quantidade e cheiro para detetar precocemente líquido amniótico com mecónio) e evitar o prolapso do cordão. A hora da rotura e características do LA eram registadas.

Em todos os casos de amniotomia efetuados, o LA apresentou características normais. A presença de cor esverdeada, indicaria presença de mecónio. Este achado isolado não indica diminuição de bem-estar fetal.

A realização da CTG era antes, durante e após o procedimento com o intuito de reforçar a vigilância e prevenir complicações, uma vez que a amniotomia pode favorecer o prolapso ou a compressão do cordão umbilical, o aumento da intensidade e frequência das CU, pela libertação de prostaglandinas, ou infeções, podendo surgir nestes casos traçados suspeitos ou patológicos (OMS, 2015). Na ausência de alterações da FCF, a presença de mecónio não se traduz em diferentes resultados ao nível perinatal quando comparada com os partos com LA de características normais (Castan & Tobajas, 2013).

Durante a nossa prática clínica nunca se verificou prolapso do cordão umbilical. É uma situação rara que pode acontecer e tem que se agir imediatamente, nomeadamente realizar uma cesariana emergente. Verificou-se, no entanto, frequentemente, o aumento da intensidade e frequência das CU, reduzindo o tempo de TP e o aumento da dilatação cervical.

Verificou-se que esta prática também foi utilizada precocemente, independentemente do diagnóstico TP prolongado presente, efetuando-se rotineiramente a ruptura artificial das membranas durante a fase ativa.

O grau de maturação do colo uterino tem sido reconhecido como o fator de maior influência no sucesso da indução do TP (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2008). O índice de Bishop é um método clínico de avaliação do grau de maturação do colo uterino, que inclui cinco parâmetros: o grau de dilatação do colo uterino, a extensão, a posição e consistência do colo e o plano de descida da apresentação fetal (ACOG, 2019).

A escolha do método de indução do TP/ maturação cervical depende do estado do colo uterino, para tal, procede-se à sua avaliação através do exame vaginal, permitindo avaliar o índice de Bishop.

As condições maternas e fetais devem ser avaliadas antes de iniciar a indução do TP/ maturação cervical, para assegurar qual o procedimento mais adequado, confirmar a ausência de contraindicações e para avaliar a probabilidade de êxito na indução/ maturação.

Assim, quando a avaliação do índice Bishop é inferior ou igual a seis, é necessário o amadurecimento cervical prévio à indução. Quando o índice de Bishop é superior a seis, o método de indução escolhido é administração de ocitocina intravenosa. Se a avaliação do índice de Bishop é superior a oito, a probabilidade de parto vaginal, após a indução, é semelhante àquela após TP espontâneo (Winer, 2011; ACOG, 2009).

A necessidade de maturação cervical ou de indução do TP, segundo a DGS (2015a), deve ser avaliada caso a caso, considerando-se o estado de saúde materna e fetal, a IG, a avaliação do colo (índice de Bishop) e da pelve materna, a estimativa do peso, a apresentação fetal e os riscos que o prolongamento da gravidez acarretam para ambos, pressupondo-se que os riscos de prosseguir com a gravidez são superiores aos da maturação cervical e/ou indução do TP, tais como: gravidez não complicada que atinge as 41 semanas completas, oligoâmnios em gestação de termo, a RCI com alterações fluxométricas, a morte fetal, a pré-eclampsia, a diabetes mellitus e a isoimunização Rh (DGS, 2015a; NICE, 2008).

Existem também contraindicações absolutas para estes dois procedimentos, como a existência de cesariana anterior com incisão não segmentar, ou de duas ou mais cesarianas anteriores, uma cirurgia uterina prévia, envolvendo o miométrio, e todas as situações que contraindicam o parto vaginal (DGS, 2015a).

A indução do TP não deve ser uma opção na gravidez de baixo risco, quando apenas existe o desejo de encurtar a duração da gestação ou conveniência da parturiente/profissionais de saúde (DGS, 2015a; NICE, 2008). Para evitar complicações neonatais, sempre que possível, os procedimentos supracitados, devem ser evitados antes das 39 semanas de gestação, exceto em situações em que existam benefícios de saúde para a mãe ou para o feto (DGS, 2015a).

A indução do TP define-se como a iniciação artificial de contrações uterinas rítmicas, de forma a desencadear o TP antes do seu início espontâneo, a partir das 22 semanas de gestação, através da execução de amniotomia e recurso a fármacos como a ocitocina (DGS, 2015a).

Segundo o protocolo de serviço, a ocitocina era administrada em perfusão endovenosa, por bomba perfusora, numa diluição de 10 UI em 1000 ml de solução polieletrólítica, iniciando-se a um ritmo de perfusão de 6 ml/h, aumentando para 12 ml/h decorridos 30 minutos, para 24 ml/h decorridos 60 minutos e assim sucessivamente (DGS, 2015a).

A indução do TP com ocitocina e outros fármacos deve ser realizada com monitorização CTG contínua, pois existe o risco de hiperestimulação uterina, o que pode provocar taquissístolia e/ou hipertonia. Pode ainda comprometer a perfusão sanguínea e, conseqüentemente, a oxigenação fetal, pelo que a monitorização cardiotocográfica contínua é indispensável (ACOG, 2009; OMS, 2014).

No estágio, observámos situações de disfunção hipertónica uterina, no entanto, sem efeito na dinâmica cardíaca fetal e, como atitude preventiva, suspendemos a perfusão de ocitocina não sendo necessário iniciar tocólise.

Portanto, iniciava-se o protocolo de tocólise com 5mg de Salbutamol em 500ml de soro fisiológico a 150 ml/hora durante o máximo de 5 minutos, de acordo com a prescrição e protocolo de serviço, caso estivéssemos perante um traçado não tranquilizador ou patológico.

Este procedimento, geralmente, provoca maior desconforto à grávida do que o TP de início espontâneo, restringe a mobilidade da grávida e está associado a uma maior utilização de analgesia epidural, a uma maior taxa de partos instrumentados e de cesarianas urgentes (DGS, 2015a).

Quanto à maturação cervical, define-se como a intervenção obstétrica que tem como objetivo a preparação do colo do útero para uma posterior indução do TP, quando as

características cervicais (avaliadas pelo índice de Bishop) não são favoráveis ao sucesso da indução. Por vezes, a maturação cervical desencadeia também, por si só, o início do TP. Para a maturação cervical podem ser utilizados métodos farmacológicos, como dinoprostona em dispositivo vaginal de libertação lenta, dinoprostona em gel intravaginal ou em comprimidos intravaginais, misoprostol em comprimidos intravaginais, ou métodos mecânicos como a sonda de Foley dilatada com soro fisiológico (DGS, 2015a).

No serviço, conforme o protocolo para a maturação cervical, o fármaco mais comum era o Misoprostol oral, até seis tomas com intervalo de duas horas entre cada toma. No caso de história de cesariana anterior recorria-se à administração de prostaglandinas E2, nomeadamente Propess, por via vaginal, pelo risco de rutura uterina ser inferior (ACOG, 2009).

Tal como a indução do TP, após a administração do fármaco para maturação cervical, iniciava-se a monitorização por CTG para vigiar o bem-estar fetal (ACOG, 2009).

Outra intervenção realizada com frequência, no serviço, para facilitar a progressão do TP era a utilização de ocitocina sintética. É o método mais utilizado em todo o mundo para indução e aceleração do parto pela sua ação rápida, permite que as contrações uterinas sejam mais frequentes e rítmicas, contribuindo para a dilatação e extinção do colo uterino mais rapidamente, menor frequência de hiperestimulação uterina e a rápida eliminação após a sua suspensão, estando indicada aquando Índice de Bishop >7 (OMS, 2015a). A dose de ocitocina pode ser aumentada gradualmente (ou diminuída) para se ir controlando a frequência das CU e o seu efeito na FCF. De acordo com o protocolo do serviço, administrava-se através de máquina perfusora 10 UI de ocitocina diluídas em 1000ml de soro, em perfusão contínua. Iniciava-se com 15ml/h e se não fossem registadas intercorrências, após 30 minutos, aumentava-se o débito em 15ml/h, de 20 em 20 minutos, de acordo com a dinâmica uterina.

De acordo com Souza et al. (2013), como técnica, preconiza-se que o uso da ocitocina não deve ultrapassar 40 gotas por minuto, pois se o efeito desejado não foi obtido com essa dosagem é improvável que doses maiores tenham êxito. Assim, não se aconselha a ultrapassar os 120 ml/hora e períodos maiores que 8 a 16 horas de indução.

A utilização precoce de ocitocina, antes da confirmação do TP prolongado, pode causar hiperestimulação uterina, que por sua vez pode causar hipóxia fetal, alterações na FCF e rutura uterina, aumentando o risco de intervenções durante o TP, obtendo resultados maternos e neonatais negativos.

A administração de ocitocina durante a fase latente ou ativa do TP, sem confirmação de TP prolongado era realizada por rotina, no serviço, aquando a nossa prática clínica, muitas vezes sem o aviso prévio e consentimento da grávida. Os profissionais de saúde referiam “vamos colocar só um sorinho para ajudar”.

Esta intervenção clínica, injustificada, priva as mulheres da sua autonomia, pois a administração de ocitocina pressupõe uma monitorização mais rigorosa, pelo que a monitorização através do CTG contínua era imperativa nestes casos, dificultando a deambulação da mulher (OMS, 2015).

Durante esta prática clínica foram visualizados alguns casos de taquissistolia uterina, aumento na contratilidade uterina e FCF elevada. A perfusão ocitócica era suspensa de imediato, a monitorização CTG era mantida e a mulher era posicionada em decúbito lateral esquerdo, de forma a melhorar o fluxo útero-placentário. Se, após a suspensão da ocitocina, existisse taquissistolia e hiperestimulação uterina, segundo o protocolo do serviço administraríamos salbutamol via endovenosa.

Conforme Flenady et al. (2014), na presença de hiperestimulação uterina e taquissistolia interrompe-se imediatamente os fármacos útero-estimulantes em curso e posiciona-se a grávida em decúbito lateral esquerdo. Caso ainda persistam os fenómenos anteriores, após as intervenções descritas, é necessário recorrer à administração de fármacos com ação tocolítica. Os tocolíticos são fármacos usados para inibir as contrações uterinas. Os beta-miméticos são os tocolíticos mais usados (Ritodrine, Salbutamol e Terbutalina). Os bloqueadores de canais de cálcio são outra opção (nifedipina) e podem ter um efeito tocolítico semelhante ao dos beta-miméticos, geralmente usados para diminuir a TA, relaxar o útero e inibir as contrações com menos efeitos colaterais que os anteriores. Os antagonistas dos recetores da ocitocina (atosiban) também têm poucos efeitos colaterais e são também usados.

A taquissistolia uterina corresponde ao aparecimento de mais de cinco contrações uterinas em dez minutos, detetadas duas vezes consecutivas (20 minutos). O aumento da frequência das CU pode conduzir à hipóxia fetal, devido à contratilidade excessiva, e numa deficiente progressão do TP (Souza, 2010).

Por outro lado, o aumento do tônus uterino, contração com duração maior que dois minutos, é denominado hipertonia ou hipersistolia. A síndrome de hiperestimulação uterina é definida como uma alteração da contratilidade uterina (taquissistolia ou hipertonia) que ocasiona alteração na FCF. Normalmente, é provocada pelo uso desadequado de ocitócicos,

sendo que a perfusão útero-placentária se encontra diminuída, associando-se a hipóxia fetal (Souza, 2010).

O segundo estadio do TP começa com a dilatação completa do colo e termina com a expulsão do feto, englobando contratilidade uterina regular, esforços expulsivos maternos adequados e evidência de bem-estar fetal e materno. Esta fase pode ter uma duração média de 45 a 60 minutos na nulípara, podendo, no entanto, chegar a duas horas; nas multíparas a duração média é de 15 a 20 minutos, até um período máximo de uma hora. No entanto, se existir analgesia epidural em curso, estes tempos podem ser acrescidos em uma hora (DGS, 2015; Graça, 2010).

Durante o período expulsivo as contrações têm maior frequência, a cada 2-3 minutos, mais rítmicas e mais intensas (60/70 mmHg). Consequentemente, o feto exerce força sobre o músculo do ânus e surge a vontade involuntária de puxar, denominando-se de reflexo de Ferguson (Montenegro & Rezende Filho, 2014; Castan & Tobajas, 2013). Porém, a maioria das parturientes que estavam sob o efeito da anestesia epidural não apresentavam o reflexo de Ferguson, ou seja, vontade de realizar esforços expulsivos espontâneos (Bosomworth e Bettany-Saltikov 2006 in Hamilton, 2016). Na ausência deste reflexo, o enfermeiro especialista incentiva a mulher a realizar esforços expulsivos dirigidos, que se traduz por manobra de Valsalva. Nesta manobra a mulher é incentivada no início da contração a inspirar profundamente, bloquear a respiração e exercer o puxo com a glote fechada, durante o máximo de tempo que conseguir, empurrando o feto para baixo (Hamilton, 2016).

Quanto à nossa experiência em estágio, o puxo dirigido foi realizado a todas as mulheres com anestesia epidural. Aquando a dilatação completa, algumas mulheres sentiam vontade espontânea de realizar esforços expulsivos, porém não tinham um puxo eficaz para auxiliar na progressão do feto no canal de parto. A analgesia epidural pode dificultar o puxo eficaz e diminuir a vontade de realizar esforços expulsivos, pela diminuição da sensibilidade. Esta técnica pode, então, aumentar o número de partos instrumentados.

A manobra de Valsava, de acordo com a evidência científica, não demonstra benefícios que justifiquem a sua realização, podendo ser prejudicial para o bem-estar materno-fetal, por reduzir a circulação útero-placentar e, consequentemente, a oxigenação fetal. Além disso, o período expulsivo é mais lento e existe maior probabilidade de lacerações no períneo (Varideh, Arzhe, Asadi, Pourahmad, & Moshfeghy, 2016; OE, 2015; Porto et al., 2010; Couto & Carneiro, 2017).

Contrariamente, mulheres com reflexo de Ferguson presente apresentam menor probabilidade de lacerações do períneo ou de episiotomias (Montenegro & Rezende Filho, 2014). Os esforços expulsivos espontâneos estão associados a melhores índices de Apgar do RN, pH do sangue do cordão mais elevado e maior nível de O₂ (Yildirim & Beji, 2008). Tivemos, no entanto, a oportunidade de experienciar situações de parturientes em TP, sem epidural e com o reflexo de Ferguson presente, verificando-se estímulo para puxarem de forma involuntária, realizando o puxo espontâneo no momento certo e com sucesso.

Quando o vértice assomava à vulva, incentivávamos a parturiente a manter os esforços expulsivos e estimulávamos o reflexo de Ferguson (dois dedos junto à fúrcula fazendo pressão) para incentivar um puxo mais eficaz, permitindo que a apresentação progredisse.

A mulher no período expulsivo sente, involuntariamente, vontade de “fazer força”. Recomenda-se esperar até que a mulher sinta necessidade de realizar esforços expulsivos, permitindo que responda aos sinais do seu próprio corpo. Nestas mulheres, orientávamos e encorajávamos os esforços expulsivos, de forma a seguirem o seu instinto, e ao mesmo tempo avaliávamos a sua respiração, de modo a não susterem a respiração por mais de cinco a sete segundos de cada vez, para não comprometer a oxigenação materno-fetal. Todo este esforço que a mulher faz causa cansaço, pelo que os esforços expulsivos na posição lateral reduzem a fadiga materna e a intensidade da dor (Montenegro & Rezende Filho, 2014).

Durante a prática supervisionada, incentivámos algumas mulheres a colocarem-se na posição de decúbito lateral, principalmente quando apresentavam cansaço e dor lombar. Verificou-se que a mulher ficava mais confortável e, nesta posição, em nenhuma das parturientes realizámos episiotomia. Esta posição tem como vantagens ser compatível com a analgesia epidural, proteger o períneo, prevenir a síndrome de hipotensão supina e aumentar a eficácia das CU.

Também incentivávamos a posição de sentada ou semi-sentada, pois também é compatível com a analgesia epidural, alivia a dor na região lombar, aumenta a eficácia e direção das CU e proporciona bem-estar e autonomia para a parturiente.

Implementámos intervenções de enfermagem como: instruir sobre os esforços expulsivos dirigidos, orientar os esforços expulsivos espontâneos, incentivar o empoderamento da parturiente, instruir e incentivar a técnica respiratória e auxiliar a adotar a posição mais confortável. Sugerimos ainda algumas estratégias para melhorar o puxo, como o uso das barras laterais da cama ou a flexão dos joelhos.

O mecanismo do parto envolve ainda um processo que implica a acomodação da apresentação fetal à estrutura óssea da pelve. Na avaliação obstétrica torna-se importante verificar as relações da apresentação fetal com os eixos uterinos e os pontos de referência do canal de parto (Graça, 2010). De acordo com os autores referidos (Ibidem) a estática fetal apresenta-se com a seguinte nomenclatura: atitude – o feto assume uma postura de forma ovoide, caracterizada pela flexão generalizada de todo o corpo, adaptando-se à configuração da cavidade uterina; situação – relação entre o maior eixo fetal e o maior eixo materno, podendo ser longitudinal quando os eixos coincidem, ou transverso quando o maior eixo do feto é perpendicular ao maior eixo materno, ou ainda oblíquo podendo evoluir para longitudinal ou transverso; apresentação – é a primeira parte fetal que ocupa o estreito superior da pelve materna, acessível ao toque durante o exame vaginal e pode ser: cefálica, pélvica ou espádua; posição – relação entre o dorso do feto e o lado direito ou esquerdo do canal de parto: posição direita quando o dorso do feto está voltado para o lado direito da pelve materna e posição esquerda quando o dorso do feto está do lado esquerdo da pelve materna; variedade – relação entre o ponto de referência da apresentação fetal com as regiões anterior, posterior ou transversal do canal de parto.

A maioria dos fetos de termo encontra-se em apresentação cefálica de vértice, sendo a pequena fontanela – lambda – o ponto de referência. Este facto deve-se à acomodação da apresentação fetal ao formato piriforme do útero, condicionado pela diminuição do volume do líquido amniótico e por o polo pélvico do feto de termo ser mais volumoso do que o polo cefálico (Graça, 2010).

Para que ocorra o parto por via vaginal, o feto tem de se adaptar ao canal de parto experimentando várias rotações e ajustamentos, combinando sete movimentos cardinais que se conjugam harmoniosamente com a finalidade da expulsão fetal. O primeiro movimento efetuado pelo feto designa-se por encravamento que consiste na passagem do maior diâmetro transverso da apresentação fetal (diâmetro bilateral) através do estreito superior. Nas últimas semanas de gravidez, sobretudo nas primíparas pode ocorrer o encravamento. O polo cefálico encrava, coincidindo o diâmetro sagital com um dos diâmetros oblíquos do canal de parto. Geralmente, aquando o encravamento, ocorre o assinclitismo do polo cefálico, caracterizado pela deflexão lateral do polo cefálico, posteriormente, no sentido do promontório, ou anteriormente no sentido da sínfise púbica, que em a incompatibilidade cefalo-pélvica pode ser a razão (Graça, 2010).

A descida é o segundo movimento, que compreende na passagem do polo cefálico do estreito superior para o inferior, que ocorre por ação da pressão do líquido amniótico e pela pressão direta do fundo uterino sobre a pelve fetal; pela contração dos músculos abdominais e pelos fenómenos de moldagem fetal (alteração da forma da cabeça fetal, com redução do tamanho resultante da resistência encontrada à passagem do canal de parto).

Quando o mento se aproxima da face anterior do tórax, substituindo o diâmetro occipitofrontal (12,5 centímetros) pelo diâmetro suboccipitobregmático (9,5 centímetros) ocorre ao terceiro movimento que se designa por flexão (Graça, 2010).

A rotação interna é o quarto movimento no mecanismo do TP. Ocorre quando o polo cefálico atinge as espinhas isquiáticas, deslocando o occipital na direção da sínfise púbica (rodando 45 graus nas variedades anteriores e 90 graus nas transversas), coincidindo o diâmetro sagital com o diâmetro anteroposterior do canal de parto.

O quinto movimento designa-se extensão, ocorre quando o polo cefálico atinge a vulva, colocando a base do occipital em contacto direto com o bordo inferior da sínfise púbica. Este movimento é resultante da força da CU e da resistência oferecida pela sínfise púbica e pelo pavimento pélvico. Dá-se a extensão progressiva do polo cefálico exteriorizando-se o occipital, a bregma, a fronte, o nariz, a boca e o mento.

O sexto movimento consiste na rotação externa, na qual o polo cefálico retoma a atitude anterior à rotação interna (restituição), o que significa que se o occipital estava numa posição esquerda roda até à tuberosidade isquiática esquerda e vice-versa se se encontrar na posição oposta. A rotação externa continua até que o diâmetro sagital da cabeça se coloque numa posição transversa – o diâmetro biacromial coloca-se no diâmetro anteroposterior do estreito inferior.

Por último ocorre a expulsão, após a rotação externa o ombro anterior aparece sob a sínfise púbica, e o ombro posterior distende o períneo posterior. Depois da saída dos ombros o resto do corpo é rapidamente expulso. Quando a variedade é posterior, o mecanismo é idêntico ao das variedades anteriores, exceto no facto de ter de fazer uma rotação de 135 graus em direção à sínfise púbica (Graça, 2010). Na avaliação da progressão da apresentação no canal de parto, tivemos como referência os planos de Hodge, através do exame vaginal: o primeiro é uma linha reta imaginária que vai do promontório até ao bordo superior da sínfise púbica; o segundo é uma linha reta, paralela à anterior, que vai do sacro ao bordo inferior da sínfise púbica; o terceiro é uma linha paralela às anteriores que passa pelas espinhas isquiáticas, e

o quarto plano é uma linha paralela às anteriores que passa pelo vértice do cóccix (Graça, 2010).

Para a acomodação do pólo fetal e a correta posição, é relevante o posicionamento materno. Para a APEO (2009) existe a possibilidade de adaptar posições durante o TP, dependendo das necessidades de cada mulher, sendo que cada uma delas apresenta vantagens e inconvenientes. Porém, o mais importante é o enfermeiro especialista deixar a parturiente escolher a posição mais cômoda para ela, permitindo-lhe tomar uma decisão informada, conhecendo as implicações de cada uma delas.

A mulher na primeira fase do TP é incentivada a deambular e na segunda fase do TP é incentivada adotar as posições verticais, podendo apoiar-se com as mãos na parede ou no companheiro, pernas separadas, oscilando e girando a anca durante as contrações, adotar a posição de sentada ou semi-sentada nas bolas específicas para o parto ou cadeira de parto e cócoras (APEO, 2009).

As posições verticais têm como vantagens diminuir o cansaço da parturiente, encurtar o tempo da primeira fase do TP e da duração do período expulsivo; favorece a descida da apresentação fetal pelo ponto de vista gravitacional e promovem uma dinâmica uterina mais eficiente. Ao mesmo tempo a parturiente sente menos dor na região lombossagrada, pelo que recorre menos à analgesia epidural; reduzem a taxa de episiotomias e permitem uma ligeira diminuição de partos instrumentados. No RN, verifica-se menos alterações no padrão da FCF (Gupta, Sood, Vogel, & Hofmeyr, 2017; APEO, 2009; Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Dowswell, & Styles, 2009).

Como desvantagens, as posições verticais aumentam a incidência de lacerações de segundo grau, de hemorragia pós-parto (superior a 500ml) e dificuldade do enfermeiro especialista em proteger o períneo (Gupta et al., 2017).

Quanto à posição de decúbito lateral, ou Sims, é uma ótima posição para a mulher que tem contrações fortes e deseja descansar, e só apresenta vantagens como a maior facilidade do enfermeiro especialista proteger o períneo, prevenir a síndrome de hipotensão supina, aumenta a eficácia das CU e é compatível com a analgesia epidural (Calais-Germain & Vives Parés, 2009).

A posição de quatro apoios também não apresenta desvantagens, no entanto pode não ser compatível com a analgesia epidural. Esta posição tem como vantagens proporcionar maior conforto à parturiente, alivia a dor na região lombossagrada e perineal, proporciona maior

elasticidade ao períneo e favorece a descida fetal verificando-se a percepção de um parto mais curto (Calais- Germain & Vives Parés, 2009).

Por fim, a posição horizontal, de acordo com a APEO (2009), é a menos indicada no TP. A posição de litotomia é a que está mais presente na cultura ocidental do parto, contudo é a posição mais desfavorável para a evolução do parto normal. Esta posição apresenta como inconvenientes o aumento da taxa de episiotomias, o aumento da taxa de partos instrumentalizados e a parturiente apresenta menor liberdade de movimentos. No entanto, apresenta como vantagens a redução do risco de hemorragia, facilita a monitorização contínua, é compatível com a analgesia epidural e tem a vantagem de ser a mais confortável para o profissional (Calais- Germain & Vives Parés, 2009).

Em suma, os aspetos positivos das posições verticais implicam a necessidade das mulheres participarem mais ativamente no TP, havendo a percepção que são posições mais cómodas e que facilitam a expulsão do feto. Em contraste, a posição horizontal dificulta esses aspetos, originando uma percepção negativa sobre a mesma, uma vez que condiciona a liberdade de movimentos, o cansaço, aumenta o sofrimento, a duração do período expulsivo e as intervenções obstétricas (Gayeski & Brüggemann, 2009).

Compete ao EESMO mobilizar os processos de cuidar de modo a tornar a experiência de parto confortável e possibilitar que a decisão sobre a posição de parto seja da mulher, livre, esclarecida e apoiada.

Nieuwenhuijze, Jonge, Korstjeans, Budé, e Lagro-Janssen (2012) afirmam que a parturiente ter opção de escolha na posição de parir e estar envolvida na tomada de decisão contribui para uma experiência de parto positiva. Na maioria dos hospitais, é frequente ser recomendada à parturiente (ou até imposta) a posição de litotomia, posição horizontal com as pernas nas perneiras, mais conhecida como a posição ginecológica.

No presente estágio todas as grávidas foram incentivadas a mudar de posição durante o TP e parto. Os ângulos entre a bacia e o feto mudam constantemente, conforme a progressão do feto ao longo do canal de parto. No entanto, a grávida ficava limitada para procurar posições pela CTG contínua e soroterapia em curso e por ter realizado a analgesia epidural. Antes da analgesia epidural, a grávida era influenciada pelo EESMO a estar na posição de sentada com a bola de parto, explicando-lhe os benefícios, com a possibilidade de realizar massagem na zona lombar de forma a diminuir a dor/desconforto. Após a analgesia e com os inconvenientes descritos, a parturiente só conseguia estar na posição litotomia, decúbito lateral e semi-fowler.

Na fase de coroamento, avaliámos o bem-estar fetal pelo registo cardiotocográfico, idealmente com desacelerações precoces de rápida recuperação, com boa variabilidade.

No local de estágio era frequente a massagem perineal com vaselina com o objetivo de lubrificar, de forma a reduzir o trauma perineal como lacerações e necessidade de episiotomia. No entanto, de acordo com Couto e Carneiro (2017) e NICE (2017) a massagem perineal com lubrificante não reduz o trauma perineal. Neste sentido, ao longo do estágio tentámos transmitir que se deve restringir a manipulação do períneo, de modo a prevenir traumatismos.

O acompanhamento correto do parto permite controlar a velocidade do desprendimento do pólo fetal e dos acrómios, contribuindo para a prevenção do trauma do períneo. No entanto, a avaliação da necessidade de realização de episiotomia demonstrou ser um desafio. Avaliávamos a necessidade de realizar episiotomia, intervenção frequentemente realizada no parto, no período expulsivo. Este procedimento necessita também do consentimento da grávida, no entanto, muitas vezes é realizado sem as mulheres se aperceberem. A episiotomia não deve ser realizada por rotina e sem o consentimento da parturiente. O EESMO deve explicar antes do período expulsivo os motivos que justificam a sua realização e assegurar a sua compreensão.

A avaliação da necessidade de episiotomia, ao longo de todo o estágio, foi um desafio. A episiotomia é um procedimento cirúrgico que objetiva aumentar a abertura vaginal por uma incisão no períneo, no final do período expulsivo, no momento do desprendimento fetal, de forma a encurtar o tempo expulsivo em caso de sofrimento fetal e aumentar o canal de parto na iminência de lacerações vaginais, contudo não existem estudos científicos que comprovem essas teorias e alguns estudos até mostram um aumento do risco de lacerações graves quando a episiotomia é realizada (Frankman, Wang, Bunker, & Lowder, 2009). De acordo com Figueiredo, Reis, Mouta, Progianti, e Vargens (2011), o uso da episiotomia serve para impedir, ou diminuir, a lesão dos tecidos do canal do parto, favorecer a expulsão do feto, evitar danos desnecessários no pavimento pélvico, evitar prolapsos genitais e incontinência urinária futuros, além de reduzir o risco de morbimortalidade infantil, retocelo, cistocelo e relaxamento da musculatura pélvica.

A realização da episiotomia diminuí o período expulsivo, é indicada aquando sofrimento fetal e distócia de ombros, lesão eminente de lacerações perineais brandas ou severas, ampliação do canal vaginal nos casos em que há necessidade de manipulação para facilitar o nascimento e facilidade na extração assistida por ventosa ou na utilização de fórceps (Lima, Silva, Souza

& Souza, 2013). Também Rimolo (2011), numa revisão integrativa, encontrou os seguintes critérios para a realização da episiotomia: macrossomia, expulsão fetal lenta, sofrimento fetal, prematuridade, variedade de posição occipito sagrada, necessidade de abreviar o período expulsivo, a primiparidade, a exaustão materna, o períneo curto, episiotomia anterior, leucorreia, falta de colaboração materna, pouca elasticidade perineal e a progressão insuficiente do TP.

A episiotomia tem implicações e, de acordo com Islam, Hanif, Ehsan, Arif, Niazi, e Niazi (2013), não existe confirmação da afirmação que a episiotomia é mais fácil de reparar do que uma laceração espontânea. As lacerações que ocorrem quando a episiotomia não é realizada são mais fáceis de reparar, necessitando de menos material de sutura e de menos tempo. O uso rotineiro da episiotomia não traz tantos benefícios, pois a episiotomia aumenta a taxa de infecção, lesões graves no períneo, a perda sanguínea, o desconforto e o tempo de recuperação pós-parto (Figueiredo et al., 2011). Pode afetar a vida sexual da mulher até ao segundo ano pós-parto, existindo mais dor e menos lubrificação durante o ato (Islam et al., 2013).

Aasheim, Nilsen, Lukasse e Reinar (2012) referem que há uma diminuição de prevalência de episiotomias em partos em posição de cócoras, sentada, na água e em partos em casa.

A episiotomia é normalmente realizada com tesoura, após analgesia local ou epidural no períneo posterior, que pode ser lateral, médio-lateral ou mediana, dependendo da orientação da incisão em relação à fúrcula. Deve ser realizada antes que o pólo fetal esteja a distender acentuadamente o períneo e desde que não existam lesões na pele. A forma como a episiotomia é realizada pode ter implicações no pavimento pélvico da puérpera e, por isso, a incisão lateral está contraindicada, pois além de essa região ser muito vascularizada, pode lesar os feixes internos do músculo elevador do ânus. A episiotomia mediana, incisão de 3/4 centímetros na rafe mediana a partir da fúrcula, apresenta algumas vantagens, como menor perda sanguínea, maior respeito à integridade anatómica do pavimento muscular, mais fácil de realizar a sutura, menor desconforto doloroso e, raramente, é acompanhada de dispareunia, porém não é indicada, por aumentar o risco de se prolongar facilmente por lacerações do esfíncter anal e do reto. Quanto à episiotomia médio-lateral, é a mais realizada, com um ângulo de 45° relativamente à linha mediana. Neste tipo de episiotomia é raro provocar lesões no esfíncter anal e do reto, no entanto, existe maior risco de hemorragia, mais difícil de reparar e provoca maior dor no pós-parto (Graça, 2010).

A reparação dos tecidos é chamada de episiorrafia. Tanto no caso da episiotomia como nas lacerações, essa reparação deve ser sempre feita por planos, sendo que o primeiro plano a ser suturado é a mucosa vaginal, o segundo plano as fibras musculares que foram seccionadas e o terceiro plano os bordos cutâneos. No segundo plano tem de se ter algum cuidado para não “estrangular” os músculos, pois suturas demasiadamente apertadas podem vir a resultar em dispareunia (Graça, 2010).

As lacerações do períneo são classificadas como de primeiro, segundo, terceiro ou quarto grau, de acordo com os tecidos que são afetados, sendo que as de primeiro grau atingem apenas a pele, fúrcula ou a mucosa vulvovaginal. Nas lacerações de segundo grau a fáscia e os músculos do diafragma urogenital sofrem solução de continuidade. As lacerações que atingem o esfíncter anal são consideradas de terceiro grau e as que atingem a mucosa retal são de quarto grau (Graça, 2010). Existem fatores predisponentes para as lacerações graves do períneo de terceiro e quarto grau, como a idade materna, a nuliparidade, o parto vaginal intervencionado, a episiotomia, a posição occipito posterior e o peso do RN (Silva et al., 2013).

Prevenir lacerações não é tarefa fácil porque não depende apenas de técnicas de manipulação perineal como também de uma série de fatores como a rapidez do nascimento, a posição em que se encontra o RN no nascimento e a fisiologia dos tecidos da mulher. Existem, no entanto, diferentes técnicas para ajudar o períneo a distender e reduzir a incidência de episiotomias/lacerações, tais como: suporte manual, a aplicação de compressas mornas e massagem. A massagem pode ser realizada antes do parto e no parto. A puérpera deve massajar o períneo a partir das 35 semanas de gestação e o uso de gel obstétrico durante o primeiro estadio de TP reduzem a probabilidade de trauma perineal, favorecendo a manutenção do períneo intacto. No período pré-natal e pós-parto, os exercícios de Kegel, melhoram e restabelecem a elasticidade e tonicidade e a força dos músculos do períneo (Lowdermilk et al., 2013).

Concluindo, existem autores que defendem que a episiotomia deve ser utilizada de forma rotineira, evitando complicações vaginais e perineais graves. Outros defendem que a episiotomia deve ser realizada quando há indicações fetais, uma vez que lacerações espontâneas causam menos problemas do que as episiotomias que são feitas para preveni-las. Estas indecisões por parte de muitos autores, influenciam o protocolo de uso em vários hospitais (Ali, Malik, Iqbal, & Faruqi, 2016). De acordo com a literatura, os principais fatores que levam o EESMO a realizar a episiotomia são: primiparidade, rigidez perineal,

macrossomia e prematuridade. Contudo, foi possível verificar que a episiotomia não previne lacerações de 3º e 4º grau e a mesma está relacionada diretamente com a dispareunia (Guimarães, Silva, & Matos, 2018).

No local de estágio, a episiotomia era apenas realizada quando indicações fetais e maternas, como já mencionadas, por não existir evidência que a utilização rotineira tenha efeitos benéficos. Os altos índices do uso deste procedimento continuam elevados e contrariam as diretrizes preconizadas pela OMS, que considera a episiotomia como uma prática inadequada e que deve ter o seu uso restrito (Salge, Lôbo, Siqueira, Silva, & Guimarães, 2012). A recomendação atual da OMS não é de proibir a episiotomia, mas de restringir o seu uso porque, em alguns casos, ela pode ser necessária. O abandono da episiotomia como ato rotineiro é medida promotora do parto normal e permitirá diminuir as suas consequências na saúde da mulher, preservando a integridade corporal e evitando intervenções desnecessárias. Assim, a OMS preconiza que todos os profissionais obstetras determinem a necessidade de episiotomia caso a caso, deverá ser uma prática seletiva e estritamente reservada para fatores isolados (Ali et al., 2016).

Após a observação do períneo e avaliada a necessidade de realização da episiotomia e como resultado dos esforços expulsivos eficazes dava-se a saída da cabeça fetal, pelo que o EESMO procedia à proteção perineal com recurso à manobra de Ritgen. Esta manobra, entendida como a pressão bimanual no períneo que promove a lenta e progressiva exteriorização da apresentação (favorece a flexão da cabeça e facilita a sua extração, ao mesmo tempo que se protege o períneo), é descrita como uma manobra importante na prevenção de trauma perineal, sendo realizada nos intervalos entre as contrações uterinas (Jönsson, Elfaghi, Rydhström, & Herbst, 2008; Couto & Carneiro, 2017). Nesta manobra a mão direita protege o períneo e a esquerda ajuda a desenravar as bossas parietais, procurando também a existência de circulares do cordão umbilical. Se circular presente pedíamos à parturiente para parar de puxar (Couto & Carneiro, 2017).

Existe também a manobra de Ritgen na sua versão modificada, a qual consiste na sua realização durante a CU, em vez de entre as contrações. Contudo, esta manobra modificada, de acordo com o estudo de Jönsson et al. (2008) não diminui o risco de lesão do esfíncter anal durante o período expulsivo, pelo menos, não quando realizada durante a contração (Jönsson et al., 2008; Couto & Carneiro, 2017).

A manobra de Ritgen de acordo com Porto et al. (2010) é descrita como prejudicial ao normal mecanismo do TP. Apesar disso, na prática, considera-se que a sua correta execução pode

conferir maior sustentabilidade ao períneo, além de permitir a deflexão da cabeça fetal no momento do nascimento (Couto & Carneiro, 2017).

Foram observados em alguns casos episódios de desacelerações através do CTG que, mais tarde, vieram a ser explicados por circulares apertadas ou nó verdadeiro do cordão.

No local de estágio tivemos dois casos de laqueação precoce do cordão devido a circular apertada. As recomendações atuais orientam para que na presença de uma circular larga se possa passar o cordão umbilical sobre a cabeça ou para trás dos ombros. Se apertada, a recomendação é proceder à laqueação precoce do cordão num período entre um a três minutos (OMS, 2013). Após a pesquisa de circular amparávamos a cabeça fetal, auxiliávamos a rotação externa e quando completada procedíamos à libertação do ombro anterior e em seguida o posterior e restante corpo, enquanto realizávamos a proteção do períneo com a mão direita.

Após nascimento do RN, o cordão umbilical era clampado e o corte era realizado quando este deixasse de pulsar, sempre que a situação clínica assim o permitisse. A pessoa significativa ou a parturiente eram questionadas sobre o desejo de realizar o corte do cordão, de forma a facilitar a ligação precoce.

A OMS (2013) recomenda a laqueação do cordão umbilical quando este deixar de pulsar ou três minutos após o nascimento, uma vez que promove a passagem contínua de sangue da placenta para o RN, favorecendo o aumento das reservas de ferro até 50%, até aos seis meses de idade nos RNs de termo, diminui o risco de anemia, de hemorragia intraventricular, a incidência de sépsis neonatal e reduz a incidência de enterocolite necrosante.

Antes do corte realizávamos a colheita de sangue do cordão umbilical para tipagem sanguínea do RN nos casos de grupo Rh negativo, ou se pedido para criopreservação de células estaminais.

Assim, após o nascimento do RN inicia-se o terceiro estadio do TP que termina com a expulsão da placenta e das membranas, denominando-se dequitação, com duração de cerca 30 minutos (Graça, 2010).

Neste estadio efetuávamos vigilância de possíveis complicações: a retenção placentar, a hemorragia pós-parto e a inversão uterina, causas de morbidade e mortalidade materna.

A correta vigilância e atuação tem como finalidade minimizar possíveis complicações graves na mulher e interferir o mínimo possível no processo fisiológico e na vinculação entre mãe e bebê.

Existem duas técnicas descritas na literatura relativamente à realização do dequite, atitude passiva e atitude ativa.

Na atitude passiva, os uterotônicos são interrompidos e aguarda-se que a placenta se descole espontaneamente da parede uterina, sem intervenção mecânica ou farmacológica. Enquanto na atitude ativa são utilizados uterotônicos e massagem uterina para que a dequitação ocorra mais rapidamente, realizando-se a tração controlada do cordão quando a placenta se encontra já descolada da parede uterina.

Na prática clínica, as duas atitudes foram realizadas. Após a expulsão fetal realizávamos a episiorrafia/correção de lacerações se estivessem presentes e, de seguida, procedíamos à dequitação. Adotávamos uma atitude expectante cerca de 10-30 minutos. Se após esse tempo a dequitação não tivesse ocorrido, passava-se a uma atitude ativa como recomendada pela OMS (2018). A maior desvantagem da atitude passiva é o risco de hemorragia.

O tempo preconizado para a dequitação, de acordo com Araújo e Reis (2012), varia entre os 10 e os 30 minutos, considerando que após os 30 minutos sem ocorrer, podemos estar perante uma retenção placentar.

A atitude ativa era a mais adotada, sendo que após o nascimento do RN, se administrava de imediato a ocitocina. Depois da episiorrafia/correção de lacerações e após sinais de descolamento da placenta (progressão do cordão umbilical e útero contraído), efetuava-se a tração controlada do cordão.

Para verificar o descolamento da placenta era também realizada a manobra de Kustner - correção da retroversão do útero, avaliando se o cordão retrai com este movimento, pelo que na ausência de retração já ocorreu descolamento da placenta).

Enquanto realizávamos a tração controlada do cordão, incentivávamos a mulher a realizar esforços expulsivos. Quando a placenta se aproximava da vulva, procedíamos à manobra de Dublin, que consiste na torção contínua da placenta até à sua total expulsão de forma a auxiliar a saída das membranas e evitar membranas fragmentadas, existindo menor risco de retenção de membranas (OMS, 2007). Durante a nossa prática clínica não ocorreram casos de retenção placentar nem membranas fragmentadas.

Aquando a saída da placenta observávamos a maneira como a placenta é expulsa, o tipo de dequitação – Duncan ou Schultz. A maneira mais comum de a placenta se exteriorizar é apresentando a face fetal, mecanismo de Schultz. No entanto, na prática clínica observou-se, diversas vezes, a dequitação ocorrer pelo mecanismo de Duncan, a face materna ser a primeira a exteriorizar-se, pelo que, nesta situação a inserção da placenta poderia ser lateral ou marginal. Nesta situação existe a probabilidade de retenção de cotilédones, os constituintes da placenta que se encontram aderentes à parede uterina e local onde se efetuam as trocas entre corpo materno e placenta e risco de maior hemorragia.

Assim como intervenções de enfermagem tínhamos a vigilância da perda sanguínea e revisão manual uterina.

2.3. Cuidados imediatos ao RN no pós parto

Após a laqueação do cordão umbilical, o RN era de imediato envolvido num lençol esterilizado, previamente aquecido, procedendo-se à sua secagem e estimulação. Limpávamos o nariz e a boca para facilitar a libertação de secreções e a permeabilização das vias aéreas, enquanto fazíamos uma avaliação rápida das suas capacidades e índice de Apgar.

O RN era colocado junto da mãe, se fosse esse o seu desejo, em decúbito lateral para facilitar a drenagem das secreções, ou colocado no berço sob uma fonte de calor.

A temperatura dos RN's mantém-se mais estável no contacto pele a pele, no tórax da mãe, do que sob a fonte de calor. Quando o contacto pele a pele não era possível, os lençóis aquecidos e a fonte de calor permitiam a manutenção da temperatura corporal do RN. Ele reage à exposição ao frio aumentando o stresse e, conseqüente, um aumento da utilização das suas fontes energéticas através da vasoconstrição e do aumento da frequência respiratória, observando-se cianose e possível hipoglicemia (Bystrova et al, 2003; Dabrowski, 2007; Gabriel et al., 2010; Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, 2012).

Quando o índice de Apgar era superior a 7, o RN permanecia junto da mãe. Caso fosse inferior ou igual o RN era colocado no reanimador para iniciar as manobras de reanimação. O Índice de Apgar é um indicador bastante precoce de possíveis desvios no desenvolvimento infantil, sendo um método de avaliação rápida do nível de adaptação do RN à vida extrauterina. Permite identificar aqueles que necessitam de assistência, prevenindo sequelas de uma

provável asfixia. Devido à importância e ao impacto de um atraso no desenvolvimento, é fundamental que se possa, o mais precocemente possível, identificar RN's de risco, a fim de minimizar os efeitos decorrentes.

Consideram-se cinco indicadores fisiológicos nos primeiros minutos de vida e cada um deles é pontuado entre zero e dois, e avaliados ao 1º, 5º e, se necessário, ao 10º minuto de vida: frequência respiratória (0- Não respira; 1- Choro fraco com respiração irregular; 2- Choro forte com respiração regular), frequência cardíaca (0- Sem batimento cardíaco; 1 - Inferior a 100 batimentos por minuto e 2 - Superior a 100 batimentos por minuto), o tônus muscular (0- músculos flácidos; 1- dobra os dedos e movimenta os braços ou pernas e 2- movimenta-se ativamente), a irritabilidade reflexa (0- Não responde a estímulos; 1- Faz caretas quando estimulado; 2- Chora vigorosamente, tosse ou espirra) e a cor da pele (0- O corpo tem coloração pálida ou azul-acinzentada; 1- Coloração rosada no corpo, mas azulada nos pés ou mãos; 2- Coloração rosada em todo o corpo).

Para cada item deve ser dado o valor correspondente à resposta que melhor representa o estado do RN no momento. Um score total entre sete e 10 significa ausência de dificuldade de adaptação ao meio extrauterino, por outro lado, um score abaixo de quatro indica sofrimento grave do RN (Corrêa et al., 2006; ACOG, 2006; Lowdermilk et al., 2013; Montenegro & Rezende Filho, 2014).

Maioritariamente, os RN's apresentavam boa adaptação à vida extra-uterina com aspeto rosado, choro vigoroso, verificando-se, contudo, em alguns casos hipoxia das extremidades, sendo designada de acrocianose do RN.

Existiram situações em que não foi possível colocar o RN imediatamente junto da mãe, nomeadamente, um RN que tinha uma circular apertada no pescoço, não apresentando choro, hipotónico, FC inferior a 100 batimentos por minuto e com coloração pálida. O cordão umbilical foi laqueado de imediato e o RN foi colocado no reanimador, onde foi aquecido, estimulado insistentemente no dorso, aspirado e colocado oxigénio por máscara, tendo revertido gradualmente e atingindo um índice de Apgar sete ao quinto minuto. O neonatologista foi chamado para uma avaliação mais profunda, e o RN foi transferido para o serviço de neonatologia.

Sempre que a situação permitisse e se a mãe o desejasse, o contacto pele a pele entre a mãe e o RN era realizado de imediato, após o nascimento, promovendo-se a vinculação. De acordo com Moore, Bergman, Anderson & Medley (2016), o contacto pele a pele tem benefícios para a díade. É fundamental o contacto para uma melhor adaptação do RN ao

meio extra-uterino, o contacto pele a pele permite ao RN a diminuição do stress, a termorregulação após o seu nascimento, é importante para existir o reconhecimento, exploração do corpo da mãe e interação, uma vez que o RN se encontra numa fase de alerta e de disponibilidade para o mundo, durante aproximadamente 40 a 60 minutos. O aumento do movimento dos membros inferiores e a estimulação dos mamilos maternos vai provocar um aumento do nível de ocitocina e, por consequente, a diminuição do tempo de dequitação e uma melhor CU - maior rapidez na formação globo de segurança de Pinard – e a diminuição de perdas hemáticas vaginais. Existe também uma melhor adaptação do RN à amamentação, facilitando assim o aleitamento materno precoce (Gabriel et al., 2010; Porter, 2004).

Quando não era possível o contacto pele a pele, em situações de cesariana, o RN era colocado em contacto pele a pele com o pai, promovendo-se a termorregulação e o desenvolvimento do comportamento pré-aleitamento materno, facilitando a transição do RN para a vida extra-uterina (Gabriel et al., 2010).

Apenas duas mulheres recusaram realizar contacto pele a pele. Pediram para limpar e vestir o RN antes. Também houve momentos em que o contacto pele a pele não se realizou de imediato, ou de todo, por motivos clínicos da mãe ou do RN.

Nesse momento, incentivávamos a puérpera a amamentar na primeira hora de vida. Permanecíamos junto da puérpera, na primeira mamada, corrigindo a pega se necessário, instruindo-a e clarificando as dúvidas que fosse apresentando.

A maioria das puérperas pretendia alimentar e demonstrava conhecimento sobre os benefícios da amamentação, no entanto, observou-se que algumas puérperas, principalmente quando era o primeiro filho, tinham dificuldade na pega. Portanto, demonstrava à puérpera os sinais de boa pega e a forma correta do RN fazer uma mamada eficaz. Para uma boa pega, o posicionamento do RN também é importante, pelo que instruíamos também sobre o posicionamento correto do bebé, devendo estar a cabeça em linha reta com o corpo, de frente para o mamilo e abdómen com abdómen (Levy & Bértolo, 2012).

Após o contacto pele a pele do RN com a mãe, tínhamos como intervenções a monitorização do peso corporal do RN, a administração de vitamina K, essencial para a coagulação sanguínea, a aplicação de colírio, para prevenção de infeções oculares, a pesquisa de glicemia capilar aos RN's com peso inferior a 2500 gramas e superior a 4000 gramas, RN's prematuros e filhos de mulheres diabéticas, para prevenção de hipoglicemia, colocação da pulseira de

identificação, como norma de segurança do serviço, e vestir o RN, sendo o pai convidado a vestir o RN.

A concentração de glicose diminui rapidamente no RN, alcançando o valor mínimo às 2 a 3 horas de vida pelo stresse do frio e da adaptação à vida extra-uterina. Normaliza cerca das 6 a 12 horas de vida após amamentação (Rozance, 2010). Na prevenção da hipoglicemia, de acordo com Adamkin (2011), a amamentação deve iniciar-se nos primeiros 30-60 minutos de vida.

A pesquisa de glicemia capilar nos RN's tem como objetivo diagnosticar a hipoglicemia para poder ser tratada de forma adequada e evitar as sequelas no seu neurodesenvolvimento. A hipoglicemia persistente associa-se a um mau prognóstico neurológico (Rozance, 2010; Adamkin, 2011). Os RN's com risco de hipoglicemia têm de ser monitorizados precocemente e frequentemente, particularmente se existir risco de hipoglicemia recorrente (Rozance, 2010; Adamkin, 2011).

De acordo com Rozance (2010) identificam-se condições maternas e neonatais com risco de hipoglicemia. Entre as maternas: diabetes (gestacional ou não gestacional), pré-eclampsia ou HTA induzida pela gravidez, antecedentes de filhos macrossômicos, toxicodependência, terapêutica com antidiabéticos orais e administração de glicose durante o parto. Como condições neonatais: RN's pré-termo, RCIU, RN's leves e grandes para a idade gestacional, com peso inferior a 2500 gramas e superior a 4000 gramas, hipoxia, sépsis, hipotermia, malformações cardíacas e recusa alimentar. Nos RN's em que não monitorizávamos a glicemia capilar, vigiávamos sinais e sintomas de hipoglicemia: alterações ligeiras a moderadas no nível de consciência como letargia, tremores e irritabilidade que revertem rapidamente com a normalização da glicemia; coma e convulsões (hipoglicemia mais grave); depressão respiratória/apneia, hipotonia, diminuição da atividade espontânea, choro gritado, recusa alimentar e hipotermia (Adamkin, 2011).

A profilaxia ocular fazia-se através da aplicação de colírio, cloranfenicol, uma gota em cada olho, tendo em vista a conjuntivite neonatal por gonorreia ou clamídia. Fazia parte dos cuidados rotineiros na 1ª hora após o nascimento, independente do tipo de parto. Porém, esta doença é mais facilmente transmitida durante a passagem pelo canal de parto (Passos, 2011).

A administração de vitamina K (fitomenadiona) é uma intervenção de enfermagem realizada ao RN. Consiste na administração de 1mg de Vitamina K, dose única, no músculo vasto externo do membro inferior esquerdo. A vitamina K injetável é uma medida profilática para

a prevenção da doença hemorrágica do RN. A doença hemorrágica do RN é causada por um déficit de vitamina K que leva a alterações na coagulação sanguínea. A vitamina K costuma passar pela placenta, mas nem sempre a quantidade é suficiente. Esse problema pode levar o RN a ter uma hemorragia que coloca em risco a sua vida, no período que vai das primeiras horas depois do nascimento até alguns meses (Puckett & Offringa, 2000; Lippi & Franchini, 2011).

Existem três formas de doença hemorrágica do RN: precoce, clássica e tardia. A precoce ocorre nas primeiras horas após nascimento, a clássica ocorre entre o primeiro e o sétimo dia de vida, sendo as hemorragias mais comuns, nessa forma da doença, as gastrointestinais, cutâneas, nasais e por circuncisão. Na primeira semana de vida, o intestino do RN não possui ainda a microflora que sintetiza a vitamina K, responsável pela formação hepática dos fatores de coagulação (Puckett & Offringa, 2000; Lippi & Franchini, 2011).

Quanto à doença hemorrágica do RN tardia ocorre entre a 2ª e a 12ª semana depois do nascimento, sendo as mais comuns as intracranianas, cutâneas e gastrointestinais (Puckett & Offringa, 2000; Lippi & Franchini, 2011). Estes autores concluem, numa revisão de estudos randomizados, que uma única dose de vitamina K previne a doença hemorrágica do RN, pelo que a sua administração no pós-parto imediato é recomendada.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NO ÂMBITO DO AUTOCUIDADO PÓS-PARTO E DA PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE

O Estágio de natureza profissional engloba o módulo “Autocuidado Pós-Parto e da Preparação para a Parentalidade”. Foi realizado na Unidade de internamento de obstetrícia/ puerpério sob a orientação de uma enfermeira ESMO entre 19 de dezembro de 2016 e 03 de março de 2017. Teve como objetivo a aquisição e o desenvolvimento de competências técnico-científicas, pessoais e éticas para cuidar a puérpera, o RN e a família, de acordo com o Regulamento de competências específicas do EESMO n.º 391/2019 e de acordo com a OE (2019).

O desenvolvimento de conhecimentos e competências no contexto desta prática clínica passou por vigiar e avaliar a cliente, elaborar um plano de cuidados individualizado, implementar cuidados gerais e específicos de acordo com as necessidades evidenciadas, facilitando a transição e a adaptação a, pelo menos, 100 puérperas e aos respetivos RN’s, como preconizam a Diretiva e a OE, para a atribuição de título de enfermeiro ESMO.

Assim, ao longo do estágio, de acordo com o plano de trabalho atribuído à enfermeira tutora prestámos cuidados, nos turnos da manhã, a puérperas, no número máximo de seis, e aos RN’s, enquanto nos turnos da tarde e noite esse número podia alcançar doze.

As puérperas são acolhidas e acomodadas na Unidade de Obstetrícia I, juntamente com o seu bebé, excluindo as situações de internamento do RN na unidade de neonatologia. A Unidade de Obstetrícia, estruturalmente, possui todas as condições necessárias, o horário das visitas é alargado (das 11 horas às 20 horas) e o intervalo entre as 11 e as 14 horas é exclusivo para um acompanhante que, habitualmente, pelo que pôde observar, era o pai do RN. A unidade dispõe de vinte e seis camas, distribuídas por seis enfermarias de quatro camas cada uma e dois quartos de uma só cama. Os quartos de uma só cama, geralmente são ocupados por puérperas que necessitam de cuidados mais especializados, por exemplo, puérperas com pré- eclâmpsia. Sempre que possível, em casos de pós-abortamento ou RN internado em neonatologia, as puérperas foram internadas no serviço Obstetrícia II, para as preservar de maior sofrimento, como por exemplo, ouvir o choro dos bebés, ver puérperas a amamentar e ver todos os outros procedimentos inerentes à puérpera e RN.

O período pós-parto, denominado por puerpério, representa uma fase caracterizada por diversas transformações (Oliveira & Zocche, 2015). Este período começa assim que a

placenta é expulsa (Collins, Arulkumaran, Hayes, Jackson & Impey, 2013; Rajan, 2016) e prolonga-se, aproximadamente, por seis semanas, período em que o útero recupera o tamanho e a forma pré-gravídicas e o organismo da mulher se restabelece e recupera de todas as alterações inerentes à gravidez (Collins et al., 2013; Rajan, 2016).

O período de recuperação pode ser dividido em três fases: o puerpério imediato (primeiras 24 horas), o puerpério precoce (primeira semana) e o período de puerpério tardio (até ao final da sexta semana após o parto) (Graça, 2010). Também Soler, Ponce, Soler, e Wysocki (2015) referem que o puerpério está dividido em três fases, descrevendo de forma diferente: período pós-parto imediato (entre 0 a 10 dias após o parto), período pós-parto tardio (entre 11 a 14 dias após o parto) e período pós-parto remoto (entre 46 a 60 dias após o parto).

Na nossa prática clínica, prestámos cuidados a puérperas no período de pós-parto imediato e puerpério precoce, de acordo com Graça (2010). As puérperas, de parto vaginal, ficavam internadas por 48h e as puérperas, de parto distócico, por cesariana ficavam 72horas, tendo proposta de alta no segundo dia pós-parto, se este ocorreu antes das 15 horas, ou no terceiro dia pós-parto se este ocorreu após as 15 horas. Neste curto período de tempo, estávamos atentas a possíveis complicações maternas ou do RN e à adaptação da mulher e da família aos seus novos papéis.

O período pós-parto é considerado de risco, relativamente a alterações fisiológicas e psíquicas. Nesta fase a puérpera encontra-se fragilizada, numa transição situacional, e simultaneamente em transição para a parentalidade, pela adaptação a um novo papel (Cardoso, 2011).

O EESMO é o profissional mais habilitado para promover a saúde da mesma atendendo às mudanças físicas, emocionais e psicológicas que acontecem no puerpério e facilitar o desenvolvimento das competências necessárias para o cuidado ao RN (OE, 2016).

No contexto social, a mulher passa por interações que levam à formação de múltiplas identidades “mãe devota, “mãe adaptada” e “possível mãe”, diferentes identidades que afetam a vida da puérpera. Também o casal e família, após o nascimento do RN, passam por uma mudança de papéis e reorganização familiar e social.

O EESMO reconhece que esta fase pode ser de difícil transição e reconhece a necessidade de ajuste social sendo um período de vulnerabilidade que requer a intervenção do enfermeiro, como oferecer espaços de escuta e apoio à puérpera e família de forma a responder às

necessidades singulares de cada uma (Oliveira & Zocche, 2015; Lima, Santos, Silva, Comassetto, Correia, & Ferreira, 2017).

Fradinho (2013, p. 14) quanto ao tema transição para a parentalidade, refere:

Sem dúvida que esta transição para a parentalidade não é fácil, diria mesmo que é uma das tarefas mais difíceis e desafiantes que um casal tem que enfrentar, necessitando de orientação e apoio por parte da equipa de saúde e, é neste sentido, que deveremos ser agentes dinamizadores através de programas de educação para a saúde, indo ao encontro das motivações e necessidades do casal/família e comunidade.

Para viver uma parentalidade equilibrada e saudável deve haver um trabalho de equipa entre os profissionais de saúde, puérpera, pai e familiares mais próximos, de forma a que este período de imensas transformações possa ser vivido de forma saudável e satisfatória (Fradinho, 2013).

As puérperas chegavam à unidade, por norma, duas horas após o parto, vindas de dois serviços: do Bloco de Partos ou do Bloco Operatório, dependendo do tipo de parto. Quando a puérpera chegava ao Serviço de Obstetrícia, verificávamos a sua identificação e a do RN, se ambos possuíam pulseira de identificação, e se o RN possuía pulseira eletrónica; realizámos a nossa apresentação, na condição de estudante, e informámos sobre o enfermeiro de referência. A puérpera/ casal foram informados sobre o número de cama e o piso do internamento. Realizava-se uma simples e rápida apresentação do espaço físico, explicava-se a organização do serviço e as normas de funcionamento (rotinas, horários das refeições e visitas), promovendo-se a integração do casal no serviço. Verificámos que alguns dos casais já conheciam o serviço por terem tido outros filhos no mesmo hospital, ou por já terem realizado a visita, pelo que no seu acolhimento priorizámos o esclarecimento de dúvidas.

Seguidamente realizámos a avaliação inicial da puérpera e RN. Consultámos previamente o processo clínico verificando: a anamnese e o exame físico da mãe e do RN (antecedentes pessoais: história obstétrica, história da gravidez atual, tipo de parto, ferida cirúrgica abdominal/ perineal, anestesia/ analgesia, grupo de sangue, estado físico após o parto, contração do útero e eliminação vesical; condição do RN: hora de nascimento, sexo, peso, índice de Apgar, adaptação à mama e a hora da última mamada). Este conhecimento permitiu a adequação e a planificação de cuidados, de acordo com as necessidades da puérpera e RN.

Posteriormente, efetuou-se o exame físico detalhado à puérpera, repetindo-se conforme o protocolo do serviço, que incluía a observação dos sinais vitais (FC, TA, dor, temperatura), a

vigilância da perda hemática vaginal, a avaliação das condições do útero, mamas e mamilos, a avaliação do períneo e da ferida perineal ou abdominal, se presente, com o propósito de avaliar a existência de hematomas, edema, hemorragia ou equimoses.

De seguida promovíamos o repouso da puérpera e RN, pois passaram por um período de exaustão emocional e físico. Enquanto a puérpera se encontrava dependente, efetuávamos-lhe todos os cuidados necessários, bem como ao RN, nomeadamente cuidados perineais e o apoio na amamentação, colocando o RN junto dela quando era sua intenção amamentar, avaliando a capacidade de sucção, sinais de boa pega, duração da mamada e sinais de saciedade. Estes momentos constituíam uma oportunidade para melhorar o conhecimento e as habilidades das mulheres. Quando o seu desejo era não amamentar, avaliávamos o seu conhecimento sobre as vantagens do aleitamento materno, para uma tomada de decisão informada. Se esse desejo persistisse, oferecíamos leite adaptado ao RN.

Relativamente à avaliação dos sinais vitais, a OMS (2014) recomenda que a TA deve ser avaliada imediatamente após o parto, e se os valores se encontrassem normais, a próxima avaliação deveria ocorrer nas seis horas seguintes, para detetar precocemente complicações. Contudo no internamento, se na primeira monitorização realizada no serviço, após o parto se encontrassem dentro dos parâmetros normais e, não existissem antecedentes que justificassem uma atenção redobrada, como por exemplo risco de infeções, hipertensão na gravidez, foram avaliados segundo protocolo do serviço: temperatura auricular era monitorizada duas vezes ao dia (final do turno da noite e final do turno da tarde) e a TA e frequência uma vez ao dia (turno da manhã).

Outro foco da nossa atenção foi a dor. Era protocolo do serviço avaliar a dor de seis em seis horas, com recurso à escala numérica da dor. No entanto, questionávamos a puérpera sempre que observávamos algum desconforto ou após a administração do analgésico (Graça, 2010). A dor mais comum que as puérperas referiam era dor na ferida abdominal e dor na ferida perineal (episiotomia e laceração) (Santos & Baptista, 2016). Também referiam dor nos mamilos aquando amamentação, principalmente quando apresentavam ingurgitamento e fissuras, cefaleias por dificuldade em descansar e dor aquando CU. Assim, para alívio da dor, tivemos como intervenções a implementação de técnicas farmacológicas e não farmacológicas. Perante dor no local da ferida perineal/ laceração e aquando presença de edema, recorremos à aplicação de terapêutica tópica fria, como gelo, pelo seu efeito anti-inflamatório, diminuição do edema e dos sinais inflamatórios, envolvido em compressas, nas primeiras vinte e quatro horas, cerca de 15 a 30 minutos, quatro a cinco vezes/dia com o

intuito de que houvesse um retrocesso e alívio da dor. Também aconselhávamos a mudança de posição e a colocação de uma almofada quando sentada numa cadeira, fosse para descansar ou amamentar. Para as fissuras mamárias, incentivávamos a mãe a colocar colostro no mamilo, explicando que pelas suas propriedades ajuda a cicatrizar e a proteger de novas fissuras. Promovíamos uma adequada higiene e a utilização de creme reparador cutâneo. Em caso de ingurgitamento mamário incentivávamos a massagem e aplicação de calor húmido (Centeno, 2010).

Quanto à administração de analgésicos, tínhamos autonomia para os administrar quando as medidas não farmacológicas não surtiam efeito. De acordo com o protocolo, era administrado Paracetamol 1000mg (dose máxima 1g 8/8h) e Ibuprofeno 400mg (dose máxima 400mg 8/8h), se necessário, alternando com paracetamol, prática de acordo com o defendido pelo National Institute for Health and Care Excellence (2017) e, normalmente, era suficiente para a puérpera deixar de sentir dor. Se a puérpera apresentasse catéter epidural e estivesse prescrito, habitualmente administrávamos Morfina 3 mg 12/12horas + 3 ml de soro fisiológico (até 3 administrações). Quando estava prescrito analgesia via endovenosa e o Paracetamol não diminuía a dor presente, administrávamos Ceterolac de trometamina 10mg 8/8h. Antes de qualquer administração, tínhamos a preocupação de questionar a puérpera sobre possíveis alergias medicamentosas (Cunningham et al., 2015).

O primeiro levante, de acordo com o protocolo do serviço de obstetrícia, depois de parto vaginal é recomendado que aconteça seis horas após o parto, se por cesariana, é aconselhado que se realize entre seis horas a doze horas, dependendo do tipo de anestesia (via epidural ou raquianestesia). Até à realização do primeiro levante deve ser estimulada a mobilização dos membros inferiores (Lowdermilk et al., 2013). O primeiro levante é efetuado na presença da enfermeira, quando se encontravam reunidas as condições necessárias para o fazer em segurança, formulando os diagnósticos de enfermagem “risco de hemorragia” e “risco de hipotensão” (OE, 2011a), em consequência da diminuição da volémia e da perda significativa de sangue durante o parto (cerca de 500 ml).

Implementámos outras intervenções, como a avaliação das mucosas, a avaliação da CU, a perda hemática, a avaliação da dor, a distensão da bexiga (por risco de retenção urinária e hemorragia) e a monitorização dos sinais vitais na posição de dorsal. De seguida, estando os valores normais, elevava gradualmente a cabeceira da cama até atingir os 90º conforme a tolerância da puérpera e realizava novamente as mesmas intervenções. Após isso, assistíamos a puérpera a sentar-se na cama e, não existindo nenhum indicador de hipotensão

ortostática, como presença de visão turva, sudorese, sensação de desmaio, tonturas, a puérpera levantava-se e deambulava com o nosso apoio. Caso apresentasse estes sintomas, adiávamos o levante. Durante a prática supervisionada, houve algumas puérperas que apresentaram hipotensão ortostática, pelo que se adiou o levante para mais tarde. Este procedimento teve o intuito de ajudar no restabelecimento da atividade na puérpera, a autonomia no autocuidado e no cuidado ao RN, prevenindo-se, deste modo, a hipotensão ortostática com a deambulação precoce, bem como a diminuição do risco de complicações tromboembólicas. Este levante tinha, ainda, como objetivo uma ida à casa de banho, pois uma mulher após o parto vaginal deverá urinar, de forma espontânea, entre as seis horas e as oito horas pós-parto (Castro & Centeno, 2012; OE, 2013; Royal College of Midwives, 2013; Lowdermilk et al., 2013; Montenegro & Rezende Filho, 2014; OE, 2015; NICE, 2015).

Atualmente ainda existem algumas crenças que são necessárias desmistificar e cabe ao EESMO certificar-se de que a puérpera está bem informada. Uma destas crenças é de que a puérpera deve ficar deitada na sua cama em repouso absoluto, não fazer nada e respeitar o tempo de “resguardo”. De acordo com a literatura é recomendável que a puérpera após se restabelecer do desgaste físico e emocional que envolveu o TP e parto, volte a caminhar assim que possível uma vez que a atividade reduz o risco de tromboembolismo, promove a recuperação do tónus muscular perdido durante a gravidez, a involução do útero, melhora a drenagem uterina e gera sentimentos de bem-estar. Esta recomendação é válida mesmo para aquelas a quem foi administrada anestesia geral e deve ser incentivada a caminhar com frequência logo que o efeito da anestesia tenha passado (Lima et al., 2017).

Após o levante, e não havendo registo de intercorrências, a puérpera era incentivada a iniciar a sua higiene pessoal, começando pela higiene perineal e mais tarde pelo duche.

Segundo os protocolos do CHTS, recomenda-se a lavagem da ferida perineal após a micção com água e sabão neutro, secar adequadamente e trocar frequentemente o penso higiénico. Lisboa e Madureira (2016) recomendam que a episiotomia seja lavada com água corrente e morna, uso de sabão com pH fisiológico/neutro, secagem com toalha limpa (bem seca, mas sem fricção) e troca frequente do penso higiénico. Além disso recomendam, tentar não se sentar sobre a cicatriz e aplicar gelo se houver hematoma, edema ou desconforto. No caso de cesariana, a cicatriz é abdominal e o penso é vulgarmente realizado no dia da alta hospitalar. Os pontos ou agrafos devem ser retirados passados oito a dez dias, pelo que se recomenda à puérpera no momento da alta, no domicílio evitar molhar o penso e examinar

o mesmo diariamente. Se o penso se encontrar repassado, apresentar dor intensa nessa zona ou apresentar febre, deve recorrer a um profissional de saúde.

No pós-parto estávamos também atentas ao foco “risco de retenção urinária” (OE, 2011a), pelo que o supervisionávamos a eliminação urinária para garantir que não haja retenção urinária, ou seja a incapacidade de micção espontânea, neste caso, após seis horas o parto vaginal, ou após desalgaliação no caso de cesariana (Montenegro e Rezende Filho, 2014).

Existem várias causas que podem estar associadas a esta situação, como a perda de tónus vesical durante a gravidez, a administração de ocitocina pois esta é antidiurética, a puérpera estar ainda sobre os efeitos da administração de opióides associado à analgesia provocada pela epidural e traumatismos do parto, que reduzem o reflexo de micção espontânea (Montenegro & Rezende Filho, 2014).

Durante a gravidez, ocorrem alterações na estrutura renal e pélvica, devido às ações das hormonas. Na gravidez ocorre o relaxamento do tónus por a ação da progesterona que relaxa a musculatura lisa, o que provoca diminuição da contratilidade da bexiga, aumentando a capacidade vesical até 1500ml. No entanto, a bexiga é comprimida pelo útero em crescimento, ocorrendo a urgência em urinar, mesmo quando a bexiga contém uma pequena quantidade de urina. Após o parto, ocorre o relaxamento dos músculos abdominais e a diminuição da pressão intra-abdominal que leva a um aumento da capacidade da bexiga, podendo conter entre 1000 a 1500ml de urina sem complicações (Graça, 2010; Castro & Centeno, 2012; NICE, 2015).

Portanto o risco de retenção urinária e distensão da bexiga foi explicado à puérpera. Esta foi incentivada a urinar com mais frequência, pois a distensão da bexiga e a retenção urinária pode conduzir ao comprometimento da CU o que eleva o risco de hemorragia e risco de infeção do trato urinário (Graça, 2010; Castro & Centeno, 2012; NICE, 2015).

No estágio, nenhuma puérpera apresentou dificuldades na micção espontânea, apesar de referirem sentir medo de urinar por antecipar a dor ou o desconforto no local da episiotomia. No entanto, o protocolo do serviço, quando existiam situações de retenção urinária, procedia-se ao esvaziamento vesical até à puérpera conseguir urinar espontaneamente.

No primeiro dia após o parto, a puérpera já pode fazer exercícios que promovessem o restabelecimento do tónus do soalho pélvico, como contrair e relaxar os músculos perineais prevenindo assim, a incontinência urinária e o fortalecimento da musculatura das áreas

afetadas pelo parto e pela gravidez e, nas semanas que se seguem, começar a efetuar exercícios de respiração abdominal (Lima et al., 2017).

A incontinência urinária de esforço (perda urinária associada a um esforço, como espirrar, tossir ou mesmo durante a relação sexual) e de urgência corresponde a outra complicação que pode ocorrer nas mulheres primíparas e múltíparas, após o parto eutócico e principalmente quando se trata de um parto distócico por fórceps ou ventosa, pelo risco aumentado de diminuir a força muscular do assoalho pélvico quando comparado à cesariana (Fritel et al., 2015).

O parto vaginal é um dos fatores de risco para a desnervação da musculatura, pois durante o segundo estadio do TP a cabeça fetal pode provocar compressão e alongamento do nervo podendo, causando estiramento dos tecidos e ligamentos da pelve (Fritel et al., 2015).

Contudo um parto distócico por cesariana também não é isento de risco. A gravidez acarreta mudanças fisiológicas e o aumento do peso do feto levam a uma maior pressão intra-abdominal e das estruturas do pavimento pélvico, sendo estes os principais fatores para o aparecimento desta patologia (Dumoulin et al., 2010; Bernardes et al., 2012).

A incontinência urinária no puerpério pode apresentar-se como uma situação transitória, resolvendo-se dentro dos primeiros três meses pós-parto. No entanto, os sintomas podem persistirem após esse período e a incontinência urinária permanecer por um longo prazo. Esta alteração afeta de forma negativa a qualidade de vida da mulher relacionada à saúde, podendo levar a infecções urinárias e interferindo no trabalho, na vida social e sexual das mulheres, o que pode gerar impacto negativo na qualidade de vida (Abrams, Smith & Cotterill, 2015).

O enfermeiro, pode atuar na orientação sobre como prevenir a incontinência urinária durante a gravidez e o pós-parto com exercícios de fortalecimento, utilizando imagens para ilustrar os grupos musculares envolvidos, além de elucidar, de forma sucinta, como tais movimentos podem melhorar a qualidade de vida (Lopes et al., 2017).

Os exercícios de Kegel, consistem em contrair os músculos que circundam parte da vagina, do reto e da uretra e têm o objetivo de fortalecer os músculos do assoalho pélvico contribuindo para a prevenção da incontinência urinária após o parto (Graça, 2010).

Os músculos corretos são identificados pela intenção de tentar parar o fluxo urinário, as contrações podem ser feitas rapidamente ou lentamente. A mulher pode realizar “Kegels lentos” apertando os músculos e mantendo a contração de três a dez segundos e os “Kegels

rápidos” por um segundo. As mulheres devem alternar series de Kegels rápidos e lentos. Os exercícios não requerem instrumentos e podem ser realizados em qualquer lugar e em qualquer posição (Aukee et al., 2002).

A mulher deve realizar oito a doze exercícios de contração dos músculos do assoalho pélvico três vezes ao dia em três/ quatro dias da semana (idealmente, todos os dias) (Brubaker, 2016).

Portanto, enquanto a puérpera esteve internada foram implementadas intervenções como incentivar a puérpera a urinar com frequência, ensinar, instruir e incentivar a puérpera a fazer exercícios de reforço pélvico três/ quatro vezes ao dia, como os exercícios de Kegel.

Os resultados podem ser observados a partir do primeiro mês, porém recomenda-se continuar o exercício por pelo menos por 3 meses para avaliar a resposta (Brubaker, 2016).

Algumas puérperas referiram que realizaram exercício de fortalecimento pélvico durante a gestação e que iriam continuar após o parto, sendo os mais citados os exercícios de Kegel e segurar o jato urinário.

Outro foco identificado nas puérperas foi o “risco de obstipação”.

Durante a gravidez, existe um relaxamento da musculatura intestinal pela ação da progesterona, que dificulta a formação das fezes e a sua expulsão. Após o parto, o trânsito intestinal pode estar comprometido devido à hipotonia do tônus muscular (Santos e Baptista, 2016).

Porém, estão associados outros fatores que podem comprometer o restabelecimento do trânsito intestinal: medo de efetuar esforços e ficar com dor perineal e anal, dor pela presença de lacerações e episiotomia, medicação analgésica administrada durante o parto e após o parto e jejum prolongado ou desidratação (Santos & Baptista, 2016).

Portanto, como intervenções de enfermagem, tínhamos, explicar à mulher que adiar defecar por medo ou dor podia provocar uma maior absorção de água no intestino e como consequência originar fezes mais ressecadas e ser necessário maior esforço e provocar desconforto, incentivar a puérpera a caminhar e a beber líquidos, assim como ingerir alimentos ricos em fibras (Royal College of Midwives, 2013; Graça, 2010).

Contudo, se até ao momento do dia da alta, a mulher ainda não tivesse restabelecido o trânsito intestinal, avaliávamos a necessidade de administrar terapêutica farmacológica com efeito laxante, que neste caso, a medicação disponível no serviço eram os micro-enemas

(Microlax), sendo que foram administrados frequentemente, pois muitas mulheres pediam ajuda por referirem medo em defecar devido à presença de dor perineal.

Também como já mencionado anteriormente, no parto vaginal pode ocorrer lacerações extensas, trauma, compressão e alongamento do nervo pudendo, existindo o risco de incontinência fecal. No local de estágio, nenhuma puérpera apresentou incontinência fecal e também não existiu nenhum caso de laceração de terceiro ou quarto grau com atingimento do esfíncter anal.

Neste estágio, para prevenção de complicações puerperais, fez parte das nossas intervenções a avaliação da CU/ Globo de segurança de Pinard. Esta intervenção realiza-se colocando-se uma mão ao nível do umbigo para estabilizar o útero e a outra mão acima da sínfise púbica, realizando pressão em direção ao abdômem, até encontrar o fundo uterino (Graça, 2010). Esta atividade de vigilância era realizada nas duas primeiras horas após o parto e uma vez por turno, de acordo com o protocolo do serviço, simultaneamente com massagem no fundo uterino, para estimulação da contratilidade uterina, observando-se também as características dos lóquios (cor, quantidade e cheiro), com a finalidade de identificar atempadamente o diagnóstico de enfermagem hemorragia pós-parto (HPP), sendo uma das complicações mais frequentes a atonia uterina (incapacidade do músculo uterino se contrair firmemente) (OE, 2015).

Algumas puérperas no internamento não apresentavam o útero bem retraído. Perante esta situação para diagnosticar a atonia uterina, realizávamos o exame físico pélvico bimanual (palpação uterina), e estimulávamos as contrações por meio de manobras de compressão uterina bimanual como observámos na figura seguinte ou pelo uso de fármacos uterotônicos ou, em último caso, métodos cirúrgicos (Banks & Norris, 2005 citado por Periard et al., 2011).



Figura 1. Manobra de Hamilton para avaliação do tônus uterino (ACOG, 2006)

A puérpera era estimulada a ser uma participante ativa nos cuidados, sendo informada e orientada sobre a relevância da massagem uterina, para facilitar o processo de involução uterina. Este é um processo que começa logo depois da dequitação, com contrações mais suaves do que as do TP, sendo vigorosas na multípara, especialmente aquando da amamentação. Após 12 horas do parto, o útero encontra-se aproximadamente dois centímetros abaixo do umbigo e a involução vai ocorrendo cerca de um a dois centímetros a cada 24 horas, e aproximadamente ao décimo dia de puérpero o útero estará ao nível da sínfise púbica (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2010 citado por Lowdermilk et al., 2013).

As principais causas de HPP são: atonia uterina, retenção de produtos da concepção e coágulos, lesões no trato genital e coagulopatia. A atonia uterina determina 80% de todos os casos. A HPP imediata é a causa mais frequente de morte nos países em desenvolvimento sendo por isso muito importante que o profissional de saúde, nomeadamente o EESMO seja capaz de prevenir e tratar esta situação quando ela ocorre (Corrêa, Aguiar, Melo, & Júnior, 2004 citado por Periard et al., 2011).

A HPP imediata é a presença de perda sanguínea de um volume de sangue igual ou superior a 500ml, nas primeiras 24 horas após a dequitação, com sinais ou sintomas de choque hipovolêmico como a sensação de lipotimia, palidez, hipotensão sustentada e /ou taquicardia (NICE 2017; Carvalhas et al., 2018). Em alguns casos, a perda sanguínea pode ser inicialmente discreta, podendo resultar, posteriormente, em choque. A hemorragia pode ocorrer a um ritmo lento durante várias horas e a condição pode não ser reconhecida até a mulher repentinamente entrar em choque. A hemorragia pós-parto é tardia quando ocorre após as 24 horas. Se a parturiente estiver com anemia uma perda sanguínea inferior a 500ml pode deteriorar a condição da doente. A avaliação do risco no período pré-natal não prevê efetivamente as mulheres que terão HPP (OMS, 2014).

Portanto, de acordo com a tabela seguinte, instruíamos as puérperas sobre quais os sinais e sintomas associados à HPP, e que em caso de alguma alteração deveriam comunicar ao EESMO.

Volume da perda sanguínea	Pressão arterial sistólica	Sintomas e sinais	Intensidade do Choque
500-1.000 mL (10-15%)	Normal	Palpitações, taquicardia, vertigem	Compensado
1.000-1.500 mL (15-25%)	100-80 mmHg	Fatigabilidade exacerbada, taquicardia, sudorese fria	Leve
1.500-2.000 mL (25-35%)	70-80 mmHg	Irritabilidade, palidez cutâneo-mucosa	Moderado
2.000-3.000 mL (35-50%)	50-70 mmHg	Colapso circulatório, dispneia intensa, anúria	Grave

Tabela 1. Manifestações clínicas principais associadas ao choque hemorrágico no pós-parto em função das perdas sanguíneas (Corrêa et al., 2004).

Também como intervenção de enfermagem de forma a detetar alguma anormalidade, tínhamos a vigilância dos lóquios (perda de sangue, muco e tecidos da parte interna do útero que são expelidos pela vagina), e ensino à puérpera das características dos lóquios e a sua evolução, sendo que estes lóquios durante o puerpério são normais, com as seguintes atributos: cheiro suigénis, hemático (com sangue) – durante os primeiros dias; sero-hemático (acastanhado, raiado de sangue) do terceiro ao décimo dia; e seroso (amarelado/esbranquiçado) a partir do décimo dia. Usualmente, este corrimento vai dissipando-se até à terceira semana após o parto, mas pode estender-se até à sexta semana. Aquando a deambulação e o levante é normal o fluxo dos lóquios aumentar pela ação da gravidade e com a amamentação pela libertação de ocitocina (Lisboa & Madureira, 2016).

Para assegurar a eficácia das contrações uterinas no pós-parto, é recomendado a administração profilática de uterotómicos, sendo a ocitocina como primeira escolha durante terceira fase do parto associada à tração controlada do cordão umbilical revela redução no risco de HPP na ordem de 60% e diminuição no uso de uterotónicos extras em 70% (Periard et al., 2011; OMS, 2014).

O risco de atonia uterina acresce quando ocorre hiperdistensão uterina, como gravidezes gemelares, polidrâmnio (excesso de líquido amniótico) e macrossomia (maioritariamente causada pelo excesso de peso do RN) (Periard et al., 2011).

O uso de sulfato de magnésio, muito utilizado na pré-eclâmpsia e eclâmpsia, possui como efeito adverso a alteração da CU no pós-parto, aumentando deste modo, a probabilidade de

atonía uterina, e estão também relacionados à inflamação corioamniótica, retenção da placenta e condições que modificam a anatomia uterina (míomatose, útero bicorno) (Periard et al., 2011).

Existem situações que conduzem à fadiga uterina, como o parto prolongado ou acelerado e multiparidade, que aumentam o risco de atonia uterina. A idade materna inferior a 20 anos e superior a 40 anos também é um fator de risco para atonia uterina. Também, antecedentes de atonia uterina pós-parto em gravidezes anteriores revelam um maior risco de reincidência. Por último, temos a obesidade vinculada a um aumento na taxa de atonia uterina (Periard et al., 2011).

Apesar da presença de todos estes fatores de risco, não existe prognóstico credível da incidência de HPP, pelo que somente 40% dos casos de atonia uterina ocorre na presença de algum fator de risco (Periard et al., 2011).

Assim, neste estágio, quando a puérpera no período pós-parto, realizam-se intervenções que garantissem e promovessem a saúde e bem-estar da mulher. Todas as mulheres no pós-parto foram rigorosamente monitorizadas para identificar as que possam desenvolver HPP. Realizávamos as intervenções: monitorização dos sinais vitais, avaliação do globo de segurança de Pinard, vigilância do volume sanguíneo perdido através da saturação dos pensos e características dos lóquios; instruir e incentivar a puérpera a efetuar a massagem uterina; incentivar e estimular a eliminação urinária voluntária para prevenir a distensão urinária; incentivar a ingestão de água para que a reposição de líquidos e a produção de leite seja alcançada; incentivar o repouso por períodos, para diminuir a fadiga das puérperas para estarem aptas para cuidar do RN, e por último, incentivar a deambulação para prevenir o tromboembolismo, restaurar a vitalidade e exteriorização dos lóquios.

Outra intervenção de enfermagem, decorrente de prescrição médica, realizada à puérpera foi a administração da imunoglobulina anti-D. A profilaxia anti-D atua como prevenção da doença hemolítica perinatal (Schmidt, Júnior, & Loures, 2019).

A doença hemolítica perinatal foi uma significativa causa de morte fetal e do RN, sendo caracterizada pela ação de anticorpos maternos contra antígenos de grupo sanguíneo, de origem paterna, presentes nas células fetais ou do RN. Apenas anticorpos da classe IgG são capazes de atravessar a placenta e, portanto, causar anemia, hidropsia ou morte fetal. Nos RNs afetados, a destruição de células vermelhas pode levar à anemia e à icterícia, e como consequência o desenvolvimento de kernicterus no RN, síndrome caracterizada pela impregnação de bilirrubina nos núcleos da base cerebral (Schmidt et al., 2019).

O principal antígeno de grupo sanguíneo associado à doença hemolítica perinatal é o antígeno D, um dos 50 antígenos do sistema Rh. A introdução da profilaxia Rh na grávida e puérpera com RhD negativo não-aloimunizadas, diminuí significativamente a incidência de doença hemolítica perinatal (Schmidt et al., 2019).

A efetividade da profilaxia pós-parto é muito alta, todavia a erradicação da doença ainda não foi alcançada, sendo muitas as causas da existência da doença hemolítica perinatal atualmente, como a não-administração ou a administração inadequada da imunoglobulina anti-D, sensibilização não-detetada, administração tardia, história desconhecida de abortos prévios e hemorragia feto-materna (Schmidt et al., 2019).

Portanto, a todas as grávidas com RhD negativo, a primeira dose de imunoglobulina Anti-D (300µg de imunoglobulina anti-D, via intramuscular) era administrada às 28 semanas de gestação e a segunda dose era administrada se concordância da puérpera, nas primeiras 72 horas após o parto de um RN com RhD-positivo (NICE, 2015; DGS, 2007).

Outro foco de atenção relativamente às puérperas, foi a amamentação.

Quando a puérpera chegava ao serviço, consultávamos o processo clínico para ter conhecimento se a amamentação já tinha sido iniciada na sala de partos e a hora da última mamada. A puérpera era abordada sobre sua intenção de amamentar e se amamentar fazia parte dos cuidados ao RN.

A amamentação é a forma mais natural do RN obter os nutrientes que necessita para um crescimento e desenvolvimento saudável (Real, 2010; Mosca & Gianni, 2017; OMS, 2017b; OMS, 2017c).

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam que a amamentação deve ser encorajada o mais precocemente possível e que se inicie na primeira hora de vida do RN prolongando-se de forma exclusiva até aos seis meses. Desde o nascimento até aos seis meses, o RN deverá alimentar-se apenas de leite materno, sem ingestão de qualquer alimento ou bebida, incluindo a água (OMS, 2011; Levy & Bértolo, 2012; OMS, 2017b; OMS, 2017c).

A partir dos seis meses, o leite materno deve ser complementado com a introdução de alimentos sólidos, devendo manter-se pelo menos até aos dois anos (Real, 2010; OMS, 2011; Binn, Lee & Low, 2016; OMS, 2017b; OMS, 2017c; Mosca & Gianni, 2017).

Nesta fase da preparação para a parentalidade, o sucesso da amamentação era um dos objetivos a ser alcançado, respeitando e aceitando, obviamente, a opção de quem não queria amamentar e após garantirmos de que esta mãe está bem informada sobre a amamentação e todos os seus benefícios.

Às puérperas explicávamos as vantagens do leite materno e as possíveis desvantagens do leite adaptado. Em todas as mamadas incentivávamos e apoiávamos o estabelecimento da amamentação exclusiva e supervisionávamos a mamada.

A amamentação tem inúmeros benefícios para o bebé, para a mãe, para a família e para o ambiente.

A prevenção de doenças é um dos grandes benefícios. Os RN's que são amamentadas são mais saudáveis. Têm mais proteção imunológica (proteção contra o aparecimento de infeções gastrointestinais (diarreias), respiratórias (pneumonias e bronquiolites) e urinárias), proteção de desenvolvimento de doenças alérgicas (Li, Liu, Jiang, Xu, Lei, 2017) e aparecimento de doenças crónicas como a diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, excesso de peso e obesidade, doença de crohn, colite ulcerosa, doença celíaca e linfomas; um menor risco de síndrome de morte súbita; melhor desenvolvimento cognitivo (Belfort, Anderson, Nowak, Lee, Molesworth, Thompson, et al., 2016) e crescimento e desenvolvimento saudável (melhor desenvolvimento da visão, das mandíbulas, dos dentes e da fala, reduz a propensão a cáries dentárias e facilita a digestão e o funcionamento do intestino) (Bener, Ehlayel, Alsowaidi & Sabbah, 2007, Real, 2010; Levy & Bértolo, 2012; Goldsmith,; O'Sullivan, Smilowitz, Freeman, 2015; OPAS/OMS, 2016; Poudel & Shrestha, 2016).

Também para a mãe, a amamentação tem benefícios, sendo um método prático, pois não há necessidade de preparação e desinfeção de material, uma vez que o leite se encontra disponível sempre na temperatura ideal e devidamente esterilizado; ajuda na recuperação rápida do corpo materno; contribui para uma involução uterina mais precoce, reduz a HPP, funciona como um controlo de fertilidade. A amamentação está também associada a uma menor probabilidade de desenvolvimento de doenças na mulher, como cancro da mama, cancro do ovário (devido à supressão da ovulação), osteoporose, doenças cardíacas, diabetes mellitus tipo 2, artrite reumatoide e depressão pós-parto (Real, 2010; Levy & Bértolo, 2012; Kalra, Gupta & Kalra, 2015; Binn, Lee & Low, 2016; Victora, Bahl, Barros, Franca, Horton, Krasevec et al., 2016).

De acordo com os autores, a amamentação aumenta a confiança da mãe, a satisfação e a sensação de bem-estar e promove uma ligação emocional entre a díade mãe e filho (Real, 2010; Levy & Bértolo, 2012).

A amamentação também é considerada uma alimentação ecológica, uma vez que não há necessidade de embalagens, utensílios e gasto de energia e recursos, não contribui para a poluição e é uma prática económica uma vez que se poupa dinheiro em leite artificial, biberões e esterilizações (Real, 2010).

Apesar de se conhecer os benefícios da amamentação, a decisão de amamentar é uma decisão pessoal que está sujeita a numerosas influências.

Muitas vezes a decisão de não amamentar ou o abandono da amamentação, ocorre por falta de informação, pelo que é importante esclarecer alguns mitos, crenças e ideias preconcebidas.

De acordo com Levy e Bértolo (2012) as aulas de preparação para o parto durante a gravidez, deverão fazer parte da rotina da futura mãe, no sentido de a familiarizar com o início da amamentação.

Durante o internamento fomos realizando sessões de educação sobre a amamentação, individualmente e em conjunto, conforme as dúvidas apresentadas. O apoio é também fundamental para a puérpera ultrapassar situações de insegurança, ansiedade e stresse, que faz com que desista da amamentação precocemente (Levy & Bértolo, 2012; Vilas Boas, 2013).

A transmissão de conhecimentos, práticas e experiências vividas favoráveis numa família também ajudam na decisão de amamentar (Levy & Bértolo, 2012; Vilas Boas, 2013).

Quanto aos principais motivos para o abandono da amamentação, Campos (2015) refere o regresso ao trabalho. A licença de maternidade prolongada (sem penalizações) bem como a disponibilidade de pausas e salas no local de trabalho para amamentar, são aspetos importantes a pôr em prática. A possibilidade de extração e conservação do leite é também uma estratégia para promover a continuidade da amamentação.

Os motivos para o abandono da amamentação são bastante subjetivos, pelo que os mais apontados pelas mães são: o bebé não fica satisfeito, acreditam que produzem pouco leite e o leite era fraco (Campos, 2015).

Relativamente às razões mais objetivas, as mais apontadas são: o RN não conseguir mamar e não aumentar de peso, o ingurgitamento mamário, mamilos dolorosos e/ou com fissuras e

mastite. Quanto à decisão de introdução de leite adaptado, a puérpera é muitas vezes influenciada pelo médico assistente que o prescreveu e sugerido por algum familiar (Levy & Bértolo, 2012; Vilas Boas, 2013).

De acordo com Levy e Bértolo (2012), as situações que impedem temporariamente as mães de amamentar, são mães com doenças infecciosas, como varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada ou situações em que seja necessário recorrermos a certo tipo de medicação.

Portanto, as nossas intervenções foram essencialmente educativas, com a finalidade de promover a amamentação, aumentando o conhecimento e a capacidade da mãe para amamentar.

Durante a prática clínica, verifiquei que existiam bastantes dúvidas e mitos sobre a amamentação. Muitas mães não tinham realizado preparação para a parentalidade e não tinham experiência em amamentar.

As primeiras duas semanas de amamentação podem constituir-se como momentos difíceis, altura em que surgem dificuldades e muitas dúvidas que requerem suporte à mãe para o estabelecimento da autoconfiança e resolução das dificuldades apresentadas, que poderão estar associadas ao abandono precoce da amamentação (Vila Boas, 2013).

Apesar de a amamentação ser um ato natural, não é totalmente instintiva, a mãe requer de alguns conhecimentos e habilidades para a amamentação ser prolongada com êxito, pelo que O EESMO deve apoiar, ensinar e instruir os pais, de forma a desenvolverem conhecimentos e capacidades para tomar conta do RN e a tomar decisões (Santos e Baptista, 2016).

Uma das dúvidas referidas pelas mães, era de quanto em quanto tempo, o RN deve mamar. A literatura afirma que horário não é importante, a mãe deve amamentar o RN sempre este tenha fome, seja de dia ou de noite, porém o bebé deve mamar pelo menos 8 vezes por dia. Esta recomendação, é conhecida como amamentação em livre demanda, sem horário estipulado (OMS, 2015; OMS, 2017b; OMS, 2017c).

No local de estágio, o EESMO recomendava as puérperas a amamentar de três em três horas, para ter um controlo da ingestão nutricional do RN. No caso de RN's de baixo peso e macrossómicos recomendávamos encurtar o tempo entre as mamadas devido ao risco de hipoglicemia (OMS, 2017c). Era bastante comum, no local de estágio, o EESMO aquando presença destes RN's e quando presença de gémeos após amamentação, oferecer leite

adaptado para evitarem hipoglicemias e para diminuir o tempo de amamentação da puérpera prevenindo a exaustão.

Durante a prática supervisionada, deparamos, que esta intervenção colocava as mães inseguras, com a sensação que o seu leite não era suficiente, era fraco e não alimenta. Estas ficavam com dúvidas e sem saber se após alta, deveriam continuar com esta suplementação para o RN não ficar com fome e se deveriam suplementar em todas as mamadas.

Esta intervenção era um método simplista, e não exigia tanto tempo e disponibilidade da parte da puérpera e da nossa parte. De acordo com a literatura, o leite da mãe é suficiente para o lactente. A mãe deve conhecer as características do colostro e do leite, pois inicialmente o colostro tem um aspeto aquoso, de seguida o leite ficará amarelo, sendo o leite de transição e depois branco, leite maduro. Perceber também que a capacidade gástrica do RN vai aumentando de dia para dia, e que nos primeiros dias, a capacidade gástrica é muito pequena (Real, 2010; Mosca & Gianni, 2017).

O lactente quando tem fome apresenta agitação, leva as mãos à boca, abre a boca e roda a cabeça num sentido de procura (Levy & Bértolo, 2012).

Contudo, se após três horas da última mamada, o RN não apresentar os sinais supracitados e se apresentar sonolento, a puérpera era incentivada a estimular o RN, que passava por fazer cócegas nos pés, massagem na região dorsal, trocar a fralda e ir despindo o RN até este ficar desperto (Cardoso, 2011; Levy & Bértolo, 2012).

A duração da mamada ou o intervalo entre elas não é importante, pois a maior parte dos RN's mama o necessário em 4 minutos, sendo que outros demoram 30 minutos ou mais. A mãe deve perceber se o bebé está realmente a mamar ou se está a utilizar a mama apenas como chupeta, o que pode criar fissuras nos mamilos e levar a mãe a desistir de amamentar (Levy & Bértolo, 2012; OMS, 2015; OMS, 2017c).

De acordo com a literatura, o RN deve esvaziar uma mama até ao fim e só depois oferecer a outra, alternando na mamada seguinte. A interrupção precoce de uma mamada impede que o RN ingira o leite final, mais rico em gorduras e calorias, o que traz consequências ao nível da eficácia da amamentação, da satisfação do bebé e da produção de leite (Levy & Bértolo, 2012; Vilas Boas, 2013; OMS, 2015; OMS, 2017c). Se o RN não esvaziar completamente a mama, esta não recebe o estímulo adequado e acaba por não produzir leite suficiente.

Era explicado também à puérpera, que nos primeiros meses é normal que o RN perca algum peso, o que não significa que haja algum problema com o leite (OMS, 2015).

A UNICEF e a OMS recomendam que nas primeiras semanas de vida se evite o uso de biberão e chupeta, pois o formato da tetina da chupeta e do biberão é diferente do mamilo, o que leva a confusão por parte do RN e fazer com que este rejeite a mama e apresente dificuldades na forma de sucção, podendo traumatizar o mamilo e levar à diminuição da produção de leite (Levy & Bértolo, 2012; OMS, 2015b).

Para o sucesso da amamentação é fundamental a boa pega do RN, para que realize uma sucção efetiva (Pereira, 2004).

O posicionamento da mãe e do RN durante a amamentação interfere na pega do RN e é um assunto que muitas mães questionam e têm dúvidas sobre qual é a melhor posição para dar de mamar.

À mãe era explicado que existem diferentes posições, como sentada, deitada ou de pé. Contudo o mais importante era que ambos estivessem confortáveis e que a mãe se adapte à posição, pois uma má postura pode causar obstáculos à amamentação (Real, 2010; Levy & Bértolo, 2012).

As posições mais adotadas no internamento pelas puérperas foi a posição tradicional de embalar, em que o bebê fica de lado de modo a que o seu corpo contacte com o corpo da mãe e em decúbito lateral com a cabeça apoiada na almofada.

Na posição sentada, incentivávamos a puérpera a colocar uma almofada sobre as pernas para apoiar o RN e a manter as costas apoiadas para ficar mais confortável (Levy & Bértolo, 2012).

Durante a mamada, estávamos atentas à posição, pelo que íamos corrigindo. O RN deve ficar colocado de frente à mama com a sua boa à altura do mamilo, corpo e cabeça alinhados e apoiados e abdómen voltado para o abdómen da mãe (Levy & Bértolo, 2012).

Para o sucesso da amamentação, é importante a posição do bebê enquanto mama e observar sinais de uma pega correta. Assim, para iniciar a mamada, o corpo do RN deve estar próximo e voltado para a mãe, pescoço ereto e nariz livre. A mãe deve segurar a mama e não apenas o mamilo, colocando o polegar acima da aréola e o indicador por baixo da mama como um C. O bebê deve aproximar-se por debaixo do mamilo, de modo a colocar a língua por baixo; o queixo e mandíbula encostados à mama e a boca bem aberta, bochechas arredondadas; o lábio inferior do lactente deve estar voltado para fora, de forma a que abocanhe o mamilo e a maior parte possível da aréola. O RN não deve fazer sucção apenas no mamilo, pois assim não fará extração eficaz e pela pressão exercida pode provocar gretas e fissuras no mamilo (Pereira, 2004; Real, 2010; Levy & Bértolo, 2012; NICE, 2015).

Para a mãe que duvida que o seu leite não está a ser suficiente, que o RN não está a mamar corretamente ou que não está satisfeito, existem indicadores que podemos transmitir que nos indicam uma amamentação eficiente, sinais de fome/ saciedade do RN sendo eles: o lactente apresenta uma deglutição auditiva, observa-se os movimentos vigorosos das mandíbulas, é um sinal de saciedade quando o RN liberta espontaneamente a mama e fica relaxado; normalmente após cada mamada, o RN apresenta uma micção. A mãe, irá sentir durante a mamada, a mama a ficar vazia e menos tensa (NICE, 2015; Levy & Bértolo, 2012).

Após a mamada é importante colocar o RN a eructar. A maioria dos pais detinham conhecimento sobre os benefícios e a posição. A posição mais escolhida era a posição vertical, em que seguravam o lactente nas nádegas e cabeça encostado no ombro, dando palmadinhas suaves nas costas (Cardoso, 2014).

Era explicado aos pais que após a mamada deve-se evitar manipulações bruscas do RN após e que este pode regurgitar uma pequena quantidade de leite e que por isso é importante colocar o RN a eructar, prevenindo situações de asfixia. Se pretendem deitar o lactente após a mamada, devem colocar o RN em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada ou em decúbito lateral esquerdo (Cardoso, 2014).

Observamos no decorrer da prática clínica, que o tipo de mamilo da mãe, a presença de dor e fissuras estava intrinsecamente relacionado com o sucesso/ dificuldades à amamentação. Existem diferentes tipos de mamilo, sendo eles o normal, raso, invertido ou umbilicado.

As mães com mamilos rasos (mamilos que não sobressaem para além do plano da aréola) e invertidos (que se afundam para o interior da mama) poderão amamentar, porém, podem ter mais dificuldades na pega, pelo que aconselhávamos a puérpera a usar mamilos de silicone (Levy & Bértolo, 2012). Quanto à presença de dor no mamilo, mesmo sem lesões visíveis pode constituir uma dificuldade na prática da amamentação. Esta dor pode ser uma dor fisiológica transitória, que normalmente ocorre nos primeiros dias e que se deve a uma pressão negativa gerada sobre os ductos pouco preenchidos (Levy & Bértolo, 2012).

A má pega também pode ser uma das causas de dor no mamilo, pelo que estávamos atentas à pega. Uma pega incorreta, pode ter como consequências pequenas lesões, fissuras e gretas (Pereira, 2004; Levy & Bértolo, 2012).

Existem algumas estratégias para prevenir lesões mamilares e também quando já apresenta algum rubor, dor/ sensibilidade, maceração ou fissura mamilar. Assim, ensinávamos à mulher que deve evitar o uso de biberão e chupeta que leva à confusão tetina-mamilo; evitar

interromper bruscamente a amamentação sem colocar um dedo na boca do RN para interromper o vácuo; realizar a higiene da mama com água tépida pelo menos uma vez dia e de preferência deixar secar ao ar e sempre que possível expor as mamas ao ar livre após cada mamada; incentivar a colocar algumas gotas de colostro à volta do mamilo, pois ajuda na regeneração dos tecidos e previne lesões; aconselhamos a utilização de arejadores de mamilo e a evitar o uso de discos absorventes, pois diminuem a ventilação do mamilo e o uso de um soutien apropriado para amamentação ajustado ao tamanho da sua mama (Pereira, 2004; Levy & Bértolo, 2012; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015).

Na presença de gretas e fissuras mamilares, no local de estágio o EESMO aconselhava para além das medidas anterior descritas, a aplicação tópica de Lanolina (Purelan) em pomada após cada mamada. Normalmente, a dor é intensa, no entanto continuamos a incentivar a mulher a continuar com a amamentação para prevenir o ingurgitamento mamário.

O ingurgitamento mamário resulta da acumulação excessiva de leite materno causando desconforto e dor à mãe. Ocorre quando o RN mama menos leite do que a quantidade que a mãe está a produzir, devido à estase do fluxo lácteo, ao aumento da vascularização e enchimento dos alvéolos. Surge mais frequentemente no período da descida do leite, nos primeiros 5 dias após o parto (Mangesi & Zakarija-Grkovic, 2016).

Aquando ingurgitamento mamário, que pode ocorrer apenas numa mama ou em ambas, a mama fica dolorosa, tensa, quente, a pele fica brilhante, edemaciada, endurecida e distendida, o leite não flui com facilidade e a mulher pode apresentar febre (Levy & Bértolo, 2012; Mangesi & Zakarija-Grkovic, 2016).

O EESMO deve recomendar as seguintes medidas: incentivar a puérpera a dar de mamar mais frequentemente, com uma posição correta e a esvaziar a mama em cada mamada. A mãe deve recomeçar a próxima mamada pela mama que terminou na mamada anterior, ou seja, caso o RN só tenha mamado numa mama, deve começar pela que não mamou. Se o RN não mamar o suficiente, a puérpera deve extrair manualmente ou com uma bomba de sucção; realizar massagem na mama em movimentos circulares, nas regiões endurecidas, promovendo a vasodilatação, com o objetivo de fluidificar e estimular o reflexo de ejeção do leite; usar compressas frias/ chuveiro entre as mamadas ou após, promovendo a vasoconstrição para diminuir a dor e o edema (Levy & Bértolo, 2012; NICE, 2015; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015; Mangesi & Zakarija-Grkovic, 2016).

No internamento, apenas verifiquei duas mães que tinham o RN na neonatologia que ficaram com ingurgitamento pelo que tinham necessidade de extrair com a bomba de sucção para depois alimentar o RN. O leite à temperatura ambiente, pode ser conservado entre seis a oito horas, até oito dias no frigorífico e no congelador até duas semanas (Levy & Bértolo, 2012; NICE, 2015; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015; Mangesi & Zakarija-Grkovic, 2016).

Outra complicação que ocorre habitualmente duas ou três semanas após o parto e que pode proporcionar dificuldades na amamentação, mas que não a impede, são as mastites, inflamação das glândulas mamárias (Levy & Bértolo, 2012; Mangesi & Zakarija-Grkovic, 2016).

Um dos principais fatores que podem desencadear a mastite é a conjugação do ingurgitamento mamário com a fissura. Mais uma vez a pega incorreta, a sucção inadequada pode fazer com que surjam fissuras que acabam por ser uma porta de entrada para bactérias (Levy & Bértolo, 2012; Mangesi & Zakarija-Grkovic, 2016).

A presença de rubor, presença de secreção ou pús e febre por mais de três dias, requer não só do acompanhamento do EESMO, bem como médico para prescrever medicação analgésica ou antibioterapia caso existência de um processo infeccioso (Levy & Bértolo, 2012; Mangesi & Zakarija-Grkovic, 2016).

Na minha prática clínica, não contatei com nenhuma mulher com mastite. Porém, algumas relataram antecedentes da amamentação anterior e que sentiam receio de voltarem a ter.

Concluindo, a amamentação foi a que exigiu mais intervenções e disponibilidade por parte do EESMO, porém, foi a mais gratificante, pois verificamos que as mulheres que tinham sucesso na amamentação sentiam-se empoderadas e felizes.

Como já foi referido, no período pós-parto a mãe passa por diversas mudanças, tanto emocionais como físicas. O período pós-parto envolve o casal, onde aprendem a cuidar do seu filho e aprendem a funcionar como uma unidade familiar que se alterou.

A puérpera precisa de descansar sempre que tiver oportunidade para repor a sua força, alimentar-se e hidratar-se adequadamente e irá necessitar de ajuda durante as primeiras semanas para cuidar de si, da casa e do RN.

Nas primeiras semanas, uma mãe precisa ser dispensada de todas as responsabilidades além de alimentar o bebé e cuidar de si mesma. Explicámos à puérpera que deve tentar dormir

quando o bebê dorme. Isso pode representar apenas alguns minutos de repouso várias vezes ao dia, mas são minutos que se somam. Por este motivo aconselha-se a que a cama do RN esteja perto da cama da mãe para que possa facilmente alimentá-lo durante a noite (Children's Hospital of Philadelphia, s.d.).

Os pais descobrem que os bebês têm padrões de sono diferentes dos adultos, ao qual despertam mais ou menos a cada três horas para mamar. Em particular a mãe, pode surpreender-se com a exaustão, pois um sólido sono de oito horas pode não acontecer novamente por vários meses (Children's Hospital of Philadelphia, s.d.). Deste modo, no estágio, informávamos o pai e a mãe sobre o que pode acontecer e como podem aproveitar para descansar.

Muitos pais desfrutam de visitas de amigos e familiares, mas as mães, especialmente do primeiro filho, não devem sentir-se obrigadas a receber estas visitas e a divertir-se. Devem sentir-se à vontade para se desculpar porque necessitam de dormir um pouco ou para alimentar seu bebê. A mãe deve ainda ser incentivada a sair por alguns minutos por dia e pode e deve começar a andar e fazer exercícios pós-parto (Children's Hospital of Philadelphia, s.d.).

Alertamos os pais que é muito comum, após o parto, as puérperas apresentarem perturbações e privação do sono devido às exigências inerentes a cuidar de um RN e aos padrões de sono fragmentado do RN (Gay, Lee, & Lee, 2004; Filtness, MacKenzie, & Armstrong, 2014; Schub & Engelken, 2017). A privação do sono pode levar à diminuição da percepção do bem-estar das mães podendo ter um impacto negativo na sua saúde e, conseqüentemente, na competência para cuidar do RN (Schub & Engelke, 2017). É importante que a puérpera se consiga manter funcional pois com a privação do sono diminui a capacidade para o funcionamento normal durante o dia, incluindo a capacidade para lidar com o inesperado, mudanças, distrações, assim como, a capacidade para avaliar riscos. No entanto, a qualidade do sono vai melhorando à medida que o tempo passa pois há uma redução da fragmentação do sono do RN (Filtness et al., 2014). Além disso, as puérperas também sofrem usualmente de fadiga, que aumenta também devido às alterações no sono após o parto e têm implicações na saúde física e mental da mulher, tal como, nos relacionamentos, emprego e competências parentais (Gay et al., 2004).

Após o parto, os níveis de hormonas (estrogénio e progesterona) no corpo de uma mulher caem rapidamente. Isso conduz a mudanças comportamentais que podem provocar mudanças de humor. Além disso, muitas mães são incapazes de obter o descanso de que

necessitam para recuperarem completamente do parto. A privação constante do sono pode levar ao desconforto físico e à exaustão, o que pode contribuir para os sintomas da depressão pós-parto (National Institute of Mental Health, s.d.).

O período de internamento é curto e existe uma série de mudanças a acontecerem na vida do casal e torna-se difícil um diagnóstico neste sentido. De qualquer modo é um fator para o qual estamos atentos no serviço de obstetrícia e é um assunto abordado com o casal antes da alta, explicando que o período pós-parto pode representar um momento de crise, favorável ao aparecimento de problemas emocionais nos pais, como são exemplo disso o blues pós-parto e as depressões pós-parto (Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004).

O "baby blues" ou blues pós-parto é um termo usado para descrever os sentimentos de preocupação, infelicidade e fadiga que muitas mulheres experimentam depois de ter um bebé. Os bebés necessitam de cuidados, pelo que é normal que as mães se preocupem, ou se cansem, de providenciar esse cuidado. "Baby blues", afeta até 80% das mães, inclui sentimentos que são mais suaves do que a depressão pós-parto, duram uma semana ou duas e desaparecem (National Institute of Mental Health, s.d.).

Explicámos os principais sintomas que uma mulher com depressão pós-parto pode experimentar e se presentes, devem procurar o profissional de saúde que a acompanha. O sintomas incluem: sentir-se triste, sem esperança, vazio ou sobrecarregada; chorar com mais frequência do que o habitual ou sem motivo aparente; preocupar-se ou sentir-se excessivamente ansiosa; sentir-se temperamental, irritável ou inquieto; dormir mais do que o normal, ou ser incapaz de dormir, mesmo quando o bebé está a dormir; ter problemas em concentrar-se, lembrar detalhes e tomar decisões; experimentar sentimentos fúria ou de raiva; perda de interesse em atividades que geralmente eram agradáveis; sofrer de dores físicas, incluindo dores de cabeça frequentes, problemas de estômago e dores musculares; comer muito pouco ou em demasia; evitar amigos e familiares; ter dificuldades em vincular ou formar uma ligação emocional com o bebé; duvidar, de forma persistente, da sua capacidade de cuidar de seu bebé; e pensar em prejudicar-se a si mesma ou ao seu bebé (National Institute of Mental Health, s.d.).

No caso da depressão pós-parto, as manifestações clínicas geralmente aparecem quatro semanas após o parto. Os sentimentos de tristeza e ansiedade podem ser extremos e podem interferir na capacidade de uma mulher cuidar de si mesma ou de sua família (Tavares & Botelho, 2009).

Devido à gravidade dos sintomas, a depressão pós-parto geralmente requer tratamento. Esta patologia, ocorre em cerca de 10 a 15% das mulheres, o que significa que uma em cada sete mulheres tem probabilidade de vir a sofrer de depressão pós-parto (Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004; Lintner & Gray, 2006; Ingram & Taylor, 2007 citado por Tavares & Botelho, 2009).

Esses sintomas, que podem ter origem em fatores biológicos, obstétricos, psicológicos ou sociais, incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação de incapacidade para lidar com novas situações, queixas psicossomáticas, bem como dificuldades no estabelecimento de laços parentais (Lintner & Gray, 2006; Cho, Kwon, & Lee, 2008; Dennis & Creedy, 2008 citado por Tavares & Botelho, 2009).

É importante, que os pais estejam com atenção a estes sinais e sintomas, que é frequente, principalmente a mãe experienciar alguns destes sinais e sintomas, e que não devem temer procurar o quanto antes o profissional de saúde que a acompanha para a ajudar o mais precoce possível.

Quanto ao tema sobre a sexualidade, este tema foi abordado na preparação para a alta ao longo do internamento.

Este tema por vezes era abordado por interesse da puérpera/ casal ou colocado por nós EESMO por percebermos que é um tema desconfortável para o casal e que existem imensas dúvidas e expectativas.

Algumas mulheres questionavam quando poderiam retomar a atividade sexual e coital.

De acordo com Dabiri, Yabandeh, Shahi, Kamjoo e Teshnizi (2014) a puérpera pode retomar a atividade quando se sentir confortável, sendo que o mais aconselhável é após duas a quatro semanas pós o parto e aquando presença de lesões perineais, estas estejam cicatrizadas.

Na fase do puerpério é normal a mulher sinta algum desconforto ou dor, ainda que transitório. Um dos motivos é o desinteresse da atividade sexual por medo de presença de dor, e também pelo cansaço das responsabilidades acrescidas (Dabiri et al., 2014).

A mulher pode também sentir diminuição da libido e conseqüentemente secura vaginal associada aos baixos níveis de estrogénios e apresentar dispareunia, dor genital persistente ou recorrente associada com o ato sexual (Pissolato, Alves, Prates, Wilhelm, & Ressel, 2016).

Portanto, aconselhamos o casal que sempre que apresentassem dúvidas procurassem um profissional de saúde e abordassem o tema sem receio. Na presença de secreta vaginal, aconselhamos o uso de lubrificantes à base de água ou cremes com estrogénio tópico, para atenuar o desconforto durante a relação sexual (Dabiri et al., 2014; Hanan, Soad, Heba, & Huda, 2017).

Em seguimento deste tema, avaliávamos o conhecimento do casal quanto à contraceção no puerpério.

Mulheres que amamentam exclusivamente asseguram os picos constantes de prolactina, com conseqüente inibição da ovulação, ocorrendo amenorreia, pelo que pode ser um método contracetivo natural temporário.

No entanto, este método é imprevisível. A amamentação e a amenorreia não são garantias de ausência de risco de gravidez, pelo que recomendámos o uso de um método contracetivo hormonal e de barreira (DGS, 2008a; ACOG, 2018; NICE, 2017a).

O uso de métodos de barreira, principalmente o uso do preservativo, foi o método mais aconselhado, até à consulta de revisão do puerpério, que ocorre entre a quarta e a sexta semana pós-parto, momento em que o método contracetivo hormonal poderá ser prescrito.

O contracetivo hormonal mais indicado é o progestativo, pois não influencia na quantidade e qualidade do leite materno. Contudo, este contracetivo deve ser iniciado após a sexta semana após parto por não ser conhecido as conseqüências para o RN, nomeadamente efeitos na função cerebral e hepática do RN.

Portanto, a escolha do método contracetivo deve ser sempre discutida com o profissional de saúde, avaliando caso a caso (DGS, 2008b; ACOG, 2018; NICE, 2017a).

3.1. Cuidados ao RN

Não podia passar por este capítulo do relatório de estágio sem referir os cuidados para com o RN, pois é nesta altura de curto internamento da puérpera e RN que estes cuidados são prestados e que despoletam muitas dúvidas aos recentes pais.

Relativamente ao RN, os focos de atenção, no decorrer deste estágio, foram: desenvolvimento infantil e papel parental.

Após o nascimento do bebé, é importante o EESMO observar parâmetros de normalidade e sinais de alerta e avaliar os conhecimentos e habilidades básicos parentais relativos à promoção e vigilância de saúde infantil e reconhecer o padrão de desenvolvimento e crescimento do RN para poderem tomar decisões aquando desvio da normalidade (Cardoso, 2011).

Quanto aos cuidados imediatos do RN, no caso de um parto vaginal, eram efetuados no Bloco de Partos e o RN era admitido simultaneamente com a mãe, sendo os cuidados asseverados pela equipa de enfermagem. Se o parto fosse distócico por cesariana, logo após o nascimento, o RN era observado pelo neonatologista e só depois transportado numa incubadora de transporte para o Serviço de Obstetrícia, onde eram realizados os primeiros cuidados imediatos.

Na admissão do RN no serviço, era retificada a identificação do RN e inserida uma pulseira eletrónica de segurança no bebé; explicando à puérpera sobre o fundamento da colocação desta pulseira; consultamos o processo clínico do RN, verificando o score de Apgar, peso, se amamentação na 1ª hora de vida, altura, presença de complicações/ alterações e realizávamos a avaliação física do RN: características da pele, reflexos, temperatura, sinais de dificuldade respiratória, reatividade, tónus muscular e a ferida do coto umbilical, com especial atenção para a possibilidade de hemorragia; o peso e altura também era efetuado caso ainda não tivessem realizado essa atividade de vigilância.

Uma das intervenções de enfermagem mais realizadas era a monitorização da glicemia capilar, realizada em RN's com sinais de hipoglicemia e em RN's assintomáticos com fatores de risco de hipoglicemia.

No serviço de Obstetrícia, aos RN's que nascem por parto distócico por cesariana, enquanto a mãe estava no recobro, efetua-se uma pesquisa de glicemia capilar para perceber a necessidade de administração de leite adaptado, ou se aguardava pela puérpera para iniciar a amamentação.

O RN em risco de hipoglicemia, deve ser monitorizado desde o nascimento e com periodicidade estabelecida, pelo que a primeira monitorização da glicemia deve ser até às 2 horas após nascimento (Canadian Paediatric Society, 2004; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2011).

A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2011) refere que a monitorização da glicemia deve ser 30 minutos após a amamentação, que deve ocorrer precocemente nos RN'S de risco, até 30-

60 minutos após parto. Deve-se monitorizar novamente 4 a 6 horas após nascimento e depois de 4 em 4 horas ou de 6 em 6 horas, sempre antes da amamentação. Se após as 12 horas de nascimento, o RN detiver uma glicemia normal, a monitorização deve apenas ocorrer se sinais de hipoglicemia.

O protocolo do Serviço de Obstetrícia, era: monitorização da glicemia capilar no momento de admissão ao serviço e, posteriormente, de 6 em 6 horas, até concluir as 24 horas após o nascimento, cessando o controlo se o RN apresentar valores de glicemia normais.

Contudo, Adamkin (2011) refere que em RN's pré termo, com restrição de crescimento intra-uterino, RN's macrossómicos (peso superior a 4kg), RN's de baixo peso (peso inferior a 2,5kg) e RN's filhos de mães diabéticas, a glicemia deve ser monitorizada até 48h após nascimento e posteriormente até estabilização da glicemia, pois estes RN's têm maior risco de hipoglicemia até mais tarde.

Os RN's filhos de mães diabéticas, exigem uma monitorização mais estreita no que concerne aos valores de glicemia, pois normalmente são macrossómicos em consequência dos valores glicémicos maternos aumentados, o que leva a um incremento do pâncreas e naturalmente a um maior fabrico de insulina, conduzindo a hipoglicemias neonatais que, se não forem prevenidas, podem ser fatais (Canadian Paediatric Society, 2004; Adamkin, 2011).

Os sinais e sintomas de hipoglicemia não são específicos, pelo que se não resolverem com a normalização da glicemia devem ser avaliadas outras causas. São sinais e sintomas de hipoglicemia: fraca sucção, letargia, alterações ligeiras a moderadas no nível de consciência, tremores e irritabilidade, depressão respiratória, hipotonia, choro gritado e em situações mais graves, coma e convulsões (Canadian Paediatric Society, 2004; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2011).

Assim, se o RN apresentasse uma hipoglicemia (glicemia inferior a 40mg/dl nas primeiras 24h e inferior de 50mg/dl após as 24h) as intervenções de enfermagem passavam por incentivar a mãe a aumentar a frequência da amamentação, que deverá ser 10 a 12 vezes nas 24 horas. Observávamos também a mamada para verificar se estava a ser eficaz (Canadian Paediatric Society, 2004; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2011).

No local de estágio, caso a amamentação não fosse eficaz e o RN continuasse com diminuição da glicemia, introduzia-se o leite adaptado. Porém, a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2011) refere que o facto de um RN ter um valor de glicemia baixo após alimentação com

leite materno não implica que deva ser de imediato suplementado com leite adaptado, mas sim, manter o leite materno e aumentar a frequência da alimentação.

Os RN's nunca devem ser suplementados com glicose oral (Adamkin, 2011). Em nenhum momento foi necessária a administração de glicose por via oral ou endovenosa.

A observação da pele do RN e a avaliação dos conhecimentos parentais sobre o padrão de normalidade, referente aos aspetos relacionados com os achados normais na pele do bebé eram também importantes intervenções do EESMO.

O momento do banho, é importante para uma melhor observação da pele do RN, observar presença de alterações físicas e cutâneas, para além de explicar as características da pele aos pais e capacitá-los para efetuar a higiene do RN.

Fernandes, Machado, e Oliveira (2011) referem que a pele do RN é submetida a um processo progressivo de adaptação ao meio extra-uterino e por isso é necessário cuidados especiais.

A pele do RN é rosada, quente, sem anomalias ou lesões (Graça, 2010), mas também se apresenta sensível, fina, frágil e imatura, suscetível ao trauma e à toxicidade por absorção percutânea de drogas. Portanto devido às características próprias do RN, o uso dos produtos cosméticos destinados à sua higiene e proteção requer um cuidado especial (Fernandes et al., 2011), que será abordado com mais profundidade no subcapítulo Higiene do Recém-Nascido: Revisão Integrativa da Literatura.

A presença de deformidades da cabeça relacionadas com o parto e que resolvem espontaneamente, como algumas alterações dermatológicas que estão presentes desde o nascimento e que normalmente desaparecem espontaneamente, sem qualquer significado patológico. O lanugo, vérnix caseoso, eritema tóxico, Caput Succedaneum, manchas mongólicas e quistos de milia era o mais observado nos RN's, pelo que despertava a atenção, dúvidas de preocupação dos pais (Fernandes et al., 2011).

Explicava que o lanugo é uma camada de pelos finos, que recobre frequentemente a pele do RN, sobretudo nos ombros e dorso, persistindo nas duas primeiras semanas de vida, sendo um sinal de alguma imaturidade física (Macedo et al., 2014; Magalhães et al., 2016; Blume-Peytavi et al., 2016).

O vérnix caseoso, mistura de células epiteliais e sebo essencial, camada gordurosa e esbranquiçada, facilita a passagem através do canal de parto e funciona como barreira

protetora da pele do RN, não devendo ser removido, mas sim, que seja absorvido (Macedo et al., 2014; Magalhães et al., 2016; Blume-Peytavi et al., 2016).

O eritema tóxico consiste num conjunto de lesões benignas avermelhadas, com predomínio na face e tronco, que surgem como uma resposta anti-inflamatória (Macedo et al., 2014).

As manchas mongólicas são frequentes e benignas, que também desaparecem com o tempo. Na pele do RN verificam-se manchas azul-acinzentadas, com cerca de 10 centímetros e de localização típica, no fundo das costas e nádegas, embora também possa se verificar em outras áreas (Macedo et al., 2014).

Os quistos de milia, são pequenos pontos brancos que se localizam na face, em particular no nariz, e que desaparecem também nas primeiras semanas de vida (Macedo et al., 2014).

Com o traumatismo inerente à passagem do RN pelo canal de parto, é frequente os RN's apresentarem deformações na cabeça. O Caput Succedaneum corresponde ao céfalo-hematoma ao nível do escalpe fetal, que pela compressão dos vasos locais durante o processo de parto, resulta na diminuição do retorno venoso. Nos partos instrumentados, principalmente o uso da ventosa é também uma das causas frequentes (Graça, 2010; Macedo et al., 2014).

Esta hemorragia pode levar algumas semanas a desaparecer, entre quatro a seis semanas após o parto a ser absorvida, e que conforme a sua extensão, ou grau, pode causar anemia e icterícia no RN (Graça, 2010; Macedo et al., 2014).

A icterícia neonatal ou hiperbilirrubémia, caracteriza-se pela pigmentação amarelada da pele e das escleróticas, com evolução cefalocaudal, tendo início na face (escleróticas e mucosas), progredindo até às extremidades, e o seu desaparecimento ocorre de forma inversa.

É geralmente provocada por uma dificuldade de adaptação do fígado do RN após nascimento, com aumento da bilirrubina não-conjugada, com níveis séricos de bilirrubina total acima de 5-7 mg/dl (Levy & Bértolo, 2012; Macedo et al., 2014; NICE, 2016).

De acordo com os autores supracitados, esta condição afeta cerca de 60 a 70% dos RN's de termo e 80 a 90% dos RN's prematuros. Conforme Macedo et al., (2014) a maioria RN's apresentam valores de bilirrubina em circulação superior a 1 mg/dl, mas quando este valor atinge 5 mg/dl é que se torna visível no RN, pelo que foi a umas das condições do RN mais experienciada durante este estágio.

Existem dois tipos de icterícia, a fisiológica, a que surge após as 24 horas de vida, normalmente com pico de bilirrubina entre o terceiro e quinto dia de vida, resultante da sua imaturidade hepática; e a icterícia patológica, a que surge nas primeiras 24 horas após o nascimento, que resulta de hemólise e é a forma mais grave de icterícia neonatal, que pode progredir rapidamente para toxicidade do sistema nervoso central (Kernicterus), manifestando-se entre o terceiro e o sexto dia de vida, sendo irreversível que pode progredir para valores de bilirrubina sérica muito elevados (Macedo et al., 2014; NICE, 2016).

A icterícia fisiológica foi a mais observada, que normalmente iniciava ao terceiro dia de vida e sujeitava a mãe a estender o seu internamento no hospital, que ficava como acompanhante do RN.

Portanto, para detetar precocemente a presença de icterícia neonatal, em todos os turnos, tínhamos como intervenções, vigiar sinais e sintomas de icterícia no RN, como hipotonia, letargia, choro agudo e observação cefalocaudal do RN, sob luz natural, de coloração amarelada da pele, das escleróticas e mucosas.

Se na presença de coloração amarela com um dos sinais ou sintomas associados, era realizada a colheita de sangue no pé do RN para determinar os níveis bilirrubina, pelo que interpretámos os níveis de bilirrubina de acordo com a idade do RN em horas.

Diariamente, para evitar a colheita de sangue no pé do RN, que é doloroso, era realizado o doseamento sérico da bilirrubina total através de bilirrubinómetro transcutâneo. Este método tem vindo a ser sugerido como método de rastreio porque estima a bilirrubina total, evidenciando ser tão efetivo como o doseamento sérico (Macedo et al., 2014; NICE, 2016).

Na presença do diagnóstico de icterícia neonatal, o tratamento foi a fototerapia, que consiste na exposição do RN à luz fluorescente que através da fotoisomerização transforma a bilirrubina num isómero solúvel excretado através da urina e da bÍlis (Macedo et al., 2014).

No local de estágio, o aparelho utilizado para fototerapia foi o aparelho conhecido pelo nome Bilibed, berço transmissor de luz fluorescente em que permite o contacto entre mãe e filho, pois é aberto lateralmente.

O RN permanecia o maior tempo possível no Bilibed, apenas com a fralda para proteger as gónadas e os protetores oculares de algodão.

Aquando tratamento com fototerapia, tínhamos as seguintes intervenções: ensinar os pais sobre icterícia neonatal, vigiávamos e instruíamos os pais sobre os efeitos colaterais da

fototerapia, como risco de hipertermia dentro do Bilibed e hipotermia quando é retirado, pelo que monitorizávamos a temperatura do RN em cada turno e explicávamos aos pais, que sempre que existisse necessidade de retirar o RN da fototerapia, o RN deve estar bem agasalhado, garantindo que não existissem variações de temperatura para minimizar os gastos de energia; sobre a importância do reforço hídrico e a importância do aleitamento materno, com mamadas eficazes e diminuição do intervalo entre as mesmas, devido ao Risco de Volume de Líquidos Comprometido do RN, pois ocorre um aumento da perda de líquidos pelo trânsito gastrointestinal; vigiávamos então o número de micções, que podem ocorrer seis a dez micções diárias com uma coloração clara, o que indica uma adequada ingestão hídrica e o número de dejeções e a cor das fezes, sendo o número diário de dejeções muito variável durante a primeira semana, sendo em maior quantidade entre o terceiro e o sexto dia; vigiávamos a pele e mucosas para detetar sinais de irritação e lesões na pele, ao qual identificamos o diagnóstico Risco de Integridade da Pele Comprometida, como queimaduras por exposição aumentada à luz, pelo que incentivávamos a alternar a posição do RN de 2 em 2 horas com o objetivo de aumentar a área de exposição e evitar o sobreaquecimento e explicávamos que durante o tratamento com fototerapia, não devem usar óleos, loções ou cremes na pele do RN para evitar queimaduras; exantema eritematoso, rash maculopapular, síndrome do bebé bronzeado e lesões na retina e por isso informávamos sobre a importância do uso de protetores oculares adequados (Macedo et al., 2014; NICE, 2016).

Era também identificado o diagnóstico Risco de Ligação Mãe/pai-filho Comprometida, devido à necessidade de internamento hospitalar do RN e ao sentimento de ansiedade que muitas vezes os pais apresentavam. Na amamentação, durante as pausas para mamar, promover o contacto pele-a-pele entre a mãe e RN (Macedo et al., 2014; NICE, 2016).

Verificámos que os pais questionavam sobre o padrão de normalidade da eliminação urinária e intestinal e a perda fisiológica de peso nas primeiras semanas.

Explicávamos que a primeira micção do RN ocorre nas primeiras 24 horas de vida e depois pode ter seis a nove micções diárias, consoante o número de mamadas. Quanto à eliminação intestinal pode ocorrer nas primeiras 48 horas e nos seguintes dias, uma dejeção por dia ou dias alternados (OMS, 2017c).

Alguns pais mostravam-se preocupados com a perda de peso do RN, pelo que informamos que o RN pode perder entre 12 a 14% do seu peso inicial, devido à eliminação de excesso de água. Porém, por volta do décimo dia de vida, o RN normalmente recupera o peso inicial do nascimento ou até ultrapassa (Magalhães et al., 2013).

Quanto ao foco Papel Parental, as nossas atividades desenvolveram-se de acordo com as dificuldades e necessidades identificadas pelo EESMO e explanadas pela mãe e pelo pai do RN, pelo que desenvolvemos competências parentais que permitissem a autonomia relativamente aos cuidados ao RN e adaptação às novas circunstâncias, contribuindo para uma vivência satisfatória da parentalidade e para o desenvolvimento saudável do RN.

Segundo Cardoso, Silva, e Marín (2015, p.13), o conceito de competências parentais é “o conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança.”

O EESMO é responsável por aumentar o nível de conhecimentos e habilidades da mãe e do pai através do desenvolvimento e domínio das competências necessárias para lidar com a nova condição, e quanto maior forem, maior a probabilidade de existir um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável e de estarem mais sensíveis às necessidades da criança, potenciando a aquisição e o desenvolvimento das competências parentais (Ribas & Bornstein, 2005 citado por Cardoso et al., 2015).

A redução do tempo de internamento da grávida e do RN e a prestação de inúmeros cuidados especializados, dificulta a identificação de qual a competência parental que o casal tem mais dúvidas e dificulta a transmissão de informação e o treino de capacidades, pelo que, o papel do EESMO é o desenvolvimento de estratégias que possibilitem identificar as necessidades dos pais, para delinear as intervenções mais adequadas para facilitar a transição para a parentalidade e o impacto no regresso a casa.

As famílias têm sofrido alterações ao longo destes anos, existindo mais famílias do tipo nuclear/ simples, ou seja, família constituída apenas pela mãe e o pai e um só nível de descendência; que dificulta a interação com outros RN's. A maioria dos pais contactam pela primeira vez com um RN apenas quando o seu bebé nasce (Cardoso, 2011). Portanto, aquando admissão da puérpera, verificava no processo se era o primeiro filho e questionava se tinha experiência com algum RN, se os pais tinham realizado alguma intervenção em grupo de preparação para a parentalidade e compreender o que sabiam, uma vez que têm acesso a uma imensidão de recursos e fontes de informação.

A adaptação à parentalidade (Meleis et al., 2000; Mercer, 2006, citados por Cardoso et al., 2015) decorre no período de tempo desde a gravidez até às primeiras semanas pós-parto, englobando os cuidados ao bebé no primeiro mês de idade enquanto processos de

desenvolvimento que incluem a reestruturação psicológica, social e afetiva da mãe e do pai, permitindo tornarem-se responsáveis pelo filho.

Os primeiros dias com um RN, principalmente em casa são um período de adaptação para a família, ao qual os pais precisam de lidar com cuidados básicos, como o banho, manter a pele saudável, tratar do coto umbilical, criar hábitos de dormir, mudar a fralda, lidar com o choro, vestuário do RN, identificar o padrão de crescimento e desenvolvimento normal, garantir a segurança e prevenir acidentes e a amamentação, além de estabelecer vínculos afetivos, dar colo e carinho (Berhea, Belachew, & Abreha, 2018).

Assim, nesta prática supervisionada, ensinámos, instruímos e capacitámos os pais para os cuidados supracitados, promovendo a autoeficácia parental e a confiança no desempenho dos cuidados ao RN.

Na prática clínica, evidenciaram-se mais dificuldades no banho do RN, na muda da fralda, na amamentação, nos cuidados com o coto umbilical e em lidar com o choro.

No subcapítulo, Higiene do Recém-Nascido: Revisão Integrativa da Literatura, descrevo os procedimentos e os produtos mais adequados para a higiene do RN, nomeadamente a higiene da pele, o banho, higiene perineal e os cuidados ao coto umbilical de uma forma mais aprofundada.

A necessidade da troca da fralda do RN foi recorrente, pelo que foi a competência parental mais praticada no internamento.

Supervisionávamos a muda da fralda no RN, ao qual deparámo-nos com a dificuldade dos pais na realização da atividade. Neste sentido, instruímos os pais sobre a técnica, material a utilizar e a prevenção de dermatites.

A higiene perineal é fundamental, para a prevenção de infeções e de lesões da pele. Portanto, explicámos a importância de manter a fralda limpa e seca, pois o contacto prolongado com urina e fezes, pelo calor, pela humidade e pela fricção e pela utilização de produtos podem levar a remoção da camada protetora da pele, levando a dermatites (Macedo et al., 2014; Carvalho, Markus, Abagge, Giraldo, & Campos, 2015).

Também no momento da muda da fralda, explicámos a importância de escolher um local, onde possam organizar todo o material necessário, para não deixarem o bebé sozinho, prevenindo acidentes (Montenegro & Rezende Filho, 2014).

No que toca ao material, aconselhávamos os pais a utilizar apenas ao uso de uma fralda limpa e compressas embebidas em água tépida (Fernandes et al., 2011; Carvalho et al., 2015; Blume-Peytavi et al., 2016).

Não é recomendado o uso de toalhetes, pela presença de excesso de produtos químicos, que são constituintes agressores da pele do RN (Fernandes et al., 2011; NICE, 2015; Blume-Peytavi et al., 2016).

No entanto, se os pais já tivessem comprado toalhetes, aconselhámos a passarem os toalhetes por água tépida antes de utilizarem, de forma a removerem o excesso de produtos químicos.

O uso de toalhetes foi aconselhado apenas quando se encontrassem fora de casa, na impossibilidade de enxaguar com água, toalhetes próprios para RN (pH ácido, sem álcool, perfume) (Fernandes et al., 2011; Blume-Peytavi et al., 2016).

Se os pais quiserem utilizar sabão, este deve ser com um pH neutro tendencialmente mais ácido (os syndets) (Carvalho et al., 2015; Blume-Peytavi et al., 2016).

No que concerne à limpeza da região genital, instruímos que nos meninos deve limpar na zona do prepúcio, sem puxar para trás a pele que cobre a glândula, e da região nadegueira até ao ânus. Nas meninas, no sentido antero posterior (Montenegro e Rezende Filho, 2014).

Após a limpeza, a aplicação dos cremes de barreira (geralmente à base de óxido de zinco) é recomendada para a formação de uma película protetora que impedirá a ação das enzimas sobre a pele e limitará a fricção (Cardoso, 2011; Carvalho et al., 2015; Blume-Peytavi et al., 2016).

Na colocação da fralda, verificávamos que os pais ajustavam demasiado a fralda no abdómen. A fralda deve ser colocada com a parte mais alta para trás, ligeiramente justada ao abdómen do RN. Se a fralda for alta, aconselhámos a fazer uma dobra de forma a não cobrir o coto umbilical, para promover o processo de mumificação (Blume-Peytavi et al., 2016).

Os pais também eram informados quanto à presença de cristais de urato na urina, caracterizado pela cor alaranjada e, ainda, nos RN's do sexo feminino a presença de uma secreção vaginal sanguinolenta, que ocorre devido ao excesso de hormonas que recebe durante a gravidez. Era um assunto que preocupava bastante os pais, pois achavam que não era normal (Carvalho et al., 2015).

Relativamente ao banho do RN, é essencial para a manutenção da higiene e a saúde da pele, mantendo a pele livre de substâncias irritativas (Corazza, Lauriola, Bianchi, Zappaterra, & Virgili, 2010; Mendes, Shimabukuro, Uber, & Abagge, 2016). No serviço de puerpério, o banho foi realizado, tendencialmente, no turno da manhã, no entanto, na impossibilidade da presença do pai de manhã, o banho era realizado à tarde. O primeiro banho, era realizado após as seis horas de vida do RN. O primeiro banho é recomendado após as 24 horas após o nascimento, mas em caso de impossibilidade, ou por razões culturais, nunca deve ser dado antes de 6 horas de vida e após estabilidade cardiorrespiratória e térmica (Lund, 2016; Mendes et al., 2016; OMS, 2017a).

Informávamos que o banho pode ser dado a qualquer altura do dia. Os pais devem avaliar os efeitos que o banho tem no RN, ou seja, se o banho causar um efeito estimulante no RN, aconselhámos a ser dado de manhã; se causar efeito calmante, deve ser dado à noite. O banho só não deve ser dado imediatamente após as refeições por risco de regurgitamento (Cardoso, 2011).

Quanto à frequência do banho, é recomendável a redução da frequência do banho durante o primeiro mês de vida, cerca de duas a três vezes por semana, desde que se realize a higiene do coto umbilical, diariamente, e a região perineal a cada muda da fralda, contudo, deve corresponder às necessidades do RN e aos valores parentais (Corazza et al., 2010; Mendes et al., 2016)

Existe uma grande variedade de escolha no mercado, pelo que a escolha dos produtos era a maior dúvida dos pais, pois a maioria já levava para o hospital produtos de higiene para o banho do RN, sendo que foram escolhidos pelo gosto do odor, aconselhados por alguém que utilizou, entre outras razões.

Assim, instruíamos os pais, que podem dar o banho apenas com água, que é sugerido pela literatura como um método menos nocivo, porém não retira da pele substâncias irritativas e por isso aconselhamos a dar o banho com água tépida, com uma temperatura entre os 36 e os 37º juntamente com sabonetes suaves e sintéticos líquidos, conhecidos como syndets, com o pH mais próximo do fisiológico (Fernandes et al., 2011; Blume-Peytavi et al., 2016; Mendes et al., 2016; Lund, 2016).

Posteriormente, enquanto observávamos o pai ou a mãe a dar o banho íamos fazendo algumas questões e orientando e corrigindo a técnica. Um dos maiores receios no banho, era deixarem o bebé cair, pois alguns pais não tinham experiência de como pegar no RN. Deste modo, instruímos a segurarem a cabeça e o tronco do bebé com o antebraço e com os dedos

médio e anelar em torno do braço, próximo à axila, sentando-o na banheira. Devem começar a lavar o RN no sentido céfalo-caudal, deixando para o fim o períneo (Cardoso, 2011). Eram dadas outras informações como: se presença de banheira em casa, devem colocá-la numa superfície estável e plana (nunca em cima da cama por exemplo); ter o quarto com uma temperatura de 24/25°C e dar o banho afastado de janelas ou da porta, para não ocorrerem correntes de ar e diferenças de temperatura; testar a temperatura da água com o cotovelo, pulso ou termómetro; nunca deixarem o RN sozinho na banheira e, por isso, a importância de planearem o material a usar antecipadamente.

Após secar cuidadosamente o corpo do RN, instruíamos os pais a tratar do coto umbilical. Observámos que os pais ficavam apreensivos no momento de cuidar do coto umbilical, ao qual muitos referiam que tinham medo de provocar dor ao RN. Os pais eram informados, que este procedimento não é doloroso nem desconfortável para o RN.

No banho, já se realizava a higiene do coto umbilical, faltando apenas secar a região periumbilical e o coto umbilical, no sentido da base para a periferia, com uma toalha ou uma compressa seca, não sendo necessário voltar a realizar a higiene nesse dia, exceto, se ficasse sujo com urina, fezes ou serosidade (Quattrin et al., 2016).

O coto umbilical deve ser limpo, diariamente, com água tépida e uma compressa, como é recomendado na literatura, conhecida como a técnica *Dry Cord Care*. Esta técnica consiste em ter o coto sempre limpo e seco, sem aplicação de quaisquer substâncias, deixando-o exposto ao ar ou coberto pela roupa limpa. A utilização de antissépticos não melhora a higiene e atrasa a queda do coto umbilical (Quattrin et al., 2016; OMS, 2017a).

Os pais eram informados sobre vigiar a evolução da cicatrização e estarem atentos aos sinais de alarme, como presença de rubor, odor fétido, corrimento purulento. Se estes sinais estiverem presentes, os pais devem procurar de imediato o profissional de saúde que acompanha o RN. O aparecimento dos sintomas e sinais de infeção geralmente é observado entre o 5º e o 9º dia de vida (Quattrin et al., 2016).

A presença de serosidade e pequena quantidade de sangue durante a mumificação e dois três dias após a queda do coto, são sinais normais, pelo que devem continuar os cuidados de limpeza até três a cinco dias após ter caído, visto que o tecido umbilical ainda está em cicatrização (Quattrin et al., 2016; OMS, 2017a).

Outra das necessidades de cuidados de Enfermagem que identificamos, no que concerne à aquisição de competências parentais, foi referente ao choro. No que toca ao choro do RN,

inicialmente para os pais pode ser difícil compreender o choro e os padrões de comportamento do RN, o que pode causar preocupação, frustração e stress parental. Os pais ficam sem saber reconhecer e sem saber como dar resposta, associando o choro ao mau estar do RN.

Nesta prática clínica dedicámos especial atenção ao choro, pois verificámos que é uma das grandes dificuldades dos pais após o nascimento do RN, especialmente para os pais que o são pela primeira vez (Cardoso, 2011).

Decifrar o choro é um desafio que mistura intuição e conhecimento por parte dos pais e, à medida que o tempo passa, os pais vão interagindo com o bebé e aprendem a interpretar e descodificar as diferentes sonoridades e expressão corporal consoante aquilo que o bebé quer transmitir (Seabra, 2009).

Explicamos aos pais que o choro é a linguagem universal dos bebés, a forma mais precoce de comunicação e é através dele que exprimem as suas necessidades (Cardoso, 2011; Chóliz, Fernández-Abascal & Martínez-Sánchez, 2012; Aprahamian & Hogencamp, 2017).

Os RN's são capazes de emitir vários tipos de choro, com diferentes comportamentos, ao qual pode estar relacionado com diversas necessidades do RN, destacando como causas do choro: choro de fome, choro de dor (exemplo: cólicas), choro de fadiga/tédio, choro de querer atenção/consolo/mimo, choro de desconforto (exemplo: sono, fralda suja, calor, frio, desconforto abdominal pela eliminação de gases); apesar de no primeiro mês de vida do RN, o choro ocorre essencialmente por fome, dor e desconforto (Cardoso, 2011; Chóliz et al., 2012).

Constatámos que a maior parte dos pais não demonstrava conhecimentos e habilidades para lidar com o choro e distinguirem os vários tipos de choro do RN. Assim, nesta prática clínica importou ensinar os pais, de modo a adquirirem competências para lidarem com o choro, identificando as causas e as estratégias para acalmar o bebé (Cardoso, 2011).

É importante que o pai e a mãe estejam atentos não só ao som do choro do RN, mas também à expressão facial e linguagem corporal. Portanto, quando o bebé tem fome, o choro é um sinal tardio de fome, porque antes o bebé apresenta outros sinais, tais como: leva a mão à boca, movimenta repetidamente a cabeça para o lado, como se estivesse à procura com a boca aberta e ao pegar no bebé, ele procura o mamilo, com choro aos soluços contínuos, mas curtos de tom não muito alto, semelhante a um "Neh". Também, se o bebé chora e foi

alimentado à três ou quatro horas, provavelmente está com fome, pelo que a solução passa primeiro por acalmá-lo e posteriormente alimentá-lo (Cardoso, 2011; Chóliz et al., 2012).

Normalmente, o choro por fadiga/sono surge depois de um dia agitado, com elevada interação com outras pessoas, muitos estímulos e ruído. Este tipo de choro é um choro ligeiro, semelhante a um gemido, podendo aumentar até um choro forte. O bebé emite um som do tipo “Owh”. No que diz respeito à expressão facial e postura corporal, o bebé apresenta um ligeiro franzido no sobrolho que alterna com o relaxamento do corpo e do rosto

Existem várias estratégias que podem ser utilizadas para controlar este tipo de choro, entre elas: proporcionar um ambiente calmo, embalar o bebé, falar calmamente com o bebé e colocar uma música tranquila (Cardoso, 2011).

O choro por tédio, caracteriza-se por um choramingar em soluços, o bebé apresenta a face e o corpo relaxados, tendo os olhos normalmente abertos. Os pés agitam-se no ar, como se estivesse a pedalar.

De um modo geral, o choro termina quando se fala com o bebé, se pega ao colo, brinca ou acaricia. Além disso, caso algum objeto capte a sua atenção, o bebé fixa-o, parando de chorar (Cardoso, 2011).

Quando o bebé apresenta choro por desconforto, a sonoridade deste choro assemelha-se a um “Heh”, apresentando testa franzida, olhos inquiridores e tensão nos braços e pernas. Este tipo de choro é muitas vezes confundido com o choro de dor, na medida em que o bebé emite gritos intermitentes de alta intensidade. Contudo, o choro do bebé com desconforto é mais fraco do que o choro do bebé com dor.

As estratégias a utilizar para consolar o bebé e controlar este tipo de choro, dependem do que provoca desconforto. Primeiro é necessário identificar a causa do desconforto, e de seguida agir de acordo com a causa. Caso o bebé tenha tido uma refeição há pouco tempo e ainda não tenha eructado, a estratégia será colocar o bebé a eructar; se fralda suja, a estratégia é mudar a fralda; caso tenha frio ou calor, a estratégia é adequar a temperatura, gerindo a quantidade de peças de roupa do bebé e a temperatura ambiente; se apresenta gases, a estratégia é mudar o bebé de posição, proporcionando-lhe alívio das dores (Cardoso, 2011; Chóliz et al., 2012).

No choro de dor, o bebé apresenta o rosto fechado, pernas e braços fletidos junto ao corpo, com um choro curto, agudo e muito alto, seguido por um período de apneia, ou seja, parece

que o bebê deixou de respirar, apresentando seguidamente outro grito. Quando apresenta este choro o bebê emite um som do tipo “Eairh”. Não se consegue acalmar o bebê através do embalo, é necessário procurar a causa da dor pressionando levemente todas as partes do corpo procurando a origem da dor (Cardoso, 2011).

As cólicas são dores de barriga intensas e frequentes, que se podem prolongar desde as duas ou três semanas até aos três a quatro meses de vida do bebê. Quando o bebê tem dor por cólicas, existem outras manifestações a que devemos estar atentos, como o rosto ruborizado, arqueamento das costas, distensão e tensão do abdómen, ou seja, barriga inchada. O bebê encontra-se muito agitado e irritado (Seabra, 2009; Cardoso, 2011).

Caso o bebê apresente cólicas, existem medidas que podem ser implementadas para o acalmar, entre as quais: colocar o bebê a eructar, aplicar almofadas de calor sobre o abdómen de forma a promover o seu relaxamento e o alívio da dor, realizar massagem com os joelhos do bebê, onde o bebê está posicionado de barriga para cima e movimentamos as pernas do bebê como se este estivesse a “pedalar”, de forma a conseguir pressionar o abdómen, para facilitar a expulsão de gases; e ainda, a massagem abdominal (Cardoso, 2011).

Na massagem abdominal, é importante observar se a massagem está a ajudar ou a provocar mais dor, pois num abdómen muito distendido a massagem pode provocar ainda mais dor. Recomenda-se que a massagem seja realizada diariamente, no mínimo duas a três vezes por dia, com a duração de 10 minutos, para se obter o efeito terapêutico desejado. Deve ser realizada seguindo os movimentos intestinais para facilitar a expulsão de gases, no sentido dos ponteiros do relógio, repetindo-se estes movimentos as vezes que forem necessárias para acalmar o bebê (Seabra, 2009; Cardoso, 2011).

Foi entregue aos pais um *flyer* com uma imagem relativa a cada um dos tipos de choro (ANEXO II- choro), para os lembrar em caso de dúvidas.

Após o banho, ao vestir o RN, abordámos questões relacionadas com o tipo de vestuário e os cuidados com a roupa do RN. Verificávamos a presença de etiquetas explicando aos pais que deviam ser retiradas (descosidas e não cortadas) para não agredir a sensível pele do bebê. Informámos, também, sobre os cuidados gerais que devem ter com a roupa, verificando que, tanto a roupa oferecida como comprada, os pais tiveram o cuidado de lavar antes de usar no RN. Quanto à lavagem, a maioria referiu que lavou a roupa do RN separada da roupa da restante família, com produtos adequados para a roupa de bebê, pois normalmente contêm detergentes neutros e delicados

Outro cuidado que alguns referiram, foi secar a roupa no secador, pois não queriam colocar a roupa a secar em locais onde existe poluição, como carros a passar, locais com presença de pó.

Ao vestir o RN, advertimos também os pais, que sempre que se aquece a roupa, ter cuidado com a temperatura da mesma para não queimar a pele do RN e ter atenção com os botões e feixes, pois aquecem mais.

Quanto à quantidade de roupa vestida no RN, aconselhámos ao pais a vestir sempre uma peça de roupa a mais que o adulto e a colocar sempre o gorro, pois perdem facilmente temperatura pela cabeça.

Em relação à vacinação, verificámos que a maioria dos pais, principalmente os que o são pela primeira vez, não demonstraram conhecimento sobre quando deve ser realizado o diagnóstico precoce, ou rastreio metabólico, nem sobre as vacinas a serem administradas, os possíveis efeitos adversos e quando deve ser iniciado o esquema de vacinação (Cardoso, 2011).

Os pais foram informados sobre as vacinas administradas, no internamento, e quais deveriam ser administradas na Unidade de Saúde Familiar, sempre com o consentimento dos pais.

A vacina administrada antes da alta, era a vacina VHB - vacina anti-hepatite B. O esquema vacinal compreende três doses, sendo a primeira dose administrada ainda no internamento preferencialmente nas primeiras 24 horas, desde que o RN tenha mais de 2000g. A segunda dose deve ser aos dois meses e a terceira aos seis meses (American Academy of Pediatrics & American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, 2017).

Quanto à vacina BCG - vacina antituberculose, a sua administração é apenas recomendada em RN's de grupos de risco (DGS, 2017).

O Boletim Individual de Saúde, "Boletim de Vacinas", foi entregue aos pais, e ele contém um calendário de vacinação que explicita quais as vacinas que integram o programa nacional de vacinação. Existem outras vacinas que podem incluir-se, no entanto, fica ao cuidado do médico, que segue o RN, o aconselhamento aos pais e a decisão destes.

O teste de diagnóstico precoce para o rastreio de doenças metabólicas, foi aconselhado aos pais para realizarem entre o 3º e o 6º dia de vida. Deveriam contactar a Unidade de Saúde Familiar para agendar o "teste do pézinho", nome pelo qual os pais conheciam (DGS, 2017).

Explicava que o teste é através da colheita de uma amostra de sangue numa picada realizada na região externa do calcanhar do RN (Cardoso, 2014).

3.2. Higiene do Recém-Nascido: Revisão Integrativa da Literatura

Esta revisão integrativa da literatura surge no âmbito do estágio profissionalizante Autocuidado e Preparação para a Parentalidade, integrado no Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica e centra-se numa problemática da prática clínica com a finalidade de averiguar o mais elevado nível de evidência sobre a temática em questão: “Qual o melhor procedimento e os produtos mais adequados para a higiene do RN?”, seguindo as etapas de acordo com a prática baseada na evidência.

Temos como objetivo conhecer qual o melhor procedimento para a higiene do RN e quais os produtos mais adequados, de forma a podermos contribuir para a melhor das práticas, mediante cuidados de excelência por parte do EESMO.

3.2.1. Introdução do Problema em Estudo

A higiene é fundamental para a manutenção da integridade da pele dos RN's, sendo promotora de um desenvolvimento saudável. Porém, os cuidados incorretos à pele podem alterar o equilíbrio dos fatores genéticos e ambientais, destruindo a barreira protetora da pele. Na prática clínica verifica-se que quer os pais, quer os profissionais de saúde, apresentam dúvidas quanto à melhor forma de cuidar da pele do bebé, extensíveis ao procedimento mais adequado para o banho, se de imersão ou cuidados parciais, bem como à sua frequência e aos produtos a usar.

É importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os EESMO, uniformizem os procedimentos, tendo por base a mais atual evidência científica, de forma a ensinarem os pais. O momento dedicado à higiene ao bebé constitui-se como uma oportunidade de os enfermeiros envolverem os pais, promovendo a vinculação.

A pele é o maior órgão do corpo (Medves & O'Brien, 2001), essencial à conservação da vida, protegendo o indivíduo e funcionando como elemento de conexão entre o meio interno do indivíduo e o meio ambiente (Curado, 2016).

A pele corresponde a 16 % do peso corporal e, anatomicamente, está sedimentada em três estratos funcionalmente relacionados, como apresentamos na figura 2: a epiderme, a camada mais externa; a derme, a camada intermediária e a hipoderme, camada interna (Schub, 2017).

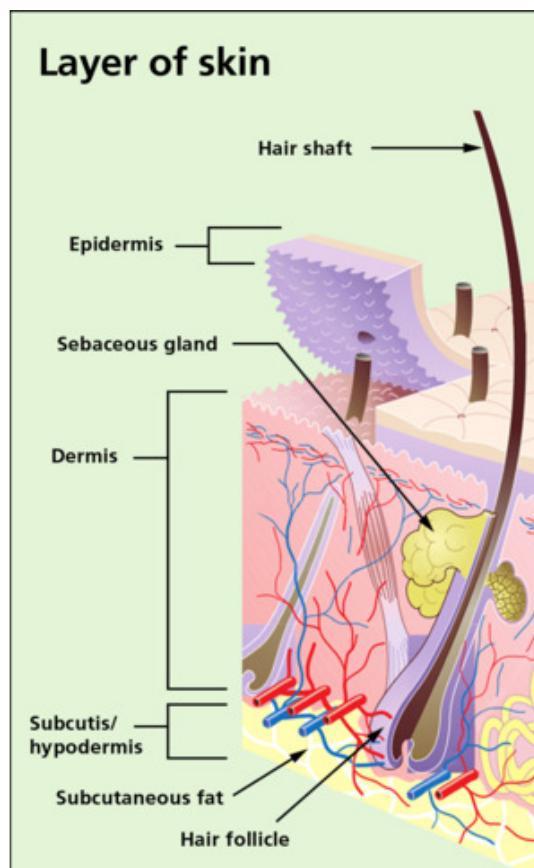


Figura 2. Composição da pele (Schub, 2017)

A epiderme é formada pela camada mais externa da pele, responsável pela barreira epidérmica, denominada por epitélio pavimentoso estratificado córneo; e ainda pela parte que separa a epiderme da derme e que se encontra em constante renovação, designada por camada basal. Na derme situam-se a rede venosa e a linfática, os fibroblastos que sintetizam a elastina, e o colagénio sustentando a elasticidade da pele, e ainda as células imunológicas encarregues da defesa do organismo. Na derme iniciam-se as glândulas sudoríparas, as

sebáceas e os folículos no tecido conjuntivo denso. Finalmente, a hipoderme é o tecido adiposo que começa a formar-se no último trimestre da gestação (tecido celular subcutâneo) e o seu papel passa pelo isolamento térmico, reserva de calor e proteção de choques mecânicos (Curado, 2016).

Na figura 3 estão representados os componentes da barreira da pele epidérmica. A camada mais externa, o stratum corneum, é projetada para ser difícil de penetrar e para proteger de invasões ambientais. As camadas granular, espinhosa e basal da epiderme transitável são responsáveis por gerar e renovar o stratum corneum e estão envolvidas na cicatrização de feridas. A epiderme também contém células de Langerhans e melanócitos. A barreira da pele proporciona funções imunes inatas (Visscher & Narendran, 2014).

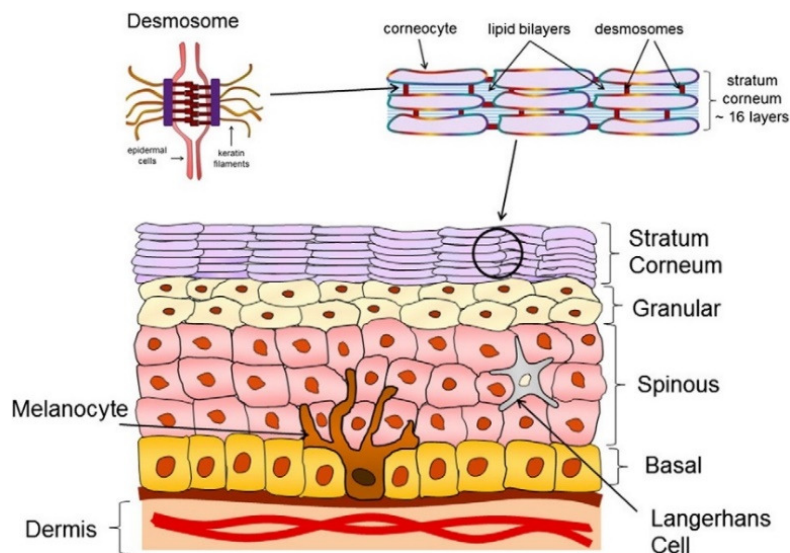


Figura 3. Estrutura da pele (Visscher & Narendran, 2014).

A pele tem uma função protetora contra a perda de água, a absorção de substâncias nocivas, a invasão de micro-organismos, o trauma físico (Blume-Peytavi, Hauser, Stamatas, Pathirana, & Bartels, 2012; Khalifian, Golden, & Cohen, 2016), e ainda uma função termorreguladora (Mendes et al., 2016; Khalifian et al., 2016; Lund, 2016; Blume-Peytavi et al., 2016; Curado, 2016).

A pele dos RN's é caracterizada como frágil, fina e delicada, características estas associadas à imaturidade dos sistemas. A pele dos RN's é morfológica e funcionalmente diferente da pele dos adultos (Blume-Peytavi et al., 2012; Mendes et al., 2016). A pele do RN, nos primeiros dias de vida, passa por uma série de processos de adaptação ao novo meio

ambiente, pois vem de um ambiente uterino aquoso para uma atmosfera seca (Blume-Peytavi et al., 2012; Lawton, 2013), além disso, o RN passa para um estado de independência funcional (Ness, Davis, & Carey, 2013). A pele do RN sofre mudanças fisiológicas e passa por uma maturação rápida desde o nascimento até ao primeiro ano de vida, e, portanto, requer atenção, de forma a minimizar o risco de complicações, comuns na pele do RN, como dermatite e infecções microbianas (Khalifian et al., 2016).

No caso de um RN prematuro (epiderme e *stratum corneum* imatura), a exposição tópica a irritantes, como antissépticos, agentes de limpeza, urina e fezes; aplicação, a remoção e exposição a adesivos, cabos de monitor, sondas e máscaras podem ter efeitos significativos na função de barreira da pele, particularmente no *stratum corneum*.

Quanto à pele do RN, o efeito / ação dos produtos na pele do RN, é apresentado esquematicamente na figura 4 (Visscher & Narendran, 2014).

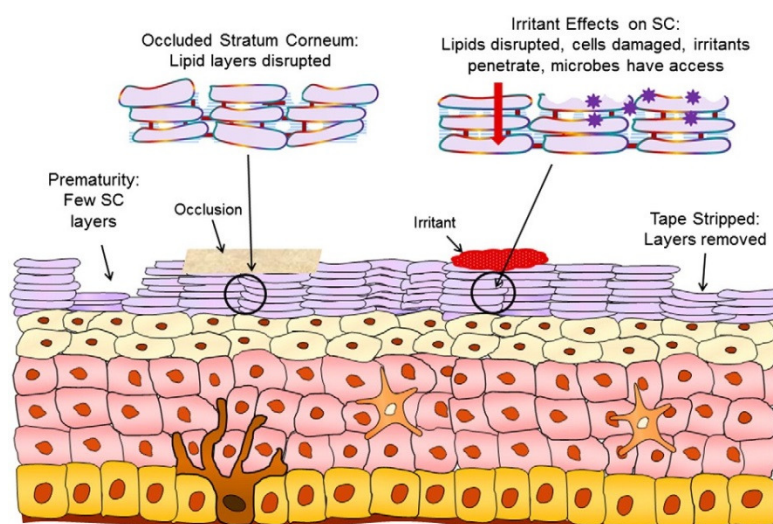


Figura 4. Potenciais efeitos da ação dos produtos na pele neonatal. (Visscher & Narendran, 2014).

Segundo Mendes et al. (2016), após o nascimento o potencial hidrogeniônico (pH) do RN é neutro, tornando-se um pH fisiologicamente ácido. A pele do RN tem um pH que varia de 6,3 a 7,5; após as duas primeiras semanas de vida, o pH baixa para, aproximadamente, 5. Entre a segunda e a quarta semanas de vida o pH torna-se gradualmente mais ácido, variando entre 4,2 a 5,9, dependendo da área do corpo. Nas axilas, na região genital e nos espaços interdigitais os valores são mais elevados. O processo de acidificação da pele forma o manto ácido, sendo um fator importante porque protege contra micro-organismos e indispensável para a maturação da barreira epidérmica e para os processos de regeneração.

Num RN PT, o desenvolvimento do manto ácido pode levar várias semanas, pelo que a pele fica desprotegida contra a invasão de micro-organismos e a absorção de agentes tópicos, afetando a integridade do estrato córneo e diminuindo a permeabilidade da barreira cutânea (Mendes et al., 2016).

O eczema atópico é uma perturbação cutânea cada vez mais frequente nos RN's e pode estar associado a fatores ambientais (sabonetes, detergentes, alterações da temperatura ambiente, contacto com lã da roupa, pólenes, ácaros, pelo de animais) e, ainda, a fatores genéticos (hereditariedade). O eczema atópico caracteriza-se por uma reação de hipersensibilidade da pele (relacionada com a alergia), caracterizada por inflamação, prurido e descamação, o que diminui a barreira protetora da pele. Esta alteração permite que os alérgenos penetrem na pele e sensibilizem o sistema imunitário. Esta doença manifesta-se principalmente pelo aparecimento de pele seca, manchas e erupções, sendo as zonas mais comuns para o aparecimento destas manifestações as zonas onde os tecidos formam "dobras" no corpo; e onde o valor do pH cutâneo é mais elevado. Alguns destes danos são produzidos pelas enzimas na pele, as protéases. Estas enzimas são sensíveis ao pH e apresentam uma atividade ótima quando ele se apresenta entre 7,5 e 8,0 (Mendes et al., 2016).

Os sabonetes e detergentes aumentam o pH da pele, o que conduz a um aumento da atividade da protéase e pode levar ao enfraquecimento da barreira da pele (Lavender et al., 2011; Mendes et al., 2016).

Devido às características próprias da pele do RN e das crianças, o uso dos produtos cosméticos destinados à sua higiene e proteção requer uma escolha cuidada. Muitos produtos indicados para os bebés têm substâncias potencialmente tóxicas que são prejudiciais à sua pele. Todos os ingredientes que podem ser potencialmente agressivos para a pele devem ser excluídos. A função de barreira cutânea é vital para o RN. Verifica-se a existência de uma vasta variedade de cosméticos no mercado, aliciantes para o consumo excessivo, mas que alteram a integridade cutânea.

Propomo-nos assim, efetuar uma revisão integrativa da literatura tendo como objetivo aumentar o conhecimento para melhorar os cuidados da higiene do RN, ajudando na tomada de decisão pelo procedimento e escolha de produtos mais adequados.

3.2.2. Método de Investigação

No sentido de conhecermos sobre os mais adequados e atualizados cuidados a ter com a pele do RN, foi desenvolvido um trabalho de natureza qualitativa através de uma revisão da literatura.

A revisão da literatura assume-se como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, e da Enfermagem em particular, constituindo-se um instrumento para uma prática baseada na evidência (Souza, Silva, & Carvalho, 2010). É um método que permite analisar o conhecimento científico, construído em trabalhos anteriores, possibilitando assim uma compreensão mais alargada sobre o fenómeno em estudo. Possibilita a síntese do estado atual do conhecimento acerca de um determinado tema, dando suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, para além de apontar lacunas/limitações do conhecimento que precisam de ser preenchidas com a realização de novos estudos (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

A prática baseada em evidência é uma abordagem para a prestação de cuidados e para o ensino, fundamentada no conhecimento e qualidade da evidência científica. A construção do processo da revisão integrativa é referida na literatura por diversos autores, sendo necessário percorrer etapas sequenciais distintas com variações na designação e subdivisão do processo. De uma forma geral, o processo assenta em seis passos bem definidos: definição de um problema clínico que deve ser convertido numa questão de investigação; a procura da evidência existente; colheita de dados e categorização dos estudos; análise crítica dos artigos; interpretação e discussão dos dados recolhidos; apresentação dos resultados da revisão (Mendes et al., 2008; Souza, Costa, Coutinho, Neto, & Amorim, 2010).

Domenico e Ide (2003) referem ainda que deve haver a integração da evidência científica na prestação de cuidados, relacionando a melhor evidência disponível com a habilidade clínica e a avaliação do processo, respondendo à questão, o que implica uma reflexão por parte do enfermeiro em relação à sua própria prática.

Cabe ao profissional de saúde obter, interpretar e integrar a evidência científica resultante da pesquisa efetuada, para que a execução deste processo vise facilitar a tomada de decisão na prática clínica (Galvão, Sawada, & Mendes, 2003).

Propomo-nos, assim, efetuar uma revisão integrativa da literatura tendo como finalidade melhorar os cuidados da higiene do RN, e uniformizar as práticas optando pelo procedimento e produtos mais adequados.

A escolha desta temática resulta da necessidade de aperfeiçoamento e uniformização de competências do EESMO na área da educação para a saúde, nomeadamente para ensinar e instruir os pais acerca dos cuidados de higiene do RN.

Definimos como questão orientadora desta revisão da literatura: “Qual o melhor procedimento e os produtos mais adequados para a higiene do RN?”.

Uma vez formulada a questão de pesquisa, a etapa seguinte foi iniciar a busca da mais recente evidência científica existente acerca do tema. Efetuámos uma revisão da literatura entre novembro de 2016 a junho/julho de 2016, de artigos publicados no período de 2012 a 2017 nas bases de dados eletrónicas, nomeadamente na MEDLINE with full text, Cochrane Database Systematic Reviews, National Institute of Health and clinical Excellence (NICE), Nature Publishing Group e a Academic Search Complete, através do motor de busca EBSCOhost, B.on, CINAHL PLUS with Full Text e PubMed. Os artigos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: disponível na íntegra nas referidas bases de dados, nos idiomas de português, inglês, francês ou espanhol; preferencialmente estudos experimentais de elevada evidência científica (estudos randomizados controlados e estudos de coorte) e, também, revisões sistemáticas da literatura (com ou sem meta-análise) em que o estudo incluísse apenas RN's aparentemente saudáveis. Quanto aos critérios de exclusão seriam: estudos com RN's prematuros, com compromisso da integridade da pele ou com necessidade de tratamentos, RN's admitidos na unidade de Neonatologia, RN's que apresentaram lesões na pele e RN's com anomalias cromossómicas.

Efetuámos a pesquisa recorrendo a descritores DeCS/MeSH da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do MeSH *Browser* (Craig & Smyth, 2004), utilizando os descritores: “Newborn”; “Infants”; “Neonate”; “wash”; “Bath”; “Skin care”; “Hygiene” combinados entre si, recorrendo aos operadores booleanos OR e AND na seguinte frase booleana: (Newborn OR Neonate OR Infant) AND (wash OR Bath) AND (“skin care” OR Hygiene). Aceitámos os termos nas palavras chaves, no seu resumo ou no título do estudo.

Após recolha dos estudos, a etapa seguinte foi a identificação e análise dos estudos selecionados. Para isso, efetuou-se uma leitura atenta dos títulos, resumos e das palavras-chave utilizadas, selecionando-se 10 estudos.

A realização da revisão integrativa engloba a categorização dos estudos selecionados, a análise crítico-reflexiva sobre os artigos e a elaboração de uma síntese, que se apresenta no subcapítulo seguinte.

3.2.3. Análise dos Resultados

Da nossa pesquisa, através do motor de busca PUBMED, foram identificados 88 artigos dos quais selecionámos 5. Através da base de dados MEDLINE foram identificados 105 artigos e selecionados 3. No motor de busca CINAHL foram identificados 97 artigos e selecionado 1, e no motor de busca EBSICO foram identificados 143 artigos e selecionado 1.

Resumindo, foram selecionados ao todo 10 artigos. Para a escolha dos mesmos, demos pertinência ao título apresentado e às palavras-chave dos estudos. Tivemos também em consideração a análise rápida do resumo, tendo em conta o nosso objetivo, o tipo de estudo, as conclusões e os resultados encontrados. Eliminámos os que se apresentavam repetidos nas bases de dados.

Selecionámos 10 artigos para integração no estudo: Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices (2012); Understanding skin care and skin barrier function in infants (2013); Neonatal skin care: A concise review (2013); Newborn infant skin: Physiology, development, and care (2014); Randomized, Controlled Trial Evaluating a Baby Wash Product on Skin Barrier Function in Healthy, Term Neonates (2013); Skin care practices in newborn nurseries and mother–baby units in Maryland (2016); Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care (2016); Bathing and Beyond - Current Bathing Controversies for Newborn Infants (2016); Bath time: More than good clean fun (2015) e Critical assessment of the pH of childrens soap (2016). Nestes estudos englobam-se cinco revisões sistemáticas da literatura, três estudos randomizados controlados e dois estudos não randomizados.

Em síntese, foram incluídos nesta nossa revisão da literatura artigos que nos pareceu reunirem a melhor pertinência científica e melhor qualidade sobre o tema em estudo, entre os quais seis são artigos originais e quatro são artigos de revisão sistemática da literatura, encontrando-se um resumo dos mesmos neste subcapítulo.

A prática baseada em evidência científica focaliza sistemas de classificação de evidência, geralmente caracterizados de forma hierárquica, dependendo do delineamento de pesquisa, ou seja, da abordagem metodológica adotada para o desenvolvimento do estudo. A sua estrutura hierárquica é representada de modo a permitir uma gradação tendo, no seu topo, o nível mais alto de evidência. O conhecimento dos sistemas de classificação de evidência científica é bastante importante para auxiliar o investigador na avaliação crítica de resultados oriundos de pesquisas e, conseqüentemente, na tomada de decisão sobre a incorporação das evidências na prática clínica. Segundo Blume-Peytavi et al. (2012), a classificação dos níveis de evidência é definida conforme se apresenta no seguinte quadro.

Quadro 2. Classificação dos níveis de evidência (Blume-Peytavi et al., 2012).

Grau	Níveis de evidência
I	Teste randomizado controlado (ou meta-análise) com um tamanho de amostra suficiente para minimizar os riscos de resultados falsos-positivos versus resultados falsos-negativos.
II	Teste randomizado controlado não ilegível para o grau I pelo pequeno tamanho da amostra; teste que pode sugerir tendências positivas, não sendo estatisticamente significantes; existe o risco de resultados falsos-negativos.
III	Estudos controlados não randomizados (série de casos, estudo de casos controlados, estudos transversais).
IV	Relatórios de comitês de especialistas, opiniões ou experiências clínicas de autoridades respeitadas, encontrados em publicações resultantes de conferências de consenso ou em <i>guedelines</i> .
V	Evidência baseada na opinião de autores de <i>guedelines</i> , com base em experiência, conhecimento de literatura relevante e discussão com colegas especialistas.

A análise dos artigos selecionados apresenta-se no quadro seguinte, referindo o seu nível de evidência, o(s) autor(es), tipo e ano de publicação, país de origem, a fonte, objetivos do estudo, a metodologia adotada e os resultados/conclusões obtidas pelos autores.

Quadro 3. Caracterização dos estudos selecionados para a revisão integrativa

Autor(es)/ Ano/ País/ Título	Objetivo/ Método	N.E.1	Principais Resultados/ Conclusões
Estudo I			
<p>Blume-Peytavi, Hauser, Stamatas, Pathirana & Bartels, 2012 International Society of Pediatric Dermatology (Estados Unidos América)</p> <p>Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices.</p>	<p>Objetivo: Análise da literatura científica sobre o desenvolvimento da pele do RN até aos 12 meses de vida, práticas de limpeza e produtos relacionados com o RN e o bebé, desde 1970.</p> <p>Método: Revisão Sistemática da literatura. Critérios de inclusão: estudos randomizados, ensaios clínicos não randomizados, estudos coorte e caso- controle. Critérios de exclusão: RN's prematuros ou com compromisso da integridade da pele ou com necessidade de tratamentos intensivos.</p>	IV	<p>Pesquisa em bases de dados eletrónicas: PubMed e EMBASE. 93 artigos foram identificados como relevantes e submetidos a completa revisão, dos quais resultaram 20 estudos.</p> <p>As evidências extraídas da literatura, de natureza heterogénea, sugerem que o banho de imersão é, geralmente, melhor que a lavagem por partes; tem efeitos positivos. Geralmente não é recomendado o uso de produtos de higiene, no entanto, o uso de produtos apropriados parece comparável, ou mesmo superior ao banho só com água em relação à manutenção do pH e da camada protetora lipídica da pele. Permanecem incertezas sobre os procedimentos de higiene ao RN mais adequados e seguros, uma vez que se sabe que a pele dos RN's apresenta muitas fragilidades durante o 1º ano de vida, especialmente nos primeiros dias após o nascimento.</p>
Estudo II			
<p>Lawton, 2013 Queen's Medical Centre, Nottingham University Hospitals NHS Trust (Reino Unido)</p> <p>Understanding skin care and skin barrier function in infants.</p>	<p>Objetivo: Informar os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros sobre a importância de manter a barreira da pele do bebé e como alguns fatores (ex: limpeza e aplicação de produtos) podem afetar a sua função; para que estes apliquem a evidência científica mais atual no ensino aos pais sobre os cuidados da pele. Método: Estudo randomizado controlado</p>	I	<p>O crescente aumento de literatura sobre a importância da função de barreira da pele permitiu aos profissionais compreender melhor as influências ambientais e os componentes genéticos do eczema atópico, do papel dos emolientes em eczema atópico e outras condições de pele seca.</p> <p>Descreve a função de barreira da pele do bebé, identifica as mudanças que ocorrem na área da pele durante o primeiro ano de vida, descreve os cuidados com a pele e a sua limpeza, e desafia as crenças dos leigos e profissionais que podem prejudicar o bom cuidado da pele.</p> <p>As funções da pele permanecem fundamentalmente as mesmas ao longo da vida, mas existem várias diferenças importantes entre a pele do RN e a do adulto. Algumas mudanças ocorrem na pele imediatamente após o nascimento, quando o RN deixa o ambiente intrauterino quente e aquoso e entra no ambiente extrauterino mais frio, seco e variável. Para se adaptar a este ambiente, a pele do RN sofre alterações na hidratação do estrato córneo, pH da superfície e permeabilidade à água. Cuidados com a pele do RN, como o banho, devem ser adequados e específicos à idade para não danificar a barreira da pele. O cuidado da pele em RN's é frequentemente baseado na tradição, experiência e fatores culturais, pelo que os</p>

		<p>profissionais de saúde devem informar corretamente os cuidadores, de forma a que tenham os melhores cuidados com a pele do RN.</p> <p>A água continua a ser o componente básico de qualquer rotina de limpeza, no entanto segundo a evidência, não remove substâncias lipossolúveis, como fezes e sebo, e a exposição excessiva à água causa maior perda transepidermica e debilidade da barreira cutânea.</p> <p>O sulfato de sódio é um ingrediente comum nos sabões, surfactante que causa irritação cutânea e aumento da perda de transepidermica.</p> <p>O produto de higiene "ideal" não deve alterar a superfície da pele ou causar irritação na pele e deve ter um pH ligeiramente ácido, entre 5,5 e 7,0.</p> <p>Para RN's com eczema atópico, é essencial utilizar emolientes durante e após o banho. Os emolientes limpam a pele, hidratam e preparam a pele para a aplicação dos tratamentos tópicos. A perda de função de barreira torna a pele mais suscetível aos efeitos de irritantes e alérgenos e à perda de água. A aplicação de um emoliente restaura a função de barreira da pele produzindo uma superfície lipídica.</p> <p>O óleo de azeite de oliva, tradicionalmente, é frequentemente usado para massagem do RN, no entanto, os resultados de um estudo de Danby (2012) mostraram que o azeite reduziu significativamente a integridade do estrato córneo e induziu o eritema. Quanto ao óleo de semente de girassol preservou a integridade do estrato córneo, não causou eritema e melhorou a hidratação da pele. O azeite de oliva tem, portanto, a potencialidade de promover o desenvolvimento e exacerbar o eczema atópico existente e não deveria ser usado como tratamento para a pele seca ou a massagem do RN.</p>
Estudo III		
<p>Ness, Davis, e Carey, 2013 International Journal of Dermatology (Estados Unidos América) Neonatal skin care: A concise review</p>	<p>Objetivo: Identificação das recentes práticas sobre os cuidados a ter com a pele do RN. Definir recomendações sobre limpeza neonatal da pele e antissepsia, cordão umbilical, uso de emolientes e prevenção da dermatite da fralda. Para além disso, definir recomendações quanto ao tratamento de úlceras por pressão, feridas e outras lesões em RN's hospitalizados.</p> <p>Método: Estudos randomizados, semi-randomizados e não randomizados</p>	<p>I</p> <p>O coto umbilical constituído por 2 artérias e 1 veia recobertas por tecido conectivo, após o parto ele é clampado e cortado passa a ser colonizado pelas bactérias da pele. Devido a esse fato, ele necessita de cuidados especiais de higiene porque pode ser uma potencial causa de onfalite e sepse após o nascimento. A recomendação é mantê-lo sempre limpo e seco.</p> <p>Várias substâncias são descritas para a limpeza do coto umbilical, entre elas o álcool isopropílico, a sulfadiazina de prata, a iodopovidona e clorhexidina. No entanto, essas substâncias possuem efeitos colaterais conhecidos, como a necrose hemorrágica cutânea e níveis séricos de álcool com toxicidade desencadeados por esta substância; a absorção sistêmica sem efeitos tóxicos e queimaduras em pré-termos pela cloroexidina; o hipotireoidismo pela iodopovidona e o kernicterus, a agranulocitose e a argiria pela sulfadiazina de prata.</p>

			<p>Deve-se realizar o primeiro banho após estabilidade cardiorrespiratória e térmica por duas a quatro horas e não antes de seis horas de vida. Recomenda-se remover com suavidade as secreções sanguíneas e manter o vernix.</p> <p>O banho de imersão (excluindo cabeça e pescoço) é o mais indicado, com água morna pois permite menor perda de calor e oferece mais conforto ao RN. O uso de água estéril está indicado se houver quebra da barreira cutânea.</p> <p>Os autores referem que o vernix caseoso promove uma camada “à prova de água” no útero, que atua facilitando a formação e a maturação da pele. Também age como um lubrificante, facilitando a passagem do bebê pelo canal de parto. Alguns estudos recentes sugerem que ele tem importante papel na hidratação, termorregulação, proteção contra as bactérias e auxílio na cicatrização de feridas e não deve ser removido até o RN receber o seu primeiro banho.</p>
Estudo IV			
<p>Visscher & Narendran, 2014 Clinics in Dermatology (IACD) - (Estados Unidos América) Newborn infant skin: Physiology, development, and care.</p>	<p>Objetivo: Avaliar o <i>estado da arte</i> sobre a estrutura e função da pele do RN, tanto em pleno termo como prematuros, e as alterações adaptativas que ocorrem após o nascimento. Método: Revisão sistemática da literatura</p>	IV	<p>As funções da pele são conferidas por três camadas principais, o estrato córneo, epiderme viável e derme, e células especializadas dentro delas. Foi dada maior ênfase estrato córneo, pois preservar a integridade desta camada é essencial para garantir proteção.</p>
Estudo V			
<p>Lavender et al., 2013 JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing (Estados Unidos da América) Randomized, Controlled Trial Evaluating a Baby Wash Product on Skin Barrier Function in Healthy, Term Neonates</p>	<p>Objetivo: Compara o uso de um produto específico para RN, com uso exclusivo de água para o banho. Método: Estudo randomizado controlado</p> <p>Amostra: 307 RN's Grupo experimental: (Johnson & Johnson): n=159 Grupo controle (água): n=148</p> <p>Critérios de inclusão: RN's aparentemente saudáveis, nas primeiras 48 horas de vida, recrutados entre fevereiro 2010 e março 2011.</p>	II	<p>Realizada avaliação quanto à perda de água, hidratação e Ph da superfície da pele do RN nas coxas, antebraços e abdômen, nas primeiras 48 horas após nascimento, no 1º e 14 dias de vida e na quarta e oitava semana de vida. Em média, os RN's tomaram banho três vezes por semana, nos dois grupos.</p> <p>Os resultados demonstraram que a realização da higiene da pele do RN com o produto testado não é inferior ao uso exclusivo de água, para o mesmo efeito.</p> <p>Não se detetaram diferenças relativamente aos parâmetros avaliados na pele do RN, comparando o uso de um produto de limpeza específico e o uso de, simplesmente, água.</p> <p>Estes resultados permitiram aos pais utilizar com mais segurança produtos de limpeza e aos profissionais de saúde oferecer uma melhor escolha aos pais do RN.</p>

	Critérios de exclusão: RN's admitidos na unidade de Neonatologia, presença de lesões na pele, submetidos a fototerapia, com anomalias cromossômicas, com evidência de alterações da pele na 1ª avaliação e aquelas que se encontram para adoção.		
Estudo VI			
Khalifian, Golden, e Cohen, 2016 Journal of Perinatology - Nature - (Estados Unidos América) Skin care practices in newborn nurseries and mother-baby units in Maryland	Objetivo: Avaliar a existência de diretrizes consensuais para o cuidado saudável da pele e cordão umbilical no RN de forma a padronizar e otimizar o cuidado da pele do RN. Método: Estudo não randomizado	III	Procedimentos de cuidados da pele inadequados podem comprometer a função da pele e a saúde do RN. Assim, os protocolos de cuidados da pele devem ser projetados e discutidos para maximizar a função da pele e minimizar os danos. Embora haja um número significativo de recomendações baseadas em evidências para o cuidado da pele em RN's gravemente doentes ou hospitalizados, há uma escassez de recomendações para orientar o cuidado da pele em RN's saudáveis e de termo. As práticas de cuidados da pele variam muito de hospital para hospital e são baseados principalmente na experiência, com a ausência de evidências de alta qualidade para o cuidado da pele em RN's saudáveis, muitas vezes levando os profissionais de saúde a procurar orientação de fontes não baseadas em evidências. Embora o Encontro Europeu sobre "Melhores práticas para limpeza infantil" tenha publicado recentemente recomendações sobre o banho e o uso de produtos de limpeza, não houve consenso sobre as melhores práticas de cuidados da pele infantil na América do Norte. Esta revisão pretende assim gerar interesse em desenvolver recomendações baseadas em evidências nos Estados Unidos, ajudando a minimizar o risco de problemas comuns da pele no início da vida, como dermatite de fraldas irritantes, dermatite atópica e infecções microbianas. Foram recebidas respostas de mais de 90% das creches do Estado de Maryland (EUA). As práticas variaram muito, entre não serem baseadas em evidências até serem contrárias às melhores práticas discutidas na literatura científica. Estes resultados são, provavelmente, devido à falta de consenso quanto às informações existentes e/ou à limitação de informação sobre tais práticas. A conclusão a que se chega é que não existem diretrizes de consenso nos Estados Unidos para o cuidado da pele no RN saudável e concordam com as orientações anteriores do Encontro Europeu sobre "Melhores práticas para limpeza infantil". Confirma-se a necessidade de serem criadas diretrizes sobre o cuidado da pele do RN.
Estudo VII			
Blume-Peytavi et al., 2016	Objetivo: Atualizar e difundir as recomendações obtidas no encontro europeu	IV	Encontro Europeu sobre "Melhores práticas para limpeza infantil" com um painel de dermatologistas e pediatras, reunidos com o intuito de discutirem as recomendações

<p>International Society of Pediatric Dermatology (Estados Unidos América)</p> <p>Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care</p>	<p>sobre a temática cuidados de rotina no banho e higiene do RN, realizada em 2009.</p> <p>Método: Revisão sistemática da literatura</p> <p>Critérios de inclusão: RN de termo com a pele saudável, sem achados patológicos (baixo risco de desenvolverem doenças de pele).</p>	<p>anteriores do encontro de 2009 e haver consenso acerca das melhores práticas relativamente ao banho e higiene infantil e do RN.</p> <p>Para além das recomendações já existentes sobre o banho do RN (1º banho e o banho de rotina, segurança durante o banho e procedimentos pós-banho) foram desenvolvidas novas recomendações.</p> <p>Na recomendação do artigo original, os autores recomendavam que o RN deveria tomar banho com água imediatamente após o parto. Esta recomendação foi revista, pelo que recomendam limpar e secar imediatamente o bebé após o parto, de preferência com toalha seca e morna. Deve ainda evitar-se a limpeza vigorosa com a toalha. No entanto se o RN se apresentar com sujidade significativa, o RN deve ser lavado com água.</p> <p>A recomendação do artigo inicial, que o tempo do primeiro banho deve ser de acordo com a cultura, não foi modificada.</p> <p>A recomendação de que o primeiro banho deve ser dado apenas quando a temperatura do RN estiver estabilizada, foi reforçada, uma vez que ainda é bastante comum dar banho “muito cedo”, logo a seguir ao nascimento. Esta prática pode interromper desnecessariamente o aleitamento materno, o contacto pele a pele e aumentar o risco de hipotermia e dificuldade respiratória.</p> <p>A recomendação “Os profissionais de saúde devem usar luvas para o primeiro banho” foi alterada para “Os profissionais da saúde devem idealmente usar luvas para o primeiro banho”. Esta orientação baseia-se no pressuposto de que o sangue materno pode representar uma ameaça para os profissionais de saúde e que os profissionais de saúde que não usam luvas podem aumentar o risco de contaminação microbiana para outros RN’s. As luvas foram consideradas ideais, mas não obrigatórias porque o primeiro banho pode ocorrer muitos dias após o nascimento, altura em que o risco de contaminação terá diminuído.</p> <p>O banho de imersão é geralmente superior à lavagem do corpo por partes e deve proceder-se à sua realização 2-3 vezes por semana.</p> <p>Embora as evidências científicas sejam limitadas, os dados disponíveis sugerem que o uso de produtos de higiene apropriados pode ser superior ao uso exclusivo de água,</p>
--	---	---

		<p>sem prejudicar o processo de maturação da pele. Contudo, os produtos a usar para a higiene do RN não devem alterar o pH normal da superfície da pele ou causar irritação. Para além disso, aqueles que contêm emolientes parecem ter vantagens adicionais, particularmente em RN em alto risco de dermatite atópica.</p> <p>A limpeza na área da fralda deve ser limpa suavemente com água ou limpar com toalhetes próprios (pH ácido, livre de irritantes como álcool, perfume, óleos essenciais, sabão e detergentes ásperos, como por exemplo, laurilsulfato de sódio). Dado que os toalhetes húmidos fornecem o ambiente ideal para o crescimento microbiano, é importante que os toalhetes contenham conservantes apropriados. Emolientes adequadamente formulados podem ser usados para manter e melhorar a função da barreira da pele.</p> <p>Os óleos adequadamente formulados podem ser aplicados em pequena quantidade para a secura fisiológica (transitória) da pele; óleos que mantenham a superfície da pele em aproximadamente pH 5,5.</p> <p>Produtos que contenham tensoativos agressivos, como lauril sulfato de sódio devem ser evitados.</p> <p>Sabonetes alcalinos têm inúmeras desvantagens, com efeitos sobre a pele e sobre o pH da pele e sobre a camada protetora, podendo causar irritação e desidratação. Produtos usados na higiene do RN devem ter provas documentadas da suavidade sobre a pele e olhos.</p>
Estudo VIII		
<p>Lund, 2016 Advances in Neonatal Care - National Association of Neonatal Nurses (Estados Unidos América) Bathing and Beyond - Current Bathing Controversies for Newborn Infants</p>	<p>Objetivo: Rever a literatura relevante sobre o banho de RN's, bem como examinar as controvérsias sobre o banho nas unidades neonatais de cuidados intensivos, incluindo o uso de banhos diários com gluconato de clorexidina.</p> <p>Método: Revisão sistemática da literatura</p>	<p>IV</p> <p>Apesar dos estudos mostrarem que a temperatura pode ser mantida se o primeiro banho for 1 hora após o parto, há benefícios em atrasar o banho (aumento do sucesso da amamentação na 1ª hora de vida, ligação mãe e filho). No entanto existem circunstâncias que é necessário dar banho imediatamente ao nascimento, como RN com mecónio, com bastante sangue.</p> <p>O vernix caseoso não deve ser retirado, pois tem como benefícios: diminuição de infeções, barreira protetora da pele, hidratação e desenvolvimento do manto ácido. Não é necessário dar todos os dias banho aos bebés, e os bebés prematuros podem tomar a cada 4 dias (menor probabilidade de estresse fisiológico e comportamental, sem aumento da colonização da pele com micro-organismos).</p> <p>O banho de imersão tem benefícios, nomeadamente na manutenção da temperatura do RN, o RN mantém-se mais tempo calmo e tranquilo, chora menos, diminuição do estresse e aumento da satisfação dos pais, pois se sentem confiantes e felizes ao dar eficazmente o banho.</p>

			<p>Não foram relatadas diferenças nos parâmetros da pele, como a perda da água transepidérmica, pH e hidratação do estrato córneo), se o primeiro e subsequentes banhos forem usando só água ou água em conjunto com um agente de limpeza suave, próprio para bebê.</p> <p>O banho diário em RN's em unidades de cuidados de intensivos neonatais com gluconato de clorexidina demonstrou reduzir a infecção sanguínea. No entanto, as preocupações com a absorção sistêmica sugerem cautela sobre a prática generalizada de banhos diários com gluconato de clorexidina nas unidades de cuidados intensivos neonatais até se saber se este anti-séptico atravessa a barreira hematoencefálica, particularmente em bebês prematuros.</p> <p>É necessária mais evidência sobre os riscos e os benefícios do banho diário com gluconato de clorexidina antes que esta prática seja amplamente divulgada. Usar um emoliente após o banho, pode melhorar a função de barreira da pele, especialmente em RN's com dermatite atópica.</p>
Estudo IX			
<p>Greener, 2015 British Journal of Midwifery (Reino Unido) Bath time: More than good clean fun</p>	<p>Objetivo: Análise da literatura científica sobre a importância do ambiente sensorial do banho do RN, incluindo interações com pessoas, e a forma como deve ser aproveitado tanto pelos pais como pelos profissionais de saúde. Método: Revisão sistemática da literatura</p>	IV	<p>O banho pode promover vínculos seguros e favoráveis entre pais e bebês, importante para o posterior desenvolvimento normal da criança; o momento do banho pode oferecer um ambiente sensorial rico em sensações tácteis, ruídos e odores, havendo evidência de que esses estímulos são potenciadores da aprendizagem e da memória; há evidência de que a estimulação tátil parece melhorar o desenvolvimento comportamental, cognitivo, motor e social. Esta temática constitui-se como um foco de atenção para os enfermeiros especialistas no seu trabalho com os novos pais, pois muitos pais desconhecem a importância da estimulação sensorial que o banho pode oferecer e que este pode reforçar o desenvolvimento do RN e fortalecer a ligação mãe, pai e bebê.</p>
Estudo X			
<p>Mendes, Shimabukuro, Uber, e Abagge, 2016 Jornal de Pediatria (Brasil) Critical assessment of the pH of childrens soap</p>	<p>Objetivo: Avaliar o pH dos sabonetes infantis, antibacterianos e detergentes sintéticos normalmente utilizados em crianças e verificar se há informação sobre o seu pH no rótulo. Método: Estudo não randomizado</p>	III	<p>A análise a todas as marcas de sabonetes (líquidos ou em barra) infantis, antibacterianos e detergentes sintéticos. A maioria dos produtos não informa sobre o pH na embalagem. Apenas dois dos sabonetes analisados apresentavam indicação do pH no rótulo. Revelou que o pH dos sabonetes variou de 4,4 a 11,5, com uma mediana de 10,7. 47 dos sabonetes infantis em barra, apenas um apresentou pH <8. 20 sabonetes infantis líquidos com pH entre 5,0 a 9,0. 14 sabonetes antibacterianos em barra, apresentam todos pH > 8,0 3 sabonetes antibacterianos líquidos, 1 com pH < 5,0; 1 entre 5,0-5,9 e 1 > 8,0. Nos detergentes sintéticos, 2 em barra e 4 líquidos: pH entre 5,0 e 9,0.</p>

		<p>Quando comparados os valores de pH entre os sabonetes líquidos e em barra, houve diferença significativa, apresentando os líquidos valores menores de pH. Os detergentes sintéticos apresentaram pH menor quando comparados com os demais. Apenas 2 sabonetes antibacterianos líquidos com pH próximo do fisiológico. Há muita variação entre as diferentes marcas. Os sabonetes em barra não são adequados para RN's porque apresentam um pH muito alto (pH alcalino). Os sabonetes na forma líquida são os mais indicados, mas o pH depende da marca. Os <i>syndets</i> são aqueles com o pH mais próximo do fisiológico. O melhor sabonete é aquele que tem um pH entre 4,5 e 6,5, pois é o pH que proporciona proteção antimicrobiana e mantém a integridade da camada córnea.</p>
--	--	---

3.2.4. Discussão dos Resultados

A revisão da literatura orientada para a questão: “Qual o melhor procedimento e produtos mais adequados na higiene do RN?”, visou obter contributos para a melhoria e uniformização das práticas de cuidar a pele do RN, ajudando na escolha dos produtos mais adequados, de modo a preservar a integridade da pele e a sua função barreira.

Da pesquisa e análise dos artigos seleccionados, emergiram outras questões relativas ao banho e aos cuidados à pele do RN. Apresentamos uma pequena síntese, dividida por tópicos, respondendo às seguintes questões: O banho pode influenciar a colonização bacteriana da pele do RN? Com que frequência se deve dar banho? Dar banho ao RN com utilização de agentes de limpeza ou não? Banho de imersão ou lavagem parcial do RN? Que características devem ter os produtos de higiene/limpeza? Qual o melhor procedimento para a higiene do coto umbilical?

Achamos que todas estas questões são pertinentes, pela sua relação, e porque nos permitem responder mais detalhadamente à questão de investigação inicial.

Colonização Bacteriana da pele

A pele de um RN é colonizada por bactérias nos primeiros dois a três dias após o nascimento (Dyer, 2013). Efetivamente, um dos aspetos discutidos em relação ao banho é a forma como este pode influenciar a colonização da pele com micro-organismos. Durante muitos anos pensou-se que a pele do feto era estéril a não ser que houvesse rotura prematura de membranas. Contudo, de acordo com os resultados do *Human Microbiome Project* do autor Gregory (2011 citado por Lund, 2016) alterou-se a forma como se encaram os micro-organismos em geral, assim como a sua diversidade e o seu DNA, existente em vários "habitats" do corpo humano. Consequentemente, melhorou a nossa compreensão sobre as bactérias comensais, habituais no corpo humano, e sobre o desequilíbrio de micro-organismos que pode levar à doença. A pele do RN, após o parto, contém uma variedade de micro-organismos que, em certa medida, é determinada pelo tipo de parto, vaginal ou cesariana. A passagem pelo canal de parto permite à pele do RN o contacto com "comunidades" bacterianas que se assemelham à flora vaginal da mãe, enquanto a microbiota da pele dos RN's por cesariana reflete a flora da pele materna. Embora não se

entenda completamente como a pele do RN se desenvolve após o parto, o pressuposto é que o parto vaginal proporciona a colonização normal da pele infantil (Lund, 2016).

Este mesmo autor refere que não é totalmente compreendido o impacto do banho no desenvolvimento do microbioma. No entanto, não é considerado se o primeiro banho deve ser administrado só com água ou se em conjunto com um agente de limpeza suave, próprio para bebê. No estudo de Medves e O'Brien (2001 citado por Lund, 2016) revelou que a colonização bacteriana da pele aumentou ao longo do tempo, mas não houve diferenças na colonização com o primeiro banho quando foi usada somente água *versus* água e um sabão neutro. No entanto, este estudo foi feito usando técnicas de cultura bacteriana padrão e pode não refletir o microbioma geral da pele. De acordo com as *Neonatal Skin Care Guidelines* (2013 citado por Lund, 2016), recomenda-se o uso de água com ou sem um agente de limpeza suave que tenha um pH neutro para auxiliar na remoção de sangue e mecônio, uma vez que a água por si só não remove algumas substâncias lipossolúveis como o mecônio. As diretrizes da NICE (2006 citado por Lund, 2016) recomendam a exclusão de produtos de limpeza ou loções diretamente na água do banho, sugerindo que seja usado um sabão suave e não perfumado. Para bebês prematuros, com menos de 32 semanas de IG, recomendam apenas a água quente, embora não existam, até agora, estudos para esta população. Dyer (2013) afirma que o banho, nos bebês RN's de termo, após o nascimento não parece afetar negativamente a colonização, nem tão pouco a mumificação do coto umbilical.

Relativamente ao primeiro banho ou banhos subsequentes associações como a *American Academy of Pediatrics*, a *American College of Obstetrics and Gynecology* e o *Centers for Disease Control and Prevention* (citado por Kuller, 2014) afirmam não ser aconselhado o uso de antissépticos.

O primeiro banho com banho com clorhexidina reduz a colonização com *S. Aureus* na pele do RN, num período de 24h. A clorhexidina demonstrou reduzir a colonização por quatro horas, mas existem preocupações acerca da sua eventual absorção (Lund, 2016).

Agentes de Limpeza

A pele do RN é frágil e é de fácil absorção de produtos químicos e drogas, portanto deve-se ter cuidado com os produtos a aplicar sobre ela. O agente de limpeza ideal para RN's deve manter o pH e a hidratação normais, sem irritar a pele ou os olhos, no entanto deve remover

os resíduos prejudiciais, tais como como enzimas fecais e componentes da urina (Khalifian et al., 2016).

O uso repetido de agentes de limpeza pode alterar o pH da superfície da pele a longo prazo (Mendes et al., , 2016). Os sabonetes convencionais têm um pH alcalino, o que pode destruir a camada lipídica da pele, aumentando o pH acima de 8 o que torna a pele seca e irritável. Por outro lado, um pH de 7,5 pode levar ao aumento da atividade das proteases cutâneas e inibir a síntese da lamela lipídica, conduzindo a um colapso da barreira cutânea (Corazza et al., 2010; Mendes et al., 2016).

Os produtos utilizados na conservação e proteção da pele infantil deverão ser isentos de substâncias cáusticas e irritantes e, idealmente, deverão apresentar as seguintes características: inexistência de substâncias agressivas (o lauril sulfato de sódio deve ser evitado), pH ácido, similar ao pH cutâneo, evitar produtos alergizantes (oliamidopropil, dimetilamina-7, essências naturais de laranja, tangerina e limão), sem toxicidade por via oral, inalatória e percutânea (Blume-Peytavi, Hauser et al., 2012).

Os fabricantes de produtos infantis testam os produtos e indicam como suaves aqueles que em estudos experimentais não provocaram irritação. Desta forma, podemos basear-nos nas informações fornecidas nos produtos e escolher aqueles que são suaves sobre a pele e olhos. São exemplo disso os sabonetes com adição de hidratantes e os sabonetes sintéticos, de pH ligeiramente ácido, pelo que se podem apresentar sob a forma de sabonete líquido ou em barra (Blume-Peytavi et al., 2016).

De acordo com Mendes et al. (2016) o melhor sabonete é aquele que tem um pH entre 4,5 e 6,5, pois é o pH que proporciona proteção antimicrobiana e mantém a integridade da camada córnea. O uso de sabonetes adequados que não alterem o pH normal da pele deve fazer parte das orientações para a higiene infantil.

Existe muita variação entre as diferentes marcas. Os sabonetes em barra não são adequados para RN's porque apresentam um pH muito alto, alcalino, pois amplifica a ação de proteases levando à degradação dos corneodesmossomas e das enzimas processadoras de lipídeos levando à descamação da pele. Os sabonetes na forma líquida são os mais indicados, mas o pH depende da marca (Mendes et al., 2016).

Os *syndets* são aqueles com o pH mais próximo do fisiológico (Mendes et al., 2016). O termo "syndet" deriva da combinação entre "sintético" e "detergente". Os *syndets* são elaborados a partir de tensoativos sintéticos, com um efeito de limpeza razoável, pH neutro ou

ligeiramente ácido (pH fisiológico, próximo ao da pele, entre 5,5 e 6,0) e provocam menos irritação (Mendes et al., 2016). Estes detergentes possuem afinidade pelo óleo que contêm, sendo capazes de remover pela água a gordura superficial da pele e impurezas. Os detergentes usados nestes géis ou barras de limpeza são surfactantes. Estes produtos podem ser utilizados como substitutos do sabonete, pois promovem uma limpeza mais suave, com menor possibilidade de alteração do pH e da função de barreira (Blume-Peytavi et al., 2016). Ou seja, os produtos de limpeza infantis são classificados de acordo com o surfactante utilizado. Podem ser elaborados sem surfactantes e são conhecidos como Syndets - sabonetes em barra ou líquidos baseados em detergentes sintéticos que são neutros ou ácidos, com $\text{pH} < 7$. Ao contrário, os agentes de limpeza baseados em sabões são alcalinos, com $\text{pH} > 10$, e têm maior probabilidade de irritar a pele quando comparados com os sabões sintéticos. Sabões alcalinos têm inúmeras desvantagens, com efeitos negativos sobre a pele, camada protetora, podendo causar irritação e desidratação; aumentam o pH da pele e interferem assim, na função do manto ácido cutâneo (Blume-Peytavi et al., 2016).

Mudanças na composição lipídica do estrato córneo podem reduzir a função de barreira da pele. Cada lavagem tem como efeito a remoção de lípidos das camadas externas da pele. A redução do teor de lípidos por lavagem com detergentes sintéticos é comparável ao uso de apenas com água; quando a lavagem é com sabão existe cerca de 93% de perda de lípidos (Lund, 2016). Galzote e colaboradores (2010) referem que as rotinas de lavagem do bebé, somente com água, demonstraram que eram equivalentes em relação às alterações na hidratação da pele e no pH; o uso de sabonete líquido infantil e hidratante não alteraram os parâmetros fisiológicos da pele, mas influenciaram positivamente algumas funções da barreira cutânea (Blume-Peytavi, Hauser, Stamatias, Pathirana & Bartels, 2012).

Na década de 1980, Braun e colaboradores compararam o efeito da utilização de um detergente sintético (*syndet*) de pH 5,5 com um sabão de pH 9,5 no banho com RN's. Verificaram que em RN's mais jovens, de 0 a 4 semanas de idade, o *syndet* altera o pH da superfície da pele para valores ácidos (efeito de curto prazo). Concluiu-se que a pele do RN precisa de mais tempo para restaurar o manto ácido, do que a pele adulta. Numa publicação posterior, Braun e colaboradores (1986) mostraram que o sabão alcalino, perturbava o manto ácido demorando aproximadamente 30 minutos a recuperar-se (Blume-Peytavi, Hauser, Stamatias, Pathirana & Bartels, 2012).

Um outro estudo, realizado por Bartels e colaboradores em 2010, comparou os efeitos de uma rotina de lavagem somente com água com os efeitos de uma rotina usando sabonete

líquido na segunda, quarta e oitava semana, e concluíram que os RN's que utilizaram o sabonete líquido apresentaram um pH menor (entre 4,5 e 6,5), que persistiu até à oitava semana em todas as áreas do corpo quando comparado com o uso de apenas água. Na oitava semana o grupo de RN's que tomava banho com água e sabonete líquido infantil e em que era colocado hidratante, teve menor perda transepidermica de água na região frontal, abdómen e coxa e apresentou ainda maior hidratação do estrato córneo na região frontal e do abdómen quando comparado com o grupo que usou apenas água. Também o grupo de RN's que tomou banho somente com água e que usou creme teve menor perda transepidermica de água e maior hidratação do estrato córneo (Blume-Peytavi, Hauser, Stamatas, Pathirana & Bartels, 2012).

Concluindo, os sabonetes sintéticos causam menor eliminação de lípidos e menor perda transepidermica de água, quando comparados com sabonetes alcalinos; e o banho com utilização de sabonetes líquidos que não alterem o pH da superfície cutânea e nem irrite a pele é mais eficiente do que o banho apenas com água (Blume-Peytavi, Hauser, Stamatas, Pathirana & Bartels, 2012).

O banho do RN apenas com água é sugerido como o método menos nocivo e foi aprovado por diversos países, protocolando o seu uso. De qualquer modo, de acordo com as suas características, a própria água, por si só, pode aumentar o pH da pele de 5,5 para 7,5. Pode-se ainda afirmar que o uso de água simples como método de limpeza é ineficaz, pois não retira substâncias oleosas como, por exemplo, fezes e gordura. Deste modo, os protocolos nos Estados Unidos da América aconselham o uso de um agente de limpeza suave que possua um pH entre 5,5 e 7, e bem como o uso de um hidratante (Mendes et al., 2016).

Os hidratantes são substâncias ricas em lípidos, que influenciam na homeostase prevenindo a perda transepidermica de água; têm como funções aumentar a absorção percutânea, reduzir a descamação, manter a temperatura, promovendo a integridade da pele (maciez, elasticidade), melhorando o aspeto da mesma (Maronn, Bree, Siegfried et al., 2011; Correa, 2012). Estes são constituídos por diversos componentes (conservantes, água, perfume, corantes, agentes doadores de consistência, óleos, umectantes, princípios ativos e emulsionantes) e classificam-se como cremes e loções, dependendo da sua finalidade (área do corpo onde serão aplicados) e consistência (Maronn, et al., 2011).

Os componentes essenciais num hidratante são os humectantes e os óleos, pois têm a capacidade de reter água na pele e repor lípidos (no caso dos óleos). No entanto, a escolha

do hidratante é fundamental, prevenindo efeitos adversos negativos na pele do RN (Lawton, 2013).

No estudo de Lawton (2013), este refere que o óleo de azeite de oliva é, tradicionalmente, frequentemente usado para massagem do RN, porém conclui-se que o azeite reduz significativamente a integridade do estrato córneo e induzi o eritema. O azeite de oliva potencia o desenvolvimento e exacerbação do eczema atópico existente e não deveria ser usado como tratamento para a pele seca ou a massagem do RN. Quanto ao óleo de semente de girassol, este preserva a integridade do estrato córneo, não causa eritema e melhora a hidratação da pele.

Os óleos adequadamente formulados, que mantenham a superfície da pele em aproximadamente pH 5,5, podem ser aplicados em pequena quantidade na pele. É indicado o uso diário em peles ressecadas, descamativas e com dermatose atópica, pois acelera o processo de cicatrização. Para uma melhor absorção e impedir a perda transepidérmica de água, o hidratante deve ser aplicado imediatamente após o banho (Blume-Peytavi et al., 2016).

Uma pele hidratada é caracterizada pela suavidade, elasticidade e maciez. Estas características estão diretamente relacionadas ao teor de humidade do extrato córneo. A camada córnea é composta por células exercem uma importante função na manutenção da barreira epidérmica e na integridade da pele. Torna-se assim necessário, o maior cuidado na escolha adequada dos agentes de limpeza e emolientes para que não haja a destruição dessa barreira.

O Banho do Recém-Nascido

A higiene do RN não é uma atividade banal, é complexa pois existe diferentes práticas propostas na atualidade. Existe também uma ausência de recomendações baseadas em consensos e as práticas de higiene em geral.

A prática da higiene do RN é influenciada por tradições culturais e experiência familiar anterior (Dyer, 2013).

Estudos recentes demonstram que as práticas de higiene podem afetar a saúde da pele do RN (Ness, Davis, & Carey, 2013; Garcia et al., 2010). O cuidado da pele é fundamental para o desenvolvimento saudável do RN. O banho é essencial para a manutenção da higiene e a

saúde da pele, mantendo a pele livre de substâncias irritativas (saliva, secreções nasais, urina, fezes e enzimas fecais), pó e germes (Corazza et al., 2010; Mendes et al., 2016).

Blume-Peytavi et al. (2016), recomendam limpar e secar imediatamente o bebê após o parto, de preferência com toalha seca e morna. Um dos principais motivos para limpar e secar o RN é a estabilização da sua temperatura. Deve ainda evitar-se a limpeza vigorosa com a toalha, removendo com suavidade as secreções sanguíneas e recomenda-se manter o vérnix. O vérnix caseoso não deve ser removido nas primeiras horas (exceto se houver risco de transmissão de doenças maternas) pelas suas propriedades protetoras de hidratação, termorregulação e cicatrização de feridas, aguardando-se até que o RN seja banhado. No entanto, se o RN se apresentar com sujidade significativa, deve ser lavado, com suavidade, com água.

Os mesmos autores referem ainda que o primeiro banho pode ser realizado depois de haver estabilidade térmica e cardio-respiratória por duas a quatro horas, e não antes de seis horas de vida. É ainda bastante comum dar banho “muito cedo”, logo a seguir ao nascimento, no entanto esta prática pode interromper desnecessariamente o aleitamento materno, o contacto pele a pele e aumentar o risco de hipotermia e dificuldade respiratória (Blume-Peytavi et al., 2016).

A OMS recomenda que o primeiro banho seja dado somente 24 horas após o nascimento, mas em caso de impossibilidade, ou por razões culturais, nunca deve ser dado antes de seis horas de vida para evitar uma possível hipotermia (Lund, 2016; Mendes et al., 2016; OMS, 2017a). A temperatura ambiente deve ser aproximadamente de 24°C, sendo a temperatura considerada como "confortável", não expondo o RN ao sobreaquecimento.

Existem diversos estudos que debatem quais as práticas mais adequadas e seguras para a higiene do RN, existindo dúvidas, se o RN deve ser banhado ou lavado, especialmente no 1º mês de vida, focando-se em parâmetros clínicos como a taxa de infeção ou morbilidade, destabilização dos sinais vitais, desconforto do RN e a influência dos procedimentos de limpeza sobre a função de barreira da pele.

Khalifian et al. (2016), Blume-Peytavi et al. (2016), Visscher, Adam, Brink, e Odio (2015) afirmam que o banho de imersão (imersão do corpo do RN excluindo cabeça e pescoço) é uma boa prática, sendo preferível ao lavar o RN por partes com um pano ou esponja. O banho de imersão deve ser a uma temperatura que varie entre os 35°C e os 36°C, e só depois da temperatura corporal do RN ter estabilizado, pois permite menor perda de calor, mantém os

sinais vitais estáveis, facilita uma correta cicatrização do coto umbilical e promove o seu bem-estar e conforto.

Na revisão sistemática da literatura de Blume-Peytavi et al. (2016), os artigos englobados, com alto nível de evidência, concluíram que o banho de imersão tem diversos benefícios em relação à lavagem do corpo por partes: melhora o sono do RN, aumenta o prazer do RN, a estimulação tátil e a ligação entre os lactentes e os cuidadores, promovendo laços afetivos.

O RN é estimulado de diversas formas enquanto se encontra no banho. Além do tato, ou seja, ser tocado pelos pais, também é estimulado o sentido olfativo, e auditivo pelas vozes e o som da água. Vários estudos sugerem que a estimulação tátil aumenta e encoraja o desenvolvimento social, cognitivo e motor. A estimulação olfativa influencia a memória do RN, aquisição de conhecimento, no seu comportamento e emoções. A maior parte dos sistemas sensoriais passam pelo tálamo que avalia a informação sensorial e passa o *input* para a parte do córtex mais apropriada, no entanto, a informação olfativa vai diretamente para o sistema límbico, uma parte do cérebro que envolve as emoções e a memória (Greener, 2015).

De acordo com a evidência científica, o banho aos RN's deve ser diário, podendo ser espaçado, duas a três vezes por semana até que estes comecem a gatinhar, desde que se realize a higiene das pregas, coto umbilical e área de fraldas, pois será a forma de manter as condições de barreira da pele (Lund, 2016; Mendes et al., 2016).

Quanto à limpeza na área da fralda, deve existir uma troca frequente das fraldas, consoante necessidade, ser limpa sem fricção, com água morna ou água juntamente com um sabão suave (syndet). Pode-se utilizar, na impossibilidade de enxaguar com água, toalhetes próprios para RN (pH ácido, sem álcool, perfume). Uma vez que os toalhetes húmidos fornecem o ambiente ideal para o crescimento microbiano, é importante que os toalhetes contenham conservantes apropriados (Blume-Peytavi et al., 2016).

Coto Umbilical e o Banho

O cordão umbilical que liga o bebé à placenta no útero é constituído por vasos sanguíneos e tecido conjuntivo. É coberto por uma membrana que está imersa no líquido amniótico. Após o nascimento, corta-se o cordão umbilical, física e simbolicamente, separando a mãe do bebé. O cordão umbilical seca, cai e cicatriza a zona de inserção umbilical (Quattrin et al., 2016). Após ser cortado, este passa a ser colonizado pelas bactérias da pele. Devido a esse

fato, os cuidados com o coto umbilical devem começar imediatamente após o nascimento (Caple & Schub, 2016).

O coto normalmente cai entre 5 a 15 dias após o nascimento (Quattrin et al., 2016). Após a queda, o local onde se encontrava o coto umbilical, pode ser considerado uma ferida em processo de cicatrização e, como tal, uma possível via de infecção, através dos vasos para a corrente sanguínea do RN (Caple & Schub 2016; Quattrin et al., 2016). Num desenvolvimento normal deste processo, a pele do RN, incluindo o coto umbilical, é rapidamente colonizada, essencialmente com bactérias não patogénicas, mas em presença de bactérias patogénicas aumenta o risco de infecção (Quattrin et al., 2016).

Nos países desenvolvidos, um terço das mortes neonatais são causadas por infeções, principalmente devido ao ambiente para onde o bebé é transferido após o nascimento, geralmente a comunidade e o domicílio. Se houver infeção o aparecimento dos sintomas geralmente é observado entre o 5º e o 9º dia de vida (Quattrin et al., 2016).

Embora haja unanimidade sobre os cuidados a ter para cortar o cordão umbilical, mediante o uso de um instrumento de corte esterilizado (lâmina ou tesoura), mãos devidamente desinfetadas e utilização de luvas esterilizadas durante o corte, em relação aos cuidados a ter posteriormente as opiniões já não são unânimes (Quattrin et al., 2016).

A OMS defende desde 1998 o *Dry Cord Care*, ou seja, manter o coto limpo sem aplicação de nada e deixando-o exposto ao ar ou coberto pela roupa limpa e, no caso de ficar sujo, limpar apenas com água. De acordo com a *American Academy of Pediatrics* nenhum tratamento antisséptico (i.e. clorhexidina) é superior a qualquer outro. As diretrizes da *German Association for Neonatology and Pediatric Intensive Care* recomendam os mesmos cuidados, mantendo a zona do coto umbilical seca (Quattrin et al., 2016).

A OMS (2013 citado por Quattrin et al., 2016) recomenda a aplicação diária de clorhexidina (solução aquosa de clorhexidina digluconato ou gel de clorhexidina a 7%) no coto umbilical durante a 1ª semana de vida em RN's que nasceram em casa ou em locais com hábitos de higiene precários e com alta mortalidade neonatal (30 ou mais óbitos neonatais por 1000 nascidos vivos), enquanto recomenda o *Dry Cord Care* para bebés nascidos em unidades de saúde ou em domicílios com baixas taxas de mortalidade neonatal.

Segundo Ness, Davis, e Carey (2013), existem várias substâncias descritas para a limpeza do coto umbilical como o álcool, a sulfadiazina de prata, a iodopovidona e clorhexidina. No entanto, estas substâncias possuem efeitos adversos conhecidos como a necrose

hemorrágica cutânea, e níveis séricos de álcool com toxicidade desencadeados por esta substância; a absorção sistêmica sem efeitos tóxicos e queimaduras em RN PT pela clorhexidina; o hipotireoidismo pela iodopovidona e o kernicterus, a agranulocitose e a argiria pela sulfadiazina de prata.

Ainda que durante muitos anos se tenha recomendado não dar banho de imersão ao RN, para não molhar o coto umbilical, enquanto este não tivesse caído, não existe qualquer contraindicação para o fazer. O banho pode ocorrer de forma segura antes da queda do coto umbilical porque não existem quaisquer evidências que esta prática possa afetar a cicatrização do mesmo ou aumentar o seu risco de infeção (Khalifian et al., 2016).

Quattrin et al. (2016) efetuaram um estudo e concluíram que não havia diferenças significativas entre o cuidado do coto umbilical de forma seca e o cuidado com álcool a 70%. Em relação à ocorrência de infeção local, doença sistêmica, granuloma, sangramento, etc., o tempo de separação do coto umbilical foi significativamente menor no grupo de cuidados com coto seco. Este tipo de cuidar é um método fácil, direto e seguro de manipulação do coto umbilical em RN's saudáveis, nascidos em ambiente hospitalar.

Caple e Schub (2016) afirmam que o cuidado de rotina do coto umbilical consiste num exame frequente e cuidadoso, na sua limpeza e manutenção do coto seco. O método de limpeza depende do protocolo usado em cada instituição hospitalar. Os agentes de limpeza podem variar entre simples sabão e água a agentes antimicrobianos, tais como a iodopovidona, a bacitracina e o álcool. O coto é deixado ligeiramente coberto ou deixado ao ar (isto é, acima do nível da fralda) e mantido livre de agentes hidratantes para promover a secagem, promover o desprendimento do coto e facilitar a cicatrização umbilical.

É também importante o uso de medidas de higiene nos cuidados ao coto umbilical, como a lavagem de mãos de quem vai tratar, pode-se colocar uma gaze limpa a cobri-lo e a troca frequente de fraldas depois da micção ou evacuação, sendo estas práticas benéficas na redução de infeções do coto umbilical e superiores à aplicação de soluções antissépticas (Caple & Schub, 2016).

Em suma, preconiza-se como norma essencial a limpeza do coto umbilical com água, *Dry Cord Care* mantendo o coto sempre limpo e seco, sem aplicação de quaisquer substâncias, deixando-o exposto ao ar ou coberto pela roupa limpa. O uso de álcool etílico ou clorhexidina a 70% são aparentemente eficazes em reduzir o risco de infeção, sobretudo em locais de higiene precária ou com alta mortalidade neonatal devido a infeções, devendo nesse caso

ser incentivado o uso destas substâncias em todas as unidades hospitalares e nos cuidados pós-natais em casa.

3.2.5. Conclusão da Revisão Integrativa

Pela revisão da literatura efetuada podemos concluir que idealmente o momento do banho deverá promover o bem-estar e conforto da mãe e do RN, deverá ser um momento de relaxamento, de felicidade, de contacto pele a pele e de interação entre mãe/pai e filho (Corazza et al., 2010; Mendes et al., 2016).

Conclui-se também que atrasar o primeiro banho do RN é benéfico tanto para o bebé como para a mãe, como o aumento do sucesso da amamentação na 1ª hora de vida, ligação mãe-filho, bem como na estabilidade fisiológica, na prevenção da hipoglicemia e no microbioma da pele. É de extrema importância, o primeiro banho do RN ser realizado após estabilização hemodinâmica (pois pode levar à hipotermia, à destabilização dos sinais vitais, ao desconforto respiratório e ao alto consumo de oxigênio).

O banho de imersão é salutar para os RN's de termo. Este é recomendado, pois tem benefícios como a menor perda de calor, mantém os sinais vitais estáveis e promove o bem-estar e conforto do RN.

É ainda recomendável a redução da frequência do banho durante o primeiro mês de vida, cerca de duas a três vezes por semana, desde que se realize a higiene do coto umbilical, diariamente, e a região perineal a cada muda da fralda.

A água em associação com produtos de limpeza suaves, com pH apropriado, de preferência associado com um emoliente na sua composição, próprios para RN's, são atualmente os produtos recomendados, de forma a limparem as substâncias irritativas.

É essencial proceder à avaliação da potencial toxicidade do banho utilizando chlorhexidine gluconate, em bebés prematuros e de termo, em unidades de cuidados intensivos neonatais, com aplicação repetida, incluindo determinar se a chlorhexidine gluconate atravessa a barreira hematoencefálica, e ainda a avaliação do efeito do banho repetido com este antisséptico no microbioma dos RN's.

A massagem realizada com hidratantes ou óleos, adequadamente formulados, sobre a pele do RN tem se mostrado benéfica para a secura fisiológica da pele, ajuda no tratamento da dermatite atópica e promove o desenvolvimento, bem-estar e conforto. Além disso, a massagem promove a interação entre pais e filhos.

Seria de suma importância estudar o impacto do banho na função da barreira da pele, determinado por parâmetros como pH e hidratação do *stratum corneum*, em bebês prematuros de diferentes idades gestacionais.

Mediante a revisão da literatura efetuada, verificamos que a indústria farmacêutica/cosmética é a que tem procurado ir ao encontro de produtos que respeitem a estrutura e funções da pele do RN. No entanto, à semelhança dos autores dos artigos que incorporam esta revisão, constatou-se uma escassez de estudos com nível de evidência elevado, culminando em artigos de atualização e de opinião de peritos, dificultando o consenso. Recomendam então, mais investigação randomizada controlada, que analise um maior número de crianças de cada faixa etária, no sentido de fortalecer os resultados encontrados (cuidados a ter com a manutenção da pele do RN).

Atualmente, com a informação de que se dispõe sobre cuidados com a pele do RN, e com as novas recomendações que resultaram do Encontro Europeu sobre “Melhores práticas para limpeza infantil”, com um painel de dermatologistas e pediatras (Blume-Peytavi et al., 2016), podemos adotar um protocolo para o banho dos RN's:

- Secar cuidadosamente o RN imediatamente após o parto, de preferência com toalha seca e morna, removendo o mecônio e sangue;
- Apenas se deve limpar mais vigorosamente ou dar banho se o RN apresentar sujidade significativa ou se existir risco de transmissão de doenças maternas;
- Não retirar o vérnix caseoso (exceto se houver risco de transmissão de doenças maternas), deixando que este seja absorvido pela pele ou se desprenda naturalmente;
- Dar o primeiro banho apenas quando a temperatura corporal do RN estiver estabilizada, 24 horas após o nascimento, mas em caso de impossibilidade, ou por razões culturais, nunca deve ser dado antes de seis horas após o nascimento;
- Limpar a pele do RN com água (é sugerido como o método menos nocivo, porém é um método de limpeza ineficaz, pois não retira substâncias irritativas), ou com água juntamente com sabonetes suaves e sintéticos líquidos, conhecidos como syndets;

- O banho pode ser realizado todos os dias, no entanto é recomendável dar cerca de duas a três vezes por semana, desde que se realize a higiene das pregas e coto umbilical diariamente, e a região perineal a cada muda da fralda, ou conforme a necessidade e os fatores culturais;
- Realizar massagem ao RN com hidratantes ou óleos, adequadamente formulados (ex: óleo de semente de girassol, que preservam a integridade do estrato córneo e melhoram a hidratação da pele).

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ESTÁGIO

Ao finalizar o Relatório de Estágio, revela-se a consciencialização da autorreflexão, introspeção e autoavaliação do percurso ao longo do estágio profissional, nomeadamente das atividades desenvolvidas e, conseqüentemente, das competências, conhecimentos e habilidades adquiridas ao nível profissional e pessoal.

Este trajeto proporcionou momentos de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos, previamente adquiridos, e a integração de novos conhecimentos pela procura da evidência científica para suportar a nossa prática clínica. Igualmente, possibilitou o enriquecimento e aprofundamento das minhas competências ao nível da gestão e qualidade dos cuidados gerais e o desenvolvimento de novas técnicas e práticas profissionais na área da enfermagem, mas sobretudo na aquisição e desenvolvimento de competências específicas no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

Ao longo do estágio profissionalizante realizou-se um acompanhamento individualizado e especializado a mulheres grávidas, sobretudo aquelas de maior elevado risco, pelas complicações associadas, envolvendo o casal e a família, acompanhamento das mulheres no TP e parto, tendo como principal objetivo responder às necessidades identificadas.

Assim, ao longo deste relatório descrevemos todas as atividades e experiências desenvolvidas nos vários contextos da nossa prática e colocámos em evidência a relevância das competências adquiridas e o contributo dos vários elementos da entidade de acolhimento.

Ao longo do percurso formativo, foi imposto o cumprimento de um plano de atividades de acordo com o preconizado no Decreto-Lei nº322/87 de 28 de agosto, onde o aluno deverá: realizar o acompanhamento, vigilância e prestação de cuidados a pelo menos 100 parturientes saudáveis ou com patologia obstétrica e ginecológica e ao RN de baixo risco; realizar cerca de 40 partos eutócicos, sendo que, não sendo possível por falta de parturientes, realizar no mínimo 30 partos, na condição de o aluno participar, para além destes em mais 20 partos distócicos; vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto; participação ativa em pelo menos um parto de apresentação pélvica ou participação por simulação e realização de episiotomia e sutura de lacerações e episiorrafia.

O plano de atividades, de acordo com o preconizado, foi cumprido na sua totalidade.

Numa primeira fase deste relatório são apresentadas e descritas as atividades desenvolvidas no âmbito da gravidez de risco e com complicações, sendo que se prestou cuidados de enfermagem especializados a 61 mulheres e família, abrangendo várias complicações, como se pode observar no gráfico 1.

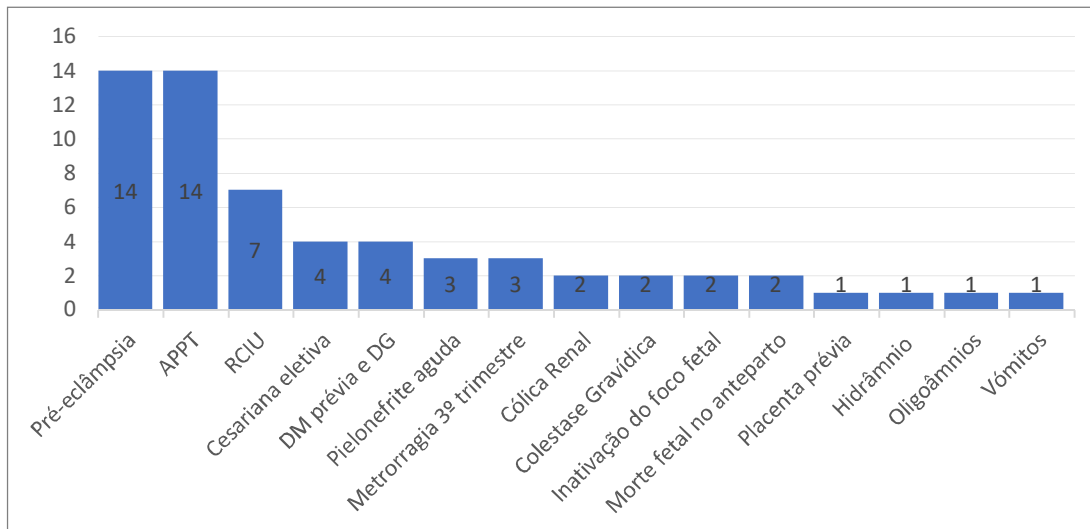


Gráfico 1. Registo de Experiências durante o estágio no âmbito da Gravidez com Complicações.

Verificou-se uma maior prevalência de casos de pré- eclâmpsia, APPT e RCIU.

Estas foram as três complicações da gravidez que mais experienciei e que mais tive oportunidade de estudar, aprender e prestar cuidados às mulheres e família.

Nesta experiência destaco a interação e relação positiva que foi possível estabelecer com as mulheres grávidas e família, salientando a confiança e segurança que se estabeleceu através do diálogo, esclarecimento de dúvidas e questões expostas, além do apoio e suporte emocional prestado para promover uma maior capacidade para lidarem e se adaptarem a uma situação de vida inesperada e negativa (diagnóstico de uma complicação associado à gravidez). Estas estratégias permitiram que as gestantes concebessem expectativas realistas face à situação atual de internamento e ao nascimento do seu bebé, controlando as suas emoções mais negativas, nomeadamente, os seus medos, os seus receios e a ansiedade. No que diz respeito ao nosso crescimento profissional e pessoal, sentimo-nos bastante felizes e satisfeitos com a nossa intervenção junto do casal, uma vez que sentimos que confiavam em

nós para falar abertamente sobre os seus problemas, expectativas e emoções, agradecendo-nos por todo o tempo dispensado.

A realização de intervenções para distrair a gestante e diminuir a sua ansiedade foram fundamentais. Contudo, as atividades que mais tive prazer de realizar e, sobre as quais obtivemos um feedback positivo das mulheres, foram as técnicas de relaxamento como a imaginação guiada, a escuta ativa e a realização de sessões de esclarecimento e educação para a saúde sobre temas relativos ao puerpério e cuidados ao RN.

Quanto à segunda parte do presente relatório, apresentámos e descrevemos o desenvolvimento de competências e os cuidados especializados prestados a mulheres em contexto de TP e parto.

No gráfico 2 apresentamos o número de partos eutócicos realizados, num total de 69 partos, com supervisão do tutor e a colaboração em 15 partos distócicos, sendo que 19 mulheres passaram por uma indução de TP, 72 partos foram realizados com anestesia epidural e apenas 12 mulheres não pariram com anestesia epidural. De 42 dos partos resultaram uma episiotomia e 32 partos alguma laceração, pelo que neste estágio observei que muitas mulheres além de uma ferida perineal por episiotomia apresentavam também uma laceração de primeiro grau.

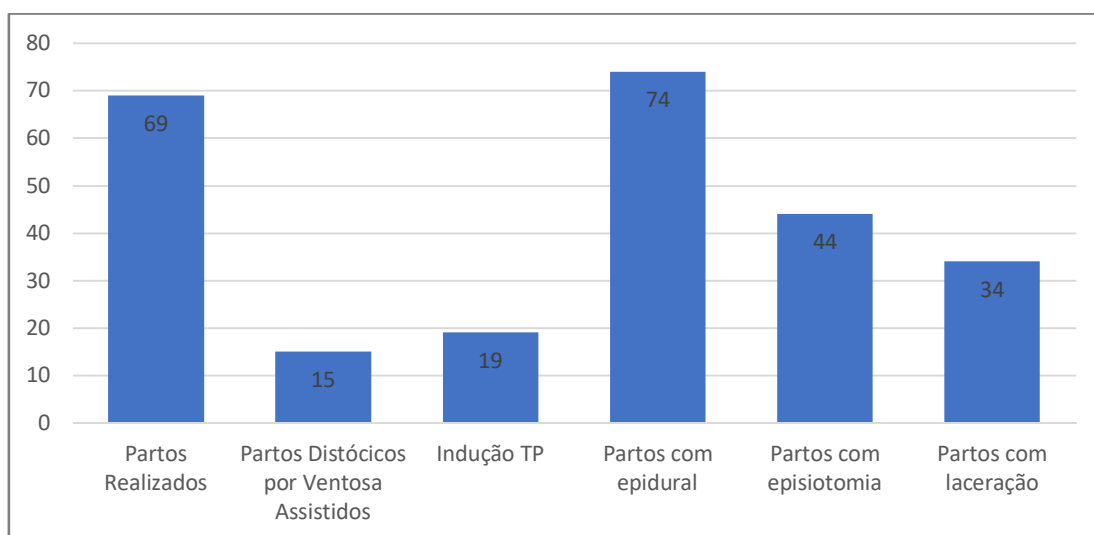


Gráfico 2. Registo de Experiências durante o estágio no âmbito do TP e parto.

Como se pode ver, realizaram-se bastantes partos com analgesia epidural. Durante a nossa prática clínica, a administração da analgesia epidural era oferecida a todas as mulheres em

TP que apresentassem dor e dificuldade no seu controlo, mesmo que não se encontrassem na fase ativa do TP.

A decisão de a mulher não desejar a analgesia epidural, não foi compreendida pelos médicos e EESMO, pelo que a maioria transmitiam à mulher que, com o evoluir do TP, o melhor seria ter analgesia epidural para não terem tantas dores, não respeitando a decisão da mulher e a sua autonomia na gestão da dor.

A maioria das mulheres que não realizou epidural, haviam chegado ao hospital na fase ativa do TP, ou o TP evoluía muito rapidamente, não sendo possível a realização da analgesia epidural.

Quanto à implementação de métodos não farmacológicos como a bola de pilates, a massagem, a deambulação para a progressão do TP na primeira fase do TP e para a diminuição da dor, a maioria das mulheres que não detinham conhecimento prévio sobre esses métodos, não estava receptiva a informações novas, pelo que lhes impunham a analgesia epidural.

Esta experiência foi a que despertou um maior interesse, despoletando uma maior entrega e envolvimento, mas também aquela em que se adquiriu e desenvolveu mais conhecimentos, competências, habilidades no que diz respeito aos cuidados especializados à parturiente, feto, casal e RN.

A prática em contexto de Bloco de Partos despertou um conjunto de emoções variadas. Apesar de inicialmente existir a insegurança e o receio por medo de errar, num momento tão marcante e emocionante, posteriormente, com a aprendizagem e experiência adquiridas ao longo da prática, foi-se aumentando a confiança, a segurança e a autonomia.

Foram várias as situações que nos marcaram, mas experienciar cada parto e acompanhar cada gestante/casal ao longo de todo o processo foi o mais gratificante, observando que o mecanismo do TP e parto difere de mulher para mulher, sendo cada mulher e RN únicos. Senti que fui um elemento facilitador do mesmo, partilhando momentos repletos de imensas e intensas emoções num momento tão importante na vida da mulher/ casal.

Importa realçar que existiram momentos menos bons, pois nem todos os partos foram fáceis, nem todos os desfechos foram os esperados, havendo casos de grande preocupação e apreensão face às complicações associadas. No entanto, sempre se trabalhou no sentido de preparar psicologicamente e emocionalmente cada gestante para que vivenciasse com maior tranquilidade e serenidade o momento do parto, prestando cuidados relativos à mulher e

casal, ligado a um parto num ambiente seguro, e, promovendo a saúde da mulher e do RN (OE, 2019).

A experiência no Bloco de Partos, na sua globalidade, foi bastante enriquecedora, indo para além das expectativas, querendo destacar o importante papel do EESMO na nossa supervisão e acompanhamento. A equipa de enfermagem demonstrou, sempre, disponibilidade para momentos de discussão e reflexão dos casos experienciados, promovendo constantemente o nosso interesse e empenho na aprendizagem e prestação de cuidados. A boa relação que se estabeleceu com a equipa de enfermagem foi um elemento importante e facilitador na integração neste contexto, bem como no desempenho profissional.

A equipa de enfermagem, pretendeu sempre defender uma prática de enfermagem autónoma. Contudo, nem sempre se observou uma humanização do parto. Os cuidados humanizados passam essencialmente por proporcionar o maior conforto e oferecer o que a parturiente deseja.

No local de estágio não existia um modelo de plano de parto, no entanto a mulher era questionada sobre as suas preferências, pelo que dependeu do profissional respeitar ou não a decisão da mulher/casal.

Na nossa prática, tutelada, os desejos da mulher/ casal foram respeitados sempre que possível, explicando-lhes que deveriam encarar o plano de parto como desejos, mas não como um conjunto de regras que seriam seguidas à risca. O principal desejo da mulher era a presença de um acompanhante durante todo o TP e foi sempre permitido, podendo essa pessoa ser o companheiro/a, ou um familiar, ou até mesmo um amigo/a. O pedido para não realizar tantos toques vaginais, também foi respeitado por nós, apenas realizávamos o toque vaginal quando observávamos alguma alteração no TP e, por isso, é importante o conhecimento sobre a fisiopatologia do TP. Esta intervenção não foi respeitada pela maioria dos colegas da equipa, que realizavam exames vaginais de forma exagerada.

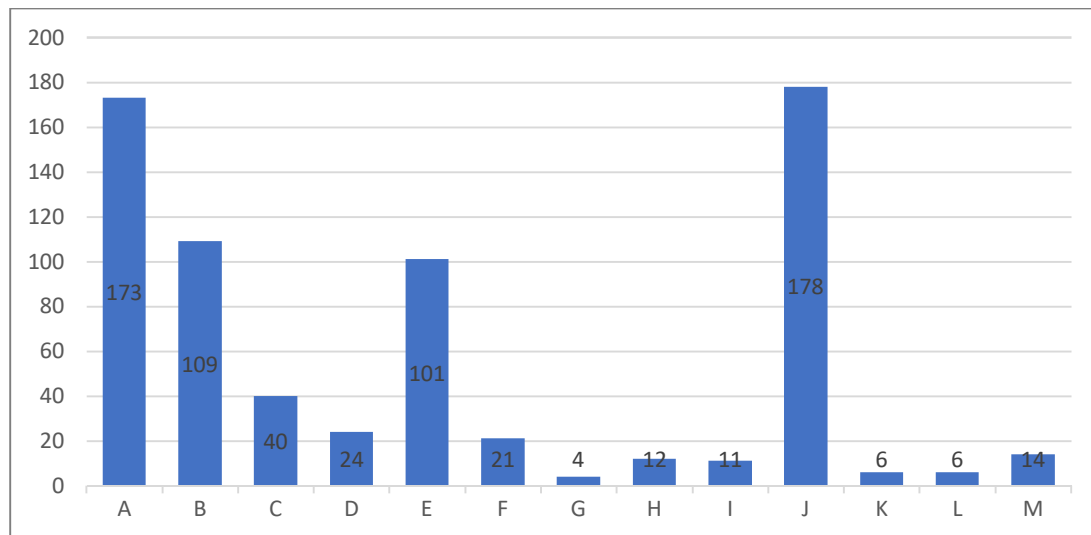
Muitas intervenções, baseadas na evidência científica recente, foram realizadas, como a amamentação na 1ª hora de vida e a promoção do aleitamento materno, o contacto pele a pele imediato, após o parto, sempre que possível, a deambulação, a utilização de algumas estratégias não farmacológicas. Todavia, estas intervenções não foram discutidas com a restante equipa, pelo que não houve mudanças, não influenciando os pares, nas mudanças das práticas. Existe um conjunto de procedimentos e rotinas enraizadas na equipa daquela instituição, difíceis de mudar, principalmente na equipa médica, observando-se que não implementam uma prática baseada na evidência científica.

Observámos constantemente intervenções e técnicas invasivas desnecessárias, por parte da equipa de enfermagem, muitas vezes prescritas pelo médico, como a realização de procedimentos para induzir e acelerar o TP, o controlo farmacológico da dor, a insistência para a realização da analgesia epidural, a monitorização contínua por CTG na primeira fase do TP, numa gravidez normal, sem a existência de intercorrências, o que confinava a mulher à cama; a administração de fluidos intravenosos, a imposição da posição de litotomia, a algaliação e os esforços expulsivos dirigidos.

Na nossa opinião, achamos que houve imensas falhas de comunicação entre a mulher, casal e a equipa de enfermagem e médica, e mesmo dentro da equipa de enfermagem, no sentido em que a mulher não tinha uma voz ativa no nascimento do seu filho. Uma das minhas dificuldades, no decorrer desta prática clínica, foi conviver com as intervenções do EESMO não respeitando a decisão da mulher, ou quando as intervenções não estavam de acordo com a evidência científica mais recente.

Quanto à segunda parte deste trabalho, consistiu na descrição do desenvolvimento das atividades prestadas no âmbito do autocuidado e da preparação para a parentalidade, onde tivemos a oportunidade de prestar cuidados a 173 puérperas e 178 RN's.

No gráfico 3 apresento o número de mulheres e RN's assistidos ao longo desta prática clínica.



- | | |
|--|--|
| A- Puérperas assistidas | H- Puérperas de risco- Pré-eclâmpsia na gravidez |
| B- Puérperas com parto eutócico | I- Puérperas de risco- Diabetes gestacional |
| C- Puérperas com parto distócico- cesariana | J- RN's assistidos |
| D- Puérperas com parto distócico- ventosa | K- RN baixo peso (2,100 a 2,450 Kg) |
| E- Puérperas com episiorrafia médio lateral esquerdo | L- RN macrossómico (4,000 a 4,430 kg) |
| F- Puérperas com laceração 1º grau | M- RN's a realizar fototerapia |
| G- Puérperas com laceração 2º grau | |

Gráfico 3: Registo de Experiências durante o estágio no âmbito do autocuidado e da preparação para a parentalidade.

Como se pode observar, durante a nossa prática clínica, foram várias as mulheres e os RN's alvo dos nossos cuidados, procurando a individualidade dos mesmos e a promoção da parentalidade.

Cuidámos de 40 puérperas com ferida abdominal, por terem sido sujeitas a cesariana. A cesariana foi realizada, na maioria dos casos, por estado fetal não tranquilizador e algumas cesarianas eletivas por apresentação fetal de pelve ou gravidez gemelar.

Também tivemos 101 puérperas com ferida perineal, necessitando de vigilância e cuidados à ferida. Muitas puérperas tinham sido submetidas a episiorrafia médio lateral esquerdo e, outras por presença de laceração de 1º grau. As mulheres com laceração de 2º grau não apresentavam perineorrafia.

Neste contexto, adquirimos e desenvolvemos conhecimentos, habilidades e competências promotoras do autocuidado na puérpera, de vigilância e diagnóstico precoce de complicações e promotoras da segurança e autonomia das puérperas quanto à amamentação, exercício do papel parental e dos cuidados ao RN, tendo em vista a preparação do regresso a casa.

Sem dúvida que a amamentação foi o grande desafio e à qual dedicámos muito tempo para colmatar as dificuldades da mãe, esclarecer mitos, aumentar o conhecimento dos pais, recompensadas pelo sucesso, na maioria dos casos, de uma amamentação exclusiva. No entanto, observámos que no serviço havia EESMO que investiam bastante na amamentação, enquanto outros desistissem na primeira dificuldade, oferecendo leite adaptado, passando a ideia, para a mãe, que esta não era capaz, o que por vezes prejudicava todo o nosso trabalho anterior com a mulher.

Quanto às dificuldades neste estágio, uma delas transmitir tanta informação e capacitar o casal de conhecimentos e habilidades, face às suas necessidades, num curto tempo de internamento e devido ao número insuficiente de profissionais por cada turno, De acordo com o plano de trabalho atribuído à enfermeira tutora prestávamos cuidados, nos turnos da manhã, a um número máximo de seis, e respetivos RN's, enquanto nos turnos da tarde e noite esse número podia alcançar doze.

Foi ainda identificada uma problemática, na prática clínica, sobre qual o melhor procedimento e os produtos mais adequados para a higiene do RN, resultante da observação de alguns procedimentos desatualizados face à mais recente evidência científica.

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura seguindo as etapas de acordo com a prática baseada na evidência. Esta revisão foi importante, pois foi possível implementar algumas das recomendações sugeridas e a atualização de algumas intervenções, sendo o mais relevante a transmissão da informação atualizada ao casal e à família.

Nesta prática tutelada por um EESMO, a maioria das intervenções realizadas por nós estiveram de acordo com a evidência científica mais recente, nas outras procurei justificar como deveriam ter sido desenvolvidas. Contudo, foi difícil mudar práticas com os restantes EESMO, pois no serviço existem protocolos, desatualizados, com mais de 10 anos de revisão, que impediam a mudança de algumas das práticas.

Quanto às dificuldades pessoais, destaca-se a episiorrafia e a correção das lacerações, principalmente as suturas intradérmicas, todavia, com a orientação do enfermeiro tutor, esta dificuldade foi ultrapassada, conseguindo na reta final do estágio realizar esta intervenção de forma confiante e autónoma. Outra grande dificuldade foi conciliar a vida académica com a profissional e, por fim, escrever o Relatório foi a tarefa mais árdua, pela extensa pesquisa que envolveu e pela dificuldade na articulação dos conteúdos no contexto da aprendizagem decorrente do estágio.

Podemos concluir que o papel do EESMO é fundamental no apoio à mulher/ casal/ família em todas as fases da gravidez, TP, parto e pós parto. Foi notório o crescimento pessoal e profissional ao longo deste percurso, contando sempre com a professora orientadora de estágio, que se mostrou sempre recetiva. Na sua globalidade, foi um percurso positivo, construtivo e enriquecedor, na medida em que nos proporcionou o desenvolvimento das competências para uma prática de excelência.

CONCLUSÃO

Ao debruçarmo-nos sobre o caminho percorrido ao longo do estágio de natureza profissional, sentimos que foi uma experiência bastante positiva e enriquecedora para a consolidação dos conhecimentos e para atingir as competências, tendo contribuído para o nosso crescimento pessoal e profissional, permitindo a nossa progressão académica, e o nosso desenvolvimento profissional.

Foi nosso propósito a busca pela atual evidência científica e a uniformização das práticas, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados e a contextualizar os saberes teóricos a partir de situações vivenciadas, explorando uma problemática da prática clínica. Em simultâneo, procurámos o desenvolvimento de competências, no âmbito da prática de EESMO, apresentadas no presente relatório. Neste sentido, procedemos a uma análise sobre os objetivos a que nos propusemos no início deste trabalho. Assim, consideramos que os objetivos, inicialmente delineados, foram alcançados, no sentido que foram desenvolvidas e adquiridas competências no domínio dos cuidados de Enfermagem especializados dirigidos à mulher e família em situação de gravidez com complicações, TP, parto e pós-parto.

A problemática da prática clínica escolhida para aprofundar e realizar uma revisão integrativa da literatura “Qual o melhor procedimento e os produtos mais adequados para a higiene do RN?” teve como objetivo uniformizar as atividades e intervenções desenvolvidas neste contexto. Assim, pela revisão da literatura efetuada, concluímos que, acima de tudo, o momento do banho deverá promover o bem-estar e o conforto do RN, e também da mãe, e proporcionar um momento de contacto e de interação entre mãe/pai e filho, concluindo-se que o banho de imersão apresenta vantagens relacionadas com o conforto e a satisfação do bebé. A higiene deve ser realizada apenas com água ou com produtos de limpeza líquidos suaves ou syndets, dado que não alteram a adaptação da barreira cutânea, nem a colonização microbiana da pele.

Verificámos que a indústria farmacêutica e cosmética tem procurado produtos que respeitem a estrutura e funções da pele do RN, contudo, constata-se uma escassez de estudos com nível de evidência elevado, culminando em artigos de atualização e de opinião de peritos, dificultando o consenso, pelo que se recomenda mais investigação randomizada controlada que analise um maior número de crianças de cada faixa etária.

Com a informação que obtivemos sobre os cuidados com a pele do RN e os produtos mais adequados, cumprimos o nosso principal objetivo de contribuir para a uniformização do

procedimento sobre o banho dos RN's, apresentando-o no subcapítulo Conclusão da Revisão Integrativa.

De realçar a importância da prática supervisionada para a promoção e aquisição de competências, na medida em que, apesar de todas as atividades propostas, em contexto de estágio, serem discutidas com os respetivos tutores, estes permitiram que as explorássemos e realizássemos com alguma autonomia, no sentido de fomentarmos a nossa aprendizagem e desenvolvermos as competências profissionais e pessoais. Igualmente, proporcionaram-nos uma fácil integração no contexto de trabalho, proporcionando um ambiente relacional bastante positivo, incentivando a colocação e o esclarecimento de dúvidas e de propostas de novas ideias, conceções e práticas.

Refletindo e analisando todo o percurso e o processo de realização deste trabalho, podemos dizer que existe um sentimento de realização, tanto ao nível profissional como pessoal. Consideramos que houve grande evolução no que diz respeito ao aumento e consolidação de conhecimentos teóricos e científicos, mas, igualmente, enquanto pessoa. No entanto, sabemos que a nossa prática irá sempre exigir uma constante atualização e aprofundamento dos conhecimentos e das técnicas, fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade à mulher e respetiva família ao longo do seu ciclo de vida reprodutivo.

Este percurso constituiu-se um importante contributo para a construção do conhecimento pessoal em enfermagem, rico em reflexões, revelando-se um mundo encantador repleto de descobertas, aprendizagens, desenvolvimentos e emoções, e estabelecendo uma ligação entre a teoria e a prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A., Lukasse, M., & Reinar, L. M. (2012). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 6. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub2
- Abrams, P., Smith, A., & Cotterill, N. (2015). The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45-60 years: results from a survey in France, Germany, the UK and the USA. *BJU Int*, 115(1), 143-152. doi: 10.1111/bju.12852/full
- Adamkin D. (2011). Clinical report – postnatal glucose homeostasis in late-preterm and term infants. *Pediatrics*, 127(3), 575-579.
- Albuquerque, A., Coimbra, M., Grilo, A., & Camarneiro, A (2009). Intervenção do Enfermeiro na promoção da interação mãe-bebé. *Revista Referência*, 11(9), 15-26.
- Aleman, A., Althabe, F., Belizán, J., & Bergel, E. (2005). Bed rest during pregnancy for preventing miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Consultado em 23/10/2016. DOI: 10.1002/14651858.CD003576.pub2.
- Ali, S., Malik, M., Iqbal, J., & Faruqi, N. (2016). Routine episiotomy versus selective episiotomy in primigravidae. *Annals of King Edward Medical University*, 10(4), 482-484. Disponível em <http://www.annalskemu.org/journal/index.php/annals/article/view/1272>.
- American Academy of Pediatrics (2006). American College of Obstetricians and Gynecologists. The Apgar score. *Pediatrics*, 117, 1445-1447.
- American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases & American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn (2017). Elimination of Perinatal Hepatitis B: Providing the First Vaccine Dose Within 24 Hours of Birth. *Pediatrics*, 140(3), e20171870.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2005). Committee on Obstetric Practice: Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia, Committee opinion. *Obstetrics & Gynecology*, 106(326), 1469-1470.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2006). Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*, 108(4), 1039-1047.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2009). Guidelines on Labor Induction. *Obstetrics & Gynecology*, 114(2). 386-397. Doi: 10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2018). *American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Postpartum Birth Control FAQ194*. Estados Unidos: ACOG.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2019). Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists Practice Bulletin Induction of Labor 2009 reaffirmed 2019. *Obstetrics & Gynecology*, 107, 386- 397.
- Amorim, M. R., Duarte, A. C., Andreucci, C. B., Knobel, R. & Takemoto, M. L. (2013). Distócia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. *Femina*, 41(3), 115-124. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/318726338> Distocia de ombro proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posicoes nao supinas

- Amorim, C., Araújo, S., Severiano, C., & Davim, B. (2012). Estratégias utilizadas no processo de humanização ao trabalho de parto: uma revisão. *Saúde Coletiva*, 9(56), 61-66.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO] (2009). *Iniciativa Parto Normal: as parteiras apoiam o parto normal: documento de consenso/Federación de Asociaciones de Matronas de España*. Lisboa: Lusociência.
- Araújo, L & Reis, A. (2012). *Enfermagem na Prática Materno-Neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Aukee, P., Immonen, P., Penttinen, J., Laippala, P. (2002). Increase in pelvic floor muscle activity after 12 week's training: a randomized prospective pilot study. *Urology*, 60, 1020-1023.
- Belfort, M, Anderson, P, Nowak, V, Lee, K, Molesworth, C, Thompson, D. K., Doyle, L., Inder, T. (2016). Breast Milk Feeding, Brain Development, and Neurocognitive Outcomes: A 7-Year Longitudinal Study in Infants Born at Less Than 30 Weeks' Gestation. *The Journal of pediatrics*, 177, 133-139.
- Bener, A, Ehlayel, M, Alsowaidi, S., & Sabbah, A. (2007). Role of breast feeding in primary prevention of asthma and allergic diseases in a traditional society. *European annals of allergy and clinical immunology*, 39(10), 337-343.
- Berhea, T. A., Belachew, A. B., & Abreha, G. F. (2018). Knowledge and practice of Essential Newborn Care among postnatal mothers in Mekelle City, North Ethiopia: A population based survey. *PLoS One*, 13(8), e0202542.
- Bernardes, B., Resende, A., Stüpp, L., Oliveira, E., Castro, R. et al. (2012). Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic organ prolapsed in women: randomized controlled trial. *São Paulo Medical Journey*, 130(1), 5-9. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/221841855_Efficacy_of_pelvic_floor_muscle_training_and_hypopressive_exercises_for_treating_pelvic_organ_prolapse_in_women_Randomized_controlled_trial
- Bigelow, C. & Stone, J. (2011). Bed Rest in Pregnancy. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 78, 291-302. Consultado em 23/10/2016. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ff9f2775-d69f-4f56-b2fe-1bf7bec3e8bf%40sessionmgr4009&vid=5&hid=4104>
- Biggio J. (2013). Bed rest in pregnancy: time to put the issue to rest. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 121(6). Consultado a 26/10/2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23812446>
- Binns, C., Lee, M., & Low, W. Y. (2016). The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia-Pacific journal of public health*, 28(1), 7-14.
- Bjorn, M., Saul, N., & Morales, M. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud. *Clinica y Salud*, 24(2), 77-83. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-52742013000200003.
- Blume-Peytavi, U., Hauser, M., Stamatias, G., Pathirana, D. & Bartels, N. (2012). Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Clinical Evidence for Best Practices. *Pediatric Dermatology*, 29(1), 1–14. doi: 10.1111/j.1525-1470.2011.01594.x
- Blume-Peytavi, U., Lavender, T., Jenerowicz, D., Ryumina, I., Stalder, J., Torrelo, A. & Cork, M. (2016). Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care. *Pediatric Dermatology*, 33(3), 311-321. doi: 10.1111/pde.12819.
- Blume-Peytavi, U., Cork, M., Faergemann, J., Szczapa, J., Vanaclocha, F., Gelmetti, C. (2009). Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table meeting. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 23(7), 751-759. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03140.x.

- Brubaker, L. (2016). *Patient education: Pelvic floor muscle exercises (Beyond the Basics)*. Waltham (MA): UpToDate. Consultado em 20/08/2018. Disponível em <http://www.uptodate.com/contents/pelvic-floor-muscle-exercisesbeyond-the-basics>.
- Bystrova, K., Widstrom, A., Matthiesen, A., Arvidson, A., Wassberg, C., Vorontsov, I., & Uvnas-Moberg, K. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “the stress of being born”: a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatrica*, 92, 320-326
- Calais- Germain, B & Vives Parés, N. (2009). *Parir en movimiento: Las movildades de la pelvis en el parto*. Barcelona: La liebre de marzo.
- Campos A. (2015). *Portugal precisa de uma campanha para incentivar mães a amamentar em exclusivo*. Lisboa: Publico.
- Canadian Paediatric Society (2004). Checking blood glucose in newborn babies. *Paediatrics & Child Health*, 9(10), 731-732. <https://doi.org/10.1093/pch/9.10.731>
- Canaval, G. E., Jaramillo, C. D. & Rosero, D. H. (2007). La Teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el parto. *Revista Aquichan*, 7 (1), 8-24.
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Caple, C. & Schub, T. (2016). *Umbilical Cord Care: Performing. Nursing Practice & Skill*. Glendale: Cinahl Information Systems.
- Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Cardoso, A. (2014). *Torna-se Mãe, Torna-se Pai*. Brasil: Novas Edições Académicas.
- Cardoso, A., Silva, A. P., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 11-20. Doi: 10.12707/RIV14012
- Carvalhas, J., Alves, C., Ferreira, C., Silva, I., Costa, F., Almeida, J., & Rodrigues, A. (2018). Recomendações portuguesas para Abordagem Multidisciplinar da Hemorragia Obstetrica-Elaboradas por Grupo Multidisciplinas de Consensos 2017. *Revista da sociedade portuguesa de anesthesiologia*, 27(1), 29-44.
- Carvalho, V., Markus, J., Abagge, K., Giraldo, S., & Campos, T. (2015). *Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido*. Brasil: Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf
- Castan, S. & Tobajas, J. (2013). *Obstetricia para Matronas. Guía Práctica*. Madrid: Panamericana.
- Castro, C. & Centeno, A. (2012). Cuidados básicos no puerpério. In N. Clode, C. Calhaz, & J. L. M. da Graça, *Normas de atuação na urgência de Obstétrica e ginecologia*. Lisboa: Hospital de Santa Maria (2ª ed., pp. 209-213). Consultado em 10/11/2018. Disponível em http://www.fspog.com/fotos/editor2/hsm_final_2012.pdf
- Centeno, M. (2010). Puerpério e lactação. In L. M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (4ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Guidelines for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007*. Recommendations of Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Atlanta.
- Children’s Hospital of Philadelphia (s.d.). *The New Mother - Taking Care of Yourself After Birth*. Philadelphia: The Children’s Hospital of Philadelphia. Consultado em 7/01/2018. Disponível em <http://www.chop.edu/conditions-diseases/new-mother-taking-care-yourself-after-birth>
- Chóliz, M., Fernández-Abascal, E., & Martínez-Sánchez, F. (2012). Infant Crying: Pattern of Weeping, Recognition of Emotion and Affective Reactions in Observers. *The Spanish*

Journal of Psychology, 15(3), 978-988, Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/233534304> Infant Crying Pattern of Weeping Recognition of Emotion and Affective Reactions in Observers

- Collins, S., Arulkumaran, S., Hayes, K., Jackson, S., & Impey, L. (2013). *Oxford Handbook of Obstetrics and Gynaecology*. Oxford: Oxford University Press.
- Consensos de Neonatologia (2013). *Rastreo e Prevenção da Doença Perinatal causada pelo Streptococcus agalactiae*, 1, 1-11. Disponível em: <http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2013StreptoB.pdf>
- Corazza, M., Lauriola, M., Bianchi, A., Zappaterra, M., & Virgili, A. (2010). Irritant and Sensitizing Potential of Eight Surfactants Commonly Used in Skin Cleansers: An Evaluation of 105 Patients. *Dermatitis*, 21(5), 262–268. doi: 10.2310/6620.2010.10022.
- Corrêa, M., Aguiar, R., Melo, V., & Júnior, M. (2004). *Noções práticas de obstetrícia* (13ª ed.). Belo Horizonte: Coopmed - Cooperativa Editora e de Cultura Médica.
- Corrêa, R., Salge, A., Ribeiro, G., Ferraz, M., Reis, M., Catro, E., & Teixeira, V. (2006). Alterações anatomopatológicas da placenta e variações do índice de Apgar. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(2), 239-243.
- Correa, M. C. & Nebus, J. (2012). Management of Patients with Atopic Dermatitis: The Role of Emollient Therapy. *Dermatology Research and Practice*, 2012. 1-15. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3449106/>
- Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2012). Antecipação e experiência emocional do parto. Lisboa: Editora Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde,. 3ª Edição, Vol.13, nº1, pp. 65-71. ISSN 1645-0086.
- Costa, A. (2014). *Influência da primeira administração do anestésico local por via epidural no tipo de parto e outros fatores preditivos de cesariana* (Tese de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Couto, G. (2003). *Preparação para Parto Representação Mentais de um Grupo de Grávidas de uma Área Urbana e de Área Rural*. Lusociência: Loures.
- Couto, C. & Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*, 47, 552-563. Consultado em 21/07/2017. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=a0e8cb04-37ed44ed-a2bd-b5e36e3087a0%40sessionmgr104>
- Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Crowther, C., et al. (2010). Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. 1-2. Consultado em 07/01/2017. doi: 10.1002/14651858.CD000110.pub2/abstract
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., Casey, B., & Sheffield, J. (2015). *The Puerperium. Williams Obstetrics* (24th ed). New York: McGraw-Hill Professional.
- Cunha, M. Mamede, M., Dotto, L., & Mamede, F. (2009). Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13, 146-153. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100020
- Curado, M. A. (2016). *A medida e as escalas de avaliação da saúde das populações neonatais e pediátricas* (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa Faculdade de Motricidade Humana (Repositório da UTL).
- Dabiri, F., Yabandeh, A., Shahi, A., Kamjoo, A., & Teshnizi S. (2014). The Effect of Mode of Delivery on Postpartum Sexual Functioning in Primiparous Women. *Oman Medical Journal*, 29(4), 276-279.
- Dabrowski, G. (2007). Skin-to-Skin Contact: Giving Birth Back to Mothers and Babies. *Nursing for Women's Health*, 11(1), 64-71.

- DECRETO-LEI nº 16/2009. D. R. I Série N.º 9 (14-01-2009), PP. 268-273.
- Los Reyes, I. de (2015). *Bed Rest and Its Continued Use in Women with High-Risk Pregnancy: A Review of Literature* (Senior Thesis and Capstone Projects). Dominican University of California, California. Consultado em 28/10/2016. Disponível em <http://scholar.dominican.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1043&context=senior-theses>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: DGS. Consultado em 12/11/2018]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2007). *Profilaxia da Isoimunização Rh. Orientação da Direção Geral de Saúde*. Lisboa: DGS. Consultado em 26/09/2018. Disponível em <http://www.arscentro.minsaude.pt/Institucional/projectos/crsmca/noc/Documentos/saude%20materna/Profilaxia%20da%20Isoimuniza%C3%A7%C3%A3o%20Rh.pdf>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2008a). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva* (ed. Revista e atualizada). Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2008b). *Contraceção no pós-parto. Orientação da Direção Geral de Saúde*. Consultado em 22/04/2017. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/planeamento-familiar-contracecao/contracecao-no-pos-parto-.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2015a). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Lisboa: DGS. Consultado em 12/11/2017]. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2015b). *Cessação tabágica na gravidez: Guia para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Programa Nacional de Vacinação 2017. Orientação da Direção Geral de Saúde. Lisboa: DGS. Consultado em 5/06/ 2020. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0162016-de-16122016.aspx>
- Dyer, J. (2013). Newborn skin care. *Seminars in Perinatology*, 37, 3-7. doi: 10.1053/j.semperi.2012.11.008.
- Domenico, E. & Ide, C. (2003). Enfermagem baseada em evidências: Princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(1). 115-118. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1743/1788>
- Downe, S., Gyte, G., Dahlen, H., & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review). *The Cochrane Library*, 7. Consultado em 2/04/2017. Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010088.pub2/full/pt>
- Dumoulin, C. e Hay-Smith, J. (2010). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women (Review). *The Cochrane Library*, 1. Consultado em 8/08/2018. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005654.pub3/abstract;jsessionid=A170F969B5A299A2A707FB00DC662CAB.f03t02>
- Dutton, P. J., Warrander, L. K., Roberts, S. A., Bernatavicius, G., Byrd, L. M., Gaze, D., Kroll, J., Jones, R. L., Sibley, C. P., Frøen, J. F., & Heazell, A. E. (2012). Predictors of Poor Perinatal Outcome following Maternal Perception of Reduced Fetal Movements: A Prospective Cohort Study. *PLOS ONE*. 7(7), 1-9. Consultado em 1/04/2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22808059>
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., Hofmeyr, J.(2000). *Guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press.

Disponível em <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780192631732.001.0001/med-9780192631732>

- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., Hofmeyr, J. (2005). *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto* (3ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). *Fisiologia do Trabalho de Parto. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (2015). *Manual de aleitamento materno* (3ª ed.). São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Consultado em 8/05/2020. Disponível em http://epuroevidro.com.br/wpcontent/uploads/2016/01/Manual_Aleitamento_Matern_o_25NOV_AF.pdf
- Felgueiras, M. & Graça, L. (2013). Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 77-84. Consultado em 15/11/2018. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln11/serlln11a09.pdf>
- Fernandes, J., Machado, M., & Oliveira, Z. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), 102-110. Consultado em 22/05/2020. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>
- Ferreira, A. (2013). *Sintomas Psicopatológicos e Suporte Social na Gravidez e no Pós-Parto: Um olhar sobre a parentalidade* (Tese de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Ferreira, M., Silveira, C., Silva, S., Souza, D., & Ruiz, M. (2016). Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2), 320-330. Consultado em 23/09/2017 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200324&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Figueiredo, G, Reis, C, Mouta, R, Progianti, J., & Vargens, O. (2011). Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Revista de Enfermagem. UERJ*, 19(2), 181-185. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a02.pdf>.
- Filtress, A. J., MacKenzie, J., & Armstrong, K. (2014). Longitudinal Change in Sleep and Daytime Sleepiness in Postpartum Women. *PLoS ONE*, 9(7), 1-7.
- Flenady, V., Wojcieszek, M., Papatsonis, M., Stock, M., Murray, L., Jardine, A. & Carbonne, B. (2014). Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour and birth (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*, 6. Consultado em 24/10/2019. Disponível em <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002255.pub2/full/pt>
- FOX, N., Gelber, S.E., Kalish, R.B., Chasen, S.T (2009). The recommendation for bed rest in the setting of arrested preterm labor and premature rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(2), 165. Consultado em 15/11/2016. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937808009095>
- Fradinho, H. (2013). *Preparação para a parentalidade: Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Frankman, E, Wang, L, Bunker, C., & Lowder, J. (2009). Episiotomy in the United States: has anything changed?. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 200(5), 1-573. doi: 10.1016/j.ajog.2008.11.022.
- Frello, A., Carraro, T. (2010). Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. *Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 18(3), 441-5.

- Fritel, X., De Tayrac, R., Bader, G., Savary, D., Gueye, A., Deffieux, X., Fernandez, H., Richet, C., Guilhot, J., Fauconnier, A. (2015). Preventing urinary incontinence with supervised prenatal pelvic floor exercises: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 126(2), 370-377. DOI: [10.1097/AOG.0000000000000972](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000972)
- Gabriel, M., Martin, I., Escobar, A., Villalba, E., Blanco, I. & Pol, P. (2010). Randomized controlled trial of early skin to skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica*, 99, 1630-1634.
- Galvão, C., Sawada, N., & Mendes, I. (2003). A busca das melhores evidências. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 37(4), 43-50. Consultado em 23/10/2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>
- Gama, J. (2009). Enfermagem, um pilar na prestação de cuidados de saúde. *Informação de Espírito Santos Saúde*, 4(3), 38-48.
- Garcia, N., Scheufele, R., Prosch, F., Schink, T., Proquitté, H., Wauer, R., Blume-Peytavi, U. (2010). Effect of standardized skin care regimens on neonatal skin barrier function in different body areas. *Pediatric dermatology*, 27(1), 1-8. DOI: 10.1111/j.1525-1470.2009.01068.x
- Gay, C., Lee, K., & Lee, S. (2004). Sleep Patterns and Fatigue in New Mothers and Fathers. *Biological Research for Nursing*, 5(4), 311-318.
- Gayeski, M. & Brüggemann, O. (2009). Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 153-159. doi:10.1590/S0104-11692009000200003.
- Gedde-Dahl, M. & Fors, E. (2011). Impact of self-administered relaxation and guided imagery techniques during final trimester and birth. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 1-6.
- Gilbert, E. & Harmon, J. (2002). Manual prático de gravidez e parto de alto risco (2ª ed.) Rio de Janeiro: Revinter.
- Goldsmith, F, O'Sullivan, A, Smilowitz, J, & Freeman, S. (2015). Lactation and Intestinal Microbiota: How Early Diet Shapes the Infant Gut. *Journal of mammary gland biology and neoplasia*, 20(3-4), 149-158.
- Greener, M. (2015). Bath time: More than good clean fun. *British Journal of Midwifery*, 23(6), 402-405.
- Guimarães, N., Silva, L., Matos, D., & Douberin, C. (2018). Análise de fatores associados à prática da episiotomia. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 12(4), 1046-1053. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231010p1046-1053-2018>
- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J. & Smyth, R. (2007). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub2.
- Gupta, J. K. & Hofmeyr, G. J. (2008). Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. *The Cochrane Library*. Disponível em <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002006>.
- Gupta, J. K., Sood, A., Vogel, J. P., & Hofmeyr, G. J. (2017). Posición in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4/full/es
- Hamilton, C. (2016). Using the Valsalva technique during the second stage of labour. *British Journal of Midwifery*, 24(2), 90-94.
- Hanan, A., Soad, A., Heba, A., & Huda, A. (2017). The Effect of Mode of Delivery on Postpartum Sexual Function and Sexual Quality of Life in Primiparous Women. *American Journal of Nursing Science*, 6(4), 347-357. doi: 10.11648/j.ajns.20170604.19
- International Council of Nurses (ICN). ICNP Browser (2017). Consultado em 09/02/2017. Disponível em: <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>

- Islam, A., Hanif, A., Ehsan, A., Arif, S., Niazi, S. K., & Niazi, A. K. (2013). Morbidity from episiotomy. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 63(6), 696-701. Disponível em <http://www.jpma.org.pk/PdfDownload/4229.pdf>
- Jönsson, E. R., Elfaghi, I., Rydhström, H., & Herbst, A. (2008). Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at delivery: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 112(2), 212-217.
- Kalra, B, Gupta, Y, & Kalra, S. (2015). Breast feeding: preventive therapy for type 2 diabetes. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*, 65(10), 1134-1136.
- Khalifian, S., Golden, W. & Cohen, B. (2016). Skin care practices in newborn nurseries and mother–baby units in Maryland. *Journal of Perinatology*, 1-7. doi: 10.1038/jp.2016.226.
- Kuller, J. (2014). Update on Newborn Bathing. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 14, 166–170. doi: 10.1053/j.nainr.2014.10.006.
- Lamb, M. (1997). Fathers and child development: an introductory overview and guide. In M. Lamb (Org.), *The role of the father in child development*. New York: John Wiley & Sons.
- Lavender, T., Bedwell, C., O'Brien, E., Cork, M., Turner, M., & Hart, A. (2011). Infant skin-cleansing product versus water: A pilot randomized, assessor-blinded controlled trial. *BMC Pediatrics*, 11(35), 1-9. doi: 10.1186/1471-2431-11-35.
- Lavender, T., Bedwell, C., Roberts, S., Hart, A., Turner, M., Carter, L., & Cork, M. (2013). Randomized, controlled trial evaluating a baby wash product on skin barrier function in healthy, term neonates. *Journal of Obstetric Gynecol. Neonatal Nurse*, 42(2), 203-214. doi: 10.1111/1552-6909.12015.
- Lawton, S. (2013). Understanding skin care and skin barrier function in infants. *Nursing Children and Young People*, 25(7), 28-33.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage of labour. *The Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub2.
- Levy, L. & Bértolo H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Consultado em 1/05/2020. Disponível em https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf
- Li, C, Liu, Y, Jiang, Y, Xu, N, & Lei, J. (2017). Immunomodulatory constituents of human breast milk and immunity from bronchiolitis. *Italian Journal of Pediatrics*, 43(1), 8. doi: 10.1186/s13052-017-0326-3.
- Lima, M, Silva, M, Souza, T., & Souza, P. (2013). A episiotomia e o retorno à vida sexual pós-parto. *Revista UNINGÁ Review*, 2(16), 33-37. Disponível em http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131101_112358.pdf
- Lima, G., Santos, A., Silva, J., Comassetto, I., Correia, S., & Ferreira, D. (2017). Self-care of adolescents in the puerperal period: Application of the Orem Theory. *Journal of Nursing*, 11, 4217-4225. DOI: 10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201727
- Lippi, G. & Franchini, M. (2011). Vitamin K in neonates: facts and myths. *Blood Transfusion*, 9, 4-9.
- Lisboa, A. & Madureira, M. (2016). *Cuidados Pós-Parto*. Metis. Consultado em 7/01/2018. Disponível em http://www.metis.med.up.pt/index.php/Cuidados_Pós-Parto
- Lopes, A. C. S., Oliveira, A. C., Silva, J. T., & Paiva, M. H. R. S. (2008). Adesão às Precauções Padrão pela Equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte. *Caderno de Saúde Pública*, 24(6), 1387-1396.
- Lopes, M., Nogueira, I. S, Rodrigues, D., Labegalini, C., BALDISSERA, V. (2017). A percepção e formação dos acadêmicos de enfermagem acerca da sexualidade humana. *Rev Fund Care Online*, 9(3), 614-619.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2013). *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica*. Rio de Janeiro: Elsevier.

- Luciano, M., Silva, E. & Cecchetto, F. (2011). Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. *Revista enfermagem*, 5(5), 1261-1266. DOI: 10.5205/reuol.1302-9310-2-LE.0505201124
- Lund, C. (2016). Bathing and Beyond: Current Bathing Controversies for Newborn Infants. *Advances in Neonatal Care*, 16(5), 13-20. doi: 10.1097/ANC.0000000000000336
- Macedo, I., Peixoto, J., Rodrigues, M., Guedes, B. (2014). Consensos de Neonatologia: Cuidados cutâneos no recém-nascido. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria. 105-108. Consultado em 23/05/2020. Disponível em https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/201107201730-consensos_neonatologia_2004.pdf
- Machado, M. (2005). *Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral*. In: Medicina Materno-Fetal. 3ª ed. Lousã: Lidel.
- Magalhães, M., Rodrigues, F., Gallacci, C., Pachi, P., Chopar, M., & Neto, T. (2016). *Guia de Bolso de Neonatologia*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Magee, L., Helewa, M., & Rey, E. (2014). Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 4(2), 105–145. Consultado em 13/10/2016. Disponível em <https://pre-empt.cfri.ca/sites/default/files/Preg%20Hypertension%20Guidelines.pdf>
- Mangesi, L. & Zakarija-Grkovic, I. (2016). Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. doi: 10.1002/14651858.CD006946.pub3.
- Malheiros, P., Alves, V., Rangel, T., & Vargens (2012). O Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto e Contexto Enfermagem*, 21, 329-337.
- Maloni, J. (2011). Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6(4), 385–393. Consultado em 23/10/2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3226811/>
- Maloni, J. (2010). Antepartum Bed Rest for Pregnancy Complications: Efficacy and Safety for preventing Preterm Birth. *Biol Res Nurs OnlineFirst*, 1-19. Consultado em 1/11/2016. Disponível em <http://www.mamasonbedrest.com/wpcontent/uploads/2010/03/2010-Bio-Res-Nrsg-AP-BR-PTB.pdf>
- Maronn, M., Bree, A., Siegfried C., et al. (2011). Principles of treatment in pediatric dermatology. *Pediatric Dermatology* (4th ed.). Missouri: Mosby.
- Matos, A. (2001). *Gestante de Alto Risco*. Brasília: Ministério de Saúde.
- Medves, J. M. & O'Brien, B. (2001). Does Bathing Newborns Remove Potentially Harmful Pathogens from the Skin?. *Birth*, 28(3), 161-165.
- Meher, S., Abalos, E., & Carroli, G. (2005). Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.1-2. Consultado em 25/10/2018]. Doi: [10.1002/14651858.CD003514.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003514.pub2)
- Mendes, B., Shimabukuro, D., Uber, M., & Abagge, K. (2016). Critical assessment of the pH of children's soap. *The Journal of Pediatrics*, 92(3), 290-295. doi: 10.1016/j.jpeds.2015.08.009.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (4ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Mafetoni, R.R., Shimo, A.K.K. (2014). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(2): 505-512. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140037>
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Florianópolis*, 17, 758-764. Consultado em 03/04/2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- Mendes, M. (2002). *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto.

- Ministério da Saúde (2006). *Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasil: Autor. Consultado em 20/12/2018. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf
- Ministério da Saúde (2011). *Atenção à saúde da gestante em APS*. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição. Consultado em 15/12/2018. Disponível em <http://dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/192>
- Moffatt, F., Hodnett, e., Esplen, M., Watt-Watson, J. (2010). Effects of guided imagery on blood pressure in pregnant women with hypertension: a pilot randomized controlled trial. *Birth*, 37(4), 296-306.
- Monteiro, M. (2012). *Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Montenegro, C. & Rezende Filho, J. (2014). *Obstétrica fundamental* (13ª ed.). Rio de Janeiro: Koogan.
- Moore, E., Anderson, G., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *The Cochrane Library*, 5, 1-107.
- Moore, E., Bergman, N., Anderson, G., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, 1–158. Consultado em 22/06/2017. Disponível em http://www.cochrane.org/CD003519/PREG_early-skinskincontact-mothers-and-their-healthy-newborn-infants
- Mosca, F & Gianni, M. (2017). Human milk: composition and health benefits. *La Pediatria medica e chirurgica: Medical and surgical pediatrics*, 39(2), 155.
- Mouta, R. J. O. & Progianti, J. M. (2009). Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. *Texto Contexto Enferm.*, 18(4), 731-740. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000400015&script=sci_arttext
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2008). *Induction of labour (Clinical guideline; no. 70)*. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21510026>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2008). *Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman clinical guideline*. Reino Unido. RCOG press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21370514/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015). *Postnatal care up to 8 weeks after birth*. Reino Unido: NICE. Consultado em 20/03/2017. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/1-recommendations>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2016). *Jaunice in newborn babies under 28 days*. Reino Unido: NICE. Consultado em 21/03/2020. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98/chapter/Recommendations>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2017a). *NICE clinical guideline 37: Postnatal care*. Reino Unido: NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2017b). *Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline*. Reino Unido: NICE. Consultado em 03/12/2017. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>
- National Institute of Mental Health (s.d.). *Perinatal Depression*. Consultado em 7/06/2019. Disponível em https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression/20-mh-8116-perinataldepression_159799.pdf

- Ness, M., Davis, D., & Carey, W. (2013). Neonatal skin care: a concise review. *International Journal of Dermatology*, 52, 14–22.
- Nieuwenhuijze, M., dJonge, A., Korstjens, I., Budé, L., & Lagro-Janssen, T (2012). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29(11), 107-114. doi: 10.1016/j.midw.2012.12.007.
- Nilsen, E., Sabatino, H., & Lopes, M. (2011). Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 557-565.
- NORTH DEVON DISTRICT HOSPITAL (2016). Bathing a Baby – Neonatal Unit Guidelines. Disponível em <http://www.northdevonhealth.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/08/Bathing-a-Baby—Neonatal-Unit-Guidelines-V2.0-29Jul16.pdf>
- Oliveira, D. & Zocche, A. (2015). Maternity and the production of identities: repercussions on women's health at puerperium. *International Journal of Integrated Care*, 15, 1-4.
- Olsen, N. (2017). *Abnormal Labor*. American College of Obstetrician and Gynecologists. Consultado em 15/05/2020/. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/273053-overview>
- Ordem dos enfermeiros [OE] (2011a). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)/ICNP* (Versão 2). Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011). *Procedimentos de Cuidados Perineais à Puérpera durante o Internamento Hospitalar. Parecer nº23/2011*. Lisboa: OE, Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna. Consultado em 22/11/2018. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_23_MCEESMO.p df](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_23_MCEESMO.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012). *Plano de Parto. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Parecer n.º 7/ 2012. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). *Livro de bolso de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia/Parteiras*. Lisboa: OE. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso EESMO.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: OE. Consultado em 20/06/2020]. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216892/details/normal?!=1;>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Genebra: Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1996). *Saúde Materna e Neonatal, Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2011). *Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere*. Genebra: OMS. Consultado em 1/05/2020. Disponível em http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2013). *WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Genebra: OMS. Consultado em 22/06/2017. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento de hemorragia pós-parto*. Genebra: OMS. Consultado em 19/02/2017. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf

- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015a). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*. Genebra: OMS. Consultado em 19/02/2017. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174001/5/WHO_RHR_15.05_por.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015b). *10 FACTS ON BREASTFEEDING*. Genebra: OMS. Consultado em 1/05/2020. Disponível em <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/>.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2017a). *WHO recommendations on newborn health: guidelines approved. the WHO Guidelines Review Committee. (WHO/MCA/17.07). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2017b). *Allaitement maternel*. Consultado em 11/05/2020. Disponível em http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/fr/
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2017c). *Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants*. Genebra: OMS. Consultado em 1/05/2020. Disponível em http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/.
- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde [OPAS/OMS]. *Semana do Aleitamento Materno 2016: Crianças amamentadas têm futuro saudável*. Consultado em 1/05/2020. Disponível em http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=336:semana-do-aleitamento-materno-2016-criancas-amamentadas-tem-futuro Saudavel&Itemid=183.
- Passos, A. F. (2011). Neonatal conjunctivitis with emphasis on its prevention. *Revista Brasileira Oftalmologia*, 70(1), 57-67. Consultado em 11/05/2020. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802011000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
- Pedroso, R. & Celich, S. (2006). Dor: Quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem Florianópolis*, 15(2), 270-276. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a10v15n2>
- Pereira, M. (2004). *Aleitamento Materno: Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação. Resultados de um Estudo Experimental* (Tese de doutoramento) ICBAS.UP, Porto.
- Pereira, R., Franco, S., Baldin, N. (2011). A dor e o protagonismo da mulher na parturição. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 61(3), 376-388.
- Periard, A, Rezende Filho, B., Segundo, E., Cosso, F., Lopes, J., França, M., ... Junior, M. (2011). Atonia uterina e hemorragia pós-parto. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(4), 22-26.
- Pissolato, L., Alves, C., Prates, L., Wilhelm, L., & Ressel, L. (2016). Amamentação e sexualidade: uma interface na vivência do puerpério. *Revista Fundamental Care*, 8(3), 4674-4680. Consultado em 23/04/2017. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4236/pdf_1
- Poplar, J. (2014). Holistic Care in High Risk Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 29(4), 68-71.
- Porter, R. (2004). The biological significance of skin-to-skin contact and maternal odours. *Acta Paediatrica*, 93, 1560-1562
- Porto, A. M. F., Amorim, M. M. R., & Souza, A. S. R. (2010). Assistance to the first period of labor based on evidence. *Revista Feminina*, 38(10), 527-537. Consultado em 7/05/2017. Disponível em http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_1.pdf

- Poudel, R & Shrestha, D. (2016). Breastfeeding for diabetes prevention. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(9) 89-89.
- Preston, S., Mahomed, K., Chadha, Y., Flenady, V., Gardener, G., MacPhail, J., Conway, L., Koopmans, L., Stacey, T., Heazell, A., Fretts, R. & Frøen, F. for the Australia and New Zealand Stillbirth Alliance (ANZSA) (2010). *Clinical practice guideline for the management of women who report decreased fetal movements*. Brisbane: Australian and New Zealand Stillbirth Alliance. 1ªed. Consultado em 15/04/2017. Disponível em http://www.stillbirthalliance.org.au/doc/FINAL%20DFM%20guideline%20Ed1V1%201_16Sept2010.pdf
- Preston S, Mahomed K, Chadha Y, et al. for the Australia and New Zealand Stillbirth Alliance (ANZSA). Clinical practice guideline for the management of women who report decreased fetal movements. 1st edn. Brisbane: ANZSA, 2010
- Puckett, R. & Offringa, M. (2000). Vitamina K profilática para hemorragia por deficiência de vitamina K nos recém-nascidos. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD002776
- Quattrin, R., Lacobucci, K., Tina, L., Gallina, L., Pittini, C., & Brusaferrò, S. (2016). 70% Alcohol Versus Dry Cord Care in the Umbilical Cord Care. A Case–Control Study in Italy. *Medicine*, 95(14), 1-5. Consultado em 15/04/2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27057849>
- Rajan, J. (2016). Efectiveness of Self Instructional Module Regarding Prevention of Puerperal Sepsis Related to Practice of the Post Natal Mothers. *International Journal of Nursing Education*, 8(3), 35-39.
- Ramalho, C., Montenegro, N., Rodrigues, N., Campos, D. (2014). *Protocolos de medicina materno-fetal* (3ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Rattner, D., Lima, J.B.M. (2012). Manual Técnico: Gestaçã e Alto Risco (5ª ed.). Manual Saúde: Brasília.
- Real, H. (2010). *Aleitamento materno: Promover saúde!* Lisboa: Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
- Rimolo, M. (2011). *Crítérios para realizaçã da episiotomia* (Revisã integrativa). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35932/000816637.pdf?sequenc e=1>
- Robertson, E. Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26 (4), 289-295. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006>
- Royal College of Midwives (2013). *How to provide postnatal perineal care*. Midwives magazine. Consultado em 19/08/2018. Disponível em <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/how-to-provide-postnatalperineal-care>
- Rozance P. (2010). Describing hypoglycemia- definition or operational threshold?. *Early Human Development*, 86(5), 275-280,
- Salge, A., Lôbo, S., Siqueira, K., Silva, R., & Guimarães, J. (2012). Prática da Episiotomia e Fatores Maternos e Neonatais Relacionados. *Revista de Enfermagem*, 14(4), 779-785. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/269823896_Pratica_da_episiotomia_e_fatores_maternos_e_neonatais_relacionados
- Santos, M. & Baptista, M. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. In M. NÉNÉ, et al., *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed., pp. 455-472). Lisboa: Lidel.
- Santos, I. & Okazaki, E. (2012). Assistência de Enfermagem ao parto humanizado. *Revista de Enfermagem. UNISA*, 13, 64-68.

- Schmidt, L., Júnior, M., & Loures, L. (2019). Atualizações na profilaxia da isoimunização Rh Updates in the prophylaxis of the Rh isoimmunization. *Femina: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, 38(7), 345. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/334561542> Atualizacoes na profilaxia da isoimunizacao Rh Updates in the prophylaxis of the Rh isoimmunization
- Schub, E. (2017). *Bathing the Newborn Infant*. Nursing Practice & Skill. Glendale: Published by Cinhil Information Systems,.
- Schub, T. & Engelke, Z. (2017). Patient Education: Sleep and Women – Teaching Women about Sleep in Motherhood. CINAHL Nursing Guide. Consultado em 10/06/2020. Disponível em <https://biblioteca.sagrado.edu/eds/detail?db=nup&an=T706377>
- Seabra, J. (2009). *O choro do bebê*. Psicologia. pt, o portal dos psicólogos, 1-16. Consultado em 5/06/2020. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0503.pdf>
- Silva, T., Costa, G., & Pereira, A. (2011). Cuidados de Enfermagem obstétrica no parto normal. *Cogitare Enfermagem*, 16, 82-87.
- Silva, S. (2012). *Vinculação materna durante e após a gravidez: ansiedade, depressão, stresse e suporte social* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais: Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Silva, N., Oliveira, S., Silva, F., & Santos, J. (2013). Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. *Revista de enfermagem*, 21(2), 216-220. Disponível em <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7189/6476>
- Silva, A., Neves, A., Sgarbi, A., & Souza, R. (2017). Plano de parto: Ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de Enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 7, 144-151. Disponível em <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=3e03208c-bd75497893a003a3b4696e0a%40sessionmgr4007&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZxzaGliLHVpZCZsYt5nPX B0LWJyJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN 124003785&db=ede>
- Shennan, A. & Vousden, N. (2010). Commentary: Nonpharmacological approaches to hypertension in pregnancy need further evaluation. *Birth*, 37(4), 307-308. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00425.x
- Smyth, R.M.D., Markham, C., e Dowswell, T. (2013) Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(1). Consultado em 17/02/2017]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/epdf/standard>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2011). *Relatório de consenso sobre Diabetes e Gravidez*. Portugal: SPP.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012). *Prescrição pré-natal de corticoides para reduzir a morbilidade e mortalidade neonatais. Recomendações*. Portugal: SPP. Consultado em 7/01/2017. Disponível em www.lusoneonatologia.com/site/upload/Corticoides_prenatais_.pdf
- Society for Maternal-Fetal Medicine (2014). Activity Restriction in Pregnancy. *Nursing & Allied Health Database*, 59(8). 34-37. Consultado em 25/10/2016. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=71cf6834-b954-4e77-a3a1-b67b337c1858%40sessionmgr101&vid=7&hid=102>
- Soler, D., Ponce, M., Soler, Z., & Wysocki, A. (2015). Quality of life in the puerperium: assessment in the immediate late and remote postpartum periods. *Journal of Nursing*, 9(12), 1093-1101.
- Sousa, M. (2009). *O Enfermeiro e as Técnicas não Farmacológicas co controlo da dor; Informação/Aplicação* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Souza, A., Costa, A., Coutinho, I., Neto, C., & Amorim, M. (2010). Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades (Revisão). *Femina*, 38(4), 185-194.
- Souza, G., Sakita, M., Lopes, V., Ferreira, D.Q., Mohamed, S.H.M., Souza, D. (2013). Métodos de indução do trabalho de parto (Revisão). *Femina*, 41(1), 47-54.
- Strickland, C., Darby-Stewart, A.L., Jamieson, B. (2009). Do abnormal fetal kick counts predict intrauterine death in average-risk pregnancies? *Clinical Inquiries*, 58(4), 220a-220c.
- Tavares, M. & Botelho, M. (2009). Prevenir a Depressão Pós-Parto Uma análise ao conhecimento existente. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 19-29. Consultado em 10/04/2020. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_19-29\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_19-29(1).pdf)
- Teixeira, M., Raimundo, F., & Antunes, M. (2016). Relação da Vinculação Materno-Fetal com a Idade Gestacional e as Memórias Parentais. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(8), 85-92. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV15025>
- Teles, L., Pitombeira, H., Oliveira, A., Freitas, L., Moura, E., & Castro, A. (2010). Parto com acompanhantes e sem acompanhante: a opinião das puérperas. *Cogitare Enfermagem*, 15(4), 688-694.
- Thomas, J., Kelly, T., & Kavanagh, J. (2001). *The Use of Electronic Fetal Monitoring. The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. Evidence-based Clinical Guideline Number 8. Clinical Effectiveness Support Unit*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Consultado em 25/04/2017. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/266048565_The_Use_of_Electronic_Fetal_Monitoring
- Thompson, C. (2011). A concept treadmill: the need for "middle ground" in clinical decision making theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1222-1229. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01186.x/full
- Torgal, A. (2016). Assistência no 1º Trimestre da Gravidez. In M. NÉNÉ et al, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed., pp. 117-122). Lisboa: Lidel.
- Varideh, F., Arzhe, A., Asadi, N., Pourahmad, S., & Moshfeghy, Z. (2016). Spontaneous Pushing in Lateral Position versus Valsalva Maneuver During Second Stage of Labor on Maternal and Fetal Outcomes: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Pediatrics*, 18(10), 1-9. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5286842/>
- Velasque, E., Cabral, F., & Pradebon, V. (2011). O Enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. *Revista de Enfermagem UFSM*, 1, 80-87.
- Velho, M., Oliveira, M., & Santos, E. (2010). Reflexões sobre a assistência de Enfermagem prestada à parturiente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63, 652-659.
- Victora, C., Bahl, R., Barros, A., França, G., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M., & Walker, N. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 87(10017), 475-490.
- Vilas Boas, J. (2013). *Educar para cuidar: O papel do enfermeiro de família na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno* (Dissertação de Mestrado). Instituto da Educação da Universidade do Minho, Braga.
- Visscher, M. & Narendran, V. (2014). Neonatal Infant Skin: Development, Structure and Function. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 14, 135-141. doi: 10.1053/j.nainr.2014.10.004.
- Visscher, M., Adam, R., Brink, S. & Odio, M. (2015). Newborn infant skin: Physiology, development, and care. *Clinics in Dermatology*, 33, 271-280. doi: 10.1016/j.clindermatol.2014.12.003
- Waldimir, C. (2015). *Coleção Manuais para Provas e Concursos em Enfermagem* (1ª ed.). Brasil: Editora Sanar. Consultado em 18 de novembro de 2018. Disponível em <https://www.editora2b.com.br/images/p/Cap%C3%ADtulo%201.pdf>

- Winer, N. (2011). Different methods for the induction of labour in postterm pregnancy. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 40(8), 796-811. Consultado em 22/01/2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22056188>
- White, J. & Porth, M. (2000). Physiological measurement of stress. In V. RICE, *Handbook of stress, coping and health implications for nursing research, theory and practice* (pp. 69-96). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Yildirim, G. & Beji, N.K. (2008). Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth*, 35(1), 25-30. Consultado em 22 setembro 2018. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307484>
- Zeoti, F.S. (2014). *Apego materno-fetal e indicadores emocionais em gestantes de baixo e alto risco: um estudo comparativo* (Tese de doutoramento). Universidade de São Paulo – Departamento de Psicologia e Educação Programa de Pós-graduação em Psicologia, São Paulo.

ANEXOS

ANEXO I – Imaginação Guiada

Vamos começar por encontrar uma posição confortável...

Vamos permitir que os nossos olhos se fechem... e observar a nossa respiração... não queremos modificá-la... só estamos a observar o ritmo, a amplitude, o movimento (PAUSA) ...

Começamos por respirar profundamente... inspiramos e expiramos lentamente... permitindo que o ar saia pela boca... sentimos os lábios soltos... o queixo pesado... cada vez mais pesado (PAUSA) ...

Sentimos o contacto do nosso corpo com o colchão... e sentimos os pontos de apoio do nosso corpo... os pés... as pernas... a anca... a barriga... os braços... a cabeça...

Vamos permitir que uma onda de relaxamento invada todo o nosso corpo... Podemos imaginar uma luzinha dourada que vai percorrendo o corpo... (PAUSA)

Sentimos que a luzinha aquece, acaricia e enche de luz todo o nosso corpo à medida que percorre... E vamos deixando que esta luzinha, relaxe cada parte do nosso corpo... cada músculo... a luz começa a percorrer os músculos da face... contorna os músculos dos ombros... os músculos dos braços... os músculos das mãos... (pausa) percorre os músculos das costas... os músculos das pernas... e os músculos dos pés...

A luz dourada enche o nosso corpo... e é transmitida através da placenta para o bebé... e ele flutua numa energia dourada de amor e paz... (PAUSA)

Vamos respirar fundo, mais uma vez... inspiramos e expiramos lentamente... (PAUSA)

Vamos imaginar um cenário agradável com água... pode ser o mar... um rio... uma barragem... um lago... uma cascata ou até mesmo um oásis... o que quisermos... e podemos ficar a olhar ou colocar os pés na água... como nos sentirmos mais confiantes...

Visualizamos alguém à distância, a olhar para nós... Podemos ficar na água ou dirigir-nos para essa pessoa... se quisermos, podemos convidar essa pessoa para nos acompanhar...

Conseguimos imaginar a água... é límpida, resplandecente... tão cristalina que conseguimos ver um peixinho que nos convida a segui-lo, se quisermos...

Caminhamos um pouco... Podemos parar para admirar a paisagem... e perceber quais as sensações que ela nos transmite... Imaginamos a harmonia e a pureza desse lugar...

Vemos uma caixa ao longe... vamos ao seu encontro (PAUSA) ... abrimos a caixa lentamente... contém um tesouro... (PAUSA) observamos... (PAUSA) é lindo e magnífico... (PAUSA) Podemos decidir levá-lo connosco ou deixá-lo lá... esse tesouro estará sempre disponível para mim...

(PAUSA – mínimo 1 minuto)

Aos pouco... Vai começar a despertar... sentindo-se bem... cheia de tranquilidade e serenidade... no seu tempo, vai despertando... e começando a acordar... enquanto eu vou contando até 3 para voltar à realidade...

- 1. Tomamos consciência do nosso corpo;*
- 2. Começamos a despertar... Podemos sentir os músculos dos pés a mexerem... e os músculos das pernas... Sentimos os músculos das costas a começarem a acordar... e do abdómen também... Podemos sentir os músculos das mãos a mexerem... e por último os olhos começam a querer abrir...*
- 3. Respirem suavemente enquanto abrem os olhos... Agora mais acordadas podem procurar outra posição mais confortável e podem espreguiçar...*

ANEXO II - Que necessidade quer o meu bebé comunicar?

Que necessidade quer o meu bebé comunicar?			
Motivo	Expressão corporal	Intensidade	O que fazer?
Desconforto	 Testa franzida Olhos inquietos	Gritos "Intermitentes" 	Dependendo da causa Mudar a fralda Mudar a posição Colocar a eructar Adequar a temperatura
Cansaço/sono	 Rosto distendido Franzido no sobrolho	"Gemido" 	Procurar um local calmo Falar calmamente para o bebé Embalar o bebé
Fome	 Suga os dedos Move a cabeça Boca entreaberta	Choro não muito alto 	Acalmar o bebé Alimentar o bebé
Tédio (a partir do 1º mês)	 Corpo e olhos abertos Mãos abertas Pés agitam no ar	Choro em "soluços" 	Pegar no bebé ao colo Interagir com o bebé Falar calmamente com o bebé
Dor por cólica	 Braços fletem Pernas fletem Cara de "dor" Cara "avermelhada"	Gritos altos e agudos 	Colocar o bebé a eructar Acalmar o bebé Realizar massagem abdominal Aplicar almofada de calor