

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

PARTO NA ÁGUA:
UM CONTRIBUTO PARA O PARTO NATURAL

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Diana Margarida Magalhães Pereira

Porto | 2016

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

**PARTO NA ÁGUA:
UM CONTRIBUTO PARA O PARTO NATURAL**

WATER BIRTH: CONTRIBUTE TO NATURAL CHILDBIRTH

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório final de estágio orientado pela Prof. (a)
Maria Vitória Barros de Castro Parreira

Diana Margarida Magalhães Pereira

Porto | 2016

Devemos acreditar que temos um dom para alguma coisa e que, custe o que custar,
havemos de consegui-la.”

Marie Curie

DEDICATÓRIA

Ao Miguel e ao seu mano...

AGRADECIMENTO

Uma tese, pela sua finalidade académica é um trabalho individual, contudo houve várias pessoas que estiveram presentes e que contribuíram de várias formas, para que este projeto se tornasse uma realidade. Pelo companheirismo, ajuda e compreensão, expresso os meus sinceros agradecimentos:

...À Professora Maria Vitória Parreira, orientadora do projeto, pela orientação, apoio, dedicação, disponibilidade e por em alguns momentos ser uma força impulsionadora;

...À Professora Marinha Carneiro, coordenadora do curso, pela disponibilidade e aconselhamento durante este percurso;

...À Enfermeira Susana Linhas e à Enfermeira Inês Freitas, tutoras dos estágios, pela generosidade de partilha de conhecimentos, ensino, compreensão e por se assumirem sempre como modelos a seguir;

...A todos os profissionais da Maternidade Júlio Dinis que se cruzaram neste caminho, pelo tão bom acolhimento;

...A todos os docentes, que ao longo do curso de mestrado, contribuíram para a minha formação;

...À Enfermeira Júlia Melo pelo conhecimento e sabedoria que sempre partilhou;

...Aos meus Pais, Irmã, Cunhado e Avô por serem o suporte de tudo o que sou;

...À minha Tia por ser uma fonte inspiradora;

...À Jennifer Cruz pela ajuda e apoio incondicional;

...Aos meus amigos, por todo o suporte e ajuda;

...A todas as utentes, bebés e família que tive o privilégio de cuidar;

...A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que este projeto.

A TODOS MUITO OBRIGADA

RESUMO

Objetivos - Relatar a forma como construímos o nosso percurso formativo ao longo do estágio profissionalizante, de acordo com o previsto no regulamento do 2º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, para a obtenção do grau académico de mestre, na área de Enfermagem de Saúde Materna e obstetrícia. Pretende, ainda, enfatizar o parto na água como foco de atenção e identificar as potencialidades e limitações e as suas implicações para a puérpera e recém-nascido.

Introdução - O presente documento contextualiza e coloca em evidência o processo de aquisição e desenvolvimento de competências durante o estágio profissionalizante. Problematisa e fundamenta, com evidências científicas, práticas e processos de cuidados especializados a mulheres com gravidez com complicações, parturientes, puérperas, recém-nascidos com e sem fatores de risco e família, nas diferentes áreas de atuação. Optamos por métodos de controlo não farmacológico da dor, no sentido de confirmar se o parto na água pode ser uma alternativa para um parto mais natural. Por essa razão, escolhemos o parto na água, como foco de atenção, transversal a todos os contextos formativos de estágio, pelo facto de ser um tipo de parto natural, face a uma realidade de parto institucionalizado e cada vez mais medicalizado.

Metodologia - A pertinência e a mais-valia de uma prática baseada na evidência, justifica a opção pela descrição e fundamentação teórica das atividades realizadas nos diferentes contextos formativos proporcionados, com base nesta metodologia. Na prática clínica, um dos focos de atenção transversal a todos os contextos formativos de estágio foi o ênfase colocado nos métodos não farmacológicos e conseqüentemente o parto na água como alternativa ao parto medicalizado. Com o objetivo de identificar as potencialidades e limitações, bem como as implicações para a puérpera e recém-nascido. Também para perceber que tipo de contributo pode ser dado aos casais, pelo Enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica realizou-se uma revisão integrativa da literatura, na qual se privilegiou a análise crítica de publicações científicas indexadas em bases de dados da saúde.

Resultados - Pelos resultados emergentes da busca sistemática de evidências científicas constatamos que vários autores afirmam que a imersão em água quente durante o trabalho de parto e parto é um método de alívio da dor que promove o conforto da mãe e o seu empoderamento; reduz a dor e a duração do trabalho de parto. Diminui, também, a incidência de episiotomias e cesarianas. Face a estes resultados, podemos sugerir aos pais

outra alternativa, de uma forma mais consentânea com as evidências científicas mais atuais e contribuir para a opção de um parto mais natural e para uma transição para a parentalidade mais gratificante.

Palavras-chave: imersão, água, parto, competências, enfermeiro especialista saúde materna

ABSTRACT

Title - Water birth: contribute to natural childbirth.

This document contextualize the training path for obtaining the degree of Master in Maternal Health Nursing and Midwifery area. It aims to highlight the process of acquisition and development of skills during a professional internship, questioning and grounding practices of specialized care to women, newborns and family; in different areas, based on scientific evidence. We choose water birth as the focus of attention for being a more natural method, which could meet the expectations of couples and contribute to a more satisfying experience of childbirth.

Objective - Expose and reflect about the internship; the experiences in the provision of specialized care to women with pregnancy complications, women in labour, mothers, newborns with or without risk factors and family. It also intends to emphasize a theme - water birth and its implications for women in labour and newborn.

Introduction - Throughout this report is made a descriptive approach to the skills developed, the lived experiences and a reflection on the practices with the use of scientific evidence in the field of pregnancy with complications in labor and delivery and also in postpartum self-care and parenthood. We choose a non-pharmacological pain control because our delivery reality is increasingly medicalized. In order to confirm delivery in water can be an alternative to a more natural birth, since several authors claim that the immersion in hot water during labor and birth is a pain relief method that promotes the comfort of the mother, their empowerment, reduces pain and the duration of labor. Also decreases the incidence of episiotomies and cesarean sections.

Methodology -The methodology used to make this report that support the internship, was the bibliographic research and internet database research, grounding the practice based on evidence. We use the following databases: Academic Search Complete, Complete CINAHL, CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, and MedicLatina through the platform EBSCO host. We research on WEB of science and Scopus platforms and on Google Scholar and PubMed.

Results - We can say that the training objectives were achieved, which was a very rewarding learning process, the acquisition of specific skills. Also the lived experiences, the emerging results of the systematic search for scientific evidence in order to contribute to the choice of a more natural birth and a transition to a more rewarding parenthood.

Keywords - Immersion, water, delivery, childbirth, midwifery.

ABREVIATURAS E SIGLAS

AOM – Association of Ontario Midwives

ACOG - American College of Obstetricians and Gynaecologists

APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

ATPPT – Ameaça de Trabalho de Parto Pré-termo

bpm – Batimentos por minutos

CTG – Cardiotocografia

cm - Centímetro

CHP – Centro Hospitalar do Porto

DM – Diferença Média

DPP – Data Provável de Parto

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMO's – Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EGB – Estreptococos do grupo B

EVA – Escala Visual Analógica

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HELLP – Hemolytic anemia; Elevated Liver enzymes; Low Platelet count

HTA – Hipertensão Arterial

IB – Índice de Bishop

IC – Intervalo de Confiança

ICNP – International Classification for Nursing Practice

IFGO - Internacional Federation of Gynecology and Obstetrics

IG – Idade Gestacional

ITP – Indução do Trabalho de Parto

Kg - quilograma

LA – Líquido Amniótico

M - Média

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

MJD – Maternidade Júlio Dinis

mg – Miligrama

ml – Mililitro

mmHg – Milímetros de mercúrio

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

P – Nível de significância

PE – Pré-Eclâmpsia

RCF – Ruídos Cardíacos Fetais

RCIU – Restrição do Crescimento Intrauterino

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynecologists

RPM – Rotura Prematura de Membranas

RPMP – Rotura Prematura de Membranas Pré-termo

RN – Recém-nascido

RR – Risco Relativo

SOGC – Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canadá

STAN – Análise Automatizada do Segmento ST

TA – Tensão Arterial

TP – Trabalho de Parto

TPPT – Trabalho de Parto Pré-termo

UCIN - Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF - United Nations Children's Fund

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	23
1. TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	27
2. O TRABALHO DE PARTO, NASCIMENTO E O CUIDADO AO CASAL..	49
2.1 Enfermagem Baseada na Evidência - O Parto na Água: Uma Revisão Integrativa da Literatura	79
<i>2.1.1 Identificação do Tema e Seleção da Questão de Pesquisa</i>	<i>82</i>
<i>2.1.2 Critérios de Inclusão e Exclusão</i>	<i>84</i>
<i>2.1.3 Identificação dos Estudos Pré-selecionados e Selecionados.....</i>	<i>85</i>
<i>2.1.4 Categorização dos Estudos Selecionados</i>	<i>87</i>
<i>2.1.5 Análise e Interpretação dos Resultados.....</i>	<i>92</i>
3. O AUTOCUIDADO E O PROCESSO DE TRANSIÇÃO/ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE APÓS O NASCIMENTO	99
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O ESTÁGIO PROFISIONALIZANTE.....	123
CONCLUSÃO	129
BIBLIOGRAFIA.....	133
ANEXOS	167
Anexo 1 – Matriz de Síntese	169

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Definição da Questão Orientadora Segundo o Esquema PICO	84
Tabela 2: Resultado da Pesquisa dos Artigos.....	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Etapas da Revisão Integrativa da Literatura	82
Figura 2: Grávidas Cuidadas durante o Estágio Profissionalizante	124
Figura 3: Partos Realizados durante o Estágio Profissionalizante	125
Figura 4: Puérperas e RN Cuidados durante o Estágio Profissionalizante	125

INTRODUÇÃO

O presente documento visa colocar em evidência o processo de aquisição e desenvolvimento de competências durante um estágio profissionalizante, no âmbito da Gravidez, Trabalho de Parto (TP) e Pós-Parto e contextualiza o percurso formativo para a obtenção do grau acadêmico de mestre, na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Evidencia o desenvolvimento de competências no domínio da investigação científica, problematiza e fundamenta práticas e processos de cuidados especializados à mulher e família nas diferentes áreas de atuação, relatando e refletindo acerca das experiências desenvolvidas. Este estágio profissionalizante denominado de Gravidez com Complicações; TP e Parto; e Autocuidado e Preparação para a Parentalidade decorreu na Unidade de Cuidados Especiais, no Núcleo de Partos e no Serviço de Puerpério da Maternidade Júlio Dinis (MJD) no Centro Hospitalar do Porto (CHP); sob uma carga horária, num total de 900 horas.

A finalidade do estágio foi a aquisição de competências práticas, teóricas e específicas. Este percurso formativo foi desenvolvido de acordo com os objetivos do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO), com os seguintes objetivos:

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

Conscientes de que a prática dos enfermeiros é cada vez mais rigorosa, neste percurso tivemos em conta que, estamos perante uma sociedade mais esclarecida e consciente quanto à sua situação de saúde e que é fulcral a exigência na qualidade e competência dos cuidados prestados. Também que, a ciência e a tecnologia estão em constante mudança exigindo cada vez mais formação e atualização. Pois, a competência *“é um fenómeno multidimensional e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional”* (Augusto, Soares e Basto, 2004, p. 36).

Em qualquer área da enfermagem, todos os enfermeiros especialistas são dotados de conhecimentos, competências e responsabilidades inerentes à sua área de formação especializada. A Ordem dos Enfermeiros (2010) reformulou e aprovou o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Centrados neste regulamento podemos suportar a nossa atuação mais autónoma, em processos fisiológicos de baixo risco do ciclo reprodutivo da mulher, e de forma autónoma e interdependente, em casos de processos patológicos e disfuncionais. A prestação de cuidados especializados nesta área teve como principal objetivo promover a saúde e bem-estar da grávida/casal e contribuir para uma transição para a parentalidade mais gratificante.

Este relatório pretende também, enfatizar um foco de atenção, suportado por evidências científicas: o parto na água. Durante a realização do estágio, no Núcleo de Partos, pareceu-nos haver uma resposta insuficiente às mulheres que queriam optar por métodos de analgesia não farmacológicos. Assim, este foco de atenção foi escolhido por nos parecer de extrema pertinência aprofundar métodos de controlo não farmacológico da dor, numa realidade de cuidados cada vez mais medicalizados e, também, demonstrar a existência de uma alternativa, de igual modo segura, para o nascimento mais natural e humanizado. Entendemos que sendo o parto na água um método mais natural poderia ser uma forma de dar resposta às expectativas destes casais e contribuir para uma experiência mais satisfatória do parto.

As opções pelo método de parto, nos últimos anos, têm-se alargado noutros países. Mas em Portugal embora já se pratique em alguns hospitais, esta realidade parece estar ainda longe do que seria a desejada. Existe a necessidade da introdução de métodos não convencionais de parir em meio hospitalar, para dar resposta às expectativas de alguns casais, sendo que a oferta e procura por este método é mais frequente em contextos não hospitalares.

Apesar de ser um tema controverso, o parto na água tem uma longa história, tendo sido descrito pela primeira vez em 1805. Já em 1983 Michel Odent realizou um estudo com mais de 100 mulheres que pariram em água concluindo que a imersão em água quente durante o TP e parto é um método de alívio da dor que promove o conforto da mãe, a sua participação ativa, reduz a dor e a duração do TP. Diminui também, a incidência de episiotomias e cesarianas (Kolivand et al., 2014; Demirel et al., 2013).

Este método de assistência ao parto é praticado há vários anos em países como: Reino Unido, Canadá, Estados Unidos da América, Espanha, Austrália, Turquia, Itália, Polónia, China, Irão entre outros; quer em contexto domiciliário como hospitalar. Consiste na imersão em água quente durante o trabalho de parto e o nascimento. A assistência ao parto deve atender a protocolos e recomendações, para assegurar a segurança do método, que definem a temperatura e o nível ideal da água, procedimentos de limpeza adequados para o controlo de infeção, periodicidade de vigilância da frequência cardíaca fetal, manobras de proteção perineal, a correta manipulação do cordão umbilical, tempo de espera pela respiração espontânea e critérios para reanimação. As parturientes devem ser consideradas de baixo risco, demonstrar vontade de utilizar este método e serem conhecedoras das suas vantagens e desvantagens (Nutter et al., 2014; Uceira-Rey et al., 2015). É ainda, um método bem aceite por associações profissionais de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia de vários países (The Royal College of Midwifery, 2012; Mallén-Pérez et al., 2015; Nutter et al., 2014).

Este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. Ao longo dos três primeiros capítulos é feita uma contextualização do percurso formativo, demonstrando a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e culturais que advêm da prestação de cuidados especializados. O primeiro faz referência ao casal na gravidez e à transição para a parentalidade. O segundo capítulo refere-se à aquisição e desenvolvimento de competências no cuidado ao casal durante o TP e parto. É apresentado um subcapítulo que descreve o processo de investigação desenvolvido e o enquadramento metodológico da revisão integrativa da literatura que foi realizada como estratégia para desenvolver a prática baseada na evidência. O terceiro capítulo põe em evidência os cuidados prestados ao casal e família após o nascimento. Seguidamente, no quarto capítulo do relatório é feita uma análise crítico-reflexiva sobre o estágio profissionalizante. Por fim, é apresentada a conclusão, as referências bibliográficas e os anexos.

Ao longo deste percurso esteve sempre presente a necessidade de operacionalizar boas práticas, baseadas em evidência científica e progressivamente mais autónomas para

dar resposta às diferentes necessidades dos nossos clientes. Esta necessidade permitiu delinear estratégias que suportassem a prática clínica, com base na evidência científica mais recente, não só na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, como na área das ciências biomédicas, sociais e humanas. Recorreu-se, ainda, aos protocolos de atuação existentes em cada serviço.

A metodologia de trabalho utilizada para a realização deste relatório e que suportam o percurso de estágio foi a pesquisa bibliográfica e sitiográfica em base de dados. Para fundamentar a prática em evidência, recorreremos às seguintes bases de dados: Academic Search Complete; CINAHL complete; CINAHL Plus with full text; MedicLatina; MEDLINE with Full Text. Procedeu-se à pesquisa ainda nas plataformas: Web of science e Scopus. Pesquisamos também, em motores de busca de acesso livre, tais como Google Académico e PubMed.

1. TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

No decorrer deste estágio pudemos constatar que para as famílias que cuidamos, um filho constituía o suporte do seu projeto de vida e que a maior parte das gravidezes eram planeadas e desejadas. Também que um diagnóstico de “gravidez comprometida” constituía um problema que afetava significativamente a família influenciando-a sempre de alguma forma. Provocava alteração nas rotinas familiares, bem como das relações interpessoais; sobretudo, quando a situação requeria internamento hospitalar.

Uma das competências do EEESMO preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) é *“assistir a mulher a vivenciar os processos de saúde/doença durante o período pré-natal”*, foi nesta perspetiva que desenvolvemos as nossas atividades, ao assumir a responsabilidade de observar e acompanhar a mulher ao longo de todo o internamento, fazer uma colheita de dados adequada, identificar focos de enfermagem, estabelecer um plano de cuidados real e adaptado às necessidades individuais; considerando a esfera socio cultural e familiar de cada mulher e casal e, ainda, monitorizar o bem-estar materno-fetal e detetar precocemente qualquer alteração evitando complicações (Baston e Hall, 2009). A nossa atuação procurou traduzir-se em ganhos em saúde efetivos para o casal, tais como: melhor adaptação à gravidez e à parentalidade, gestão mais eficaz dos sintomas associados à gestação, identificação precoce dos sinais potenciais de complicações da gravidez, bem como do seu agravamento (National Institute of Child Health & Human Development, 2010).

As pessoas, no decorrer da sua vida, constantemente experienciam mudança e transição. Assumimos que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e famílias que passam por processos transicionais, assistindo às mudanças que as transições provocam. Também que o conhecimento acerca das transições humanas é fundamental, já que a enfermagem toma por foco de atenção as respostas humanas às transições quando estas interferem com a saúde, ou quando as respostas à transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde. Concordamos com Mendes, Bastos e Paiva (2010) que os cuidados desenvolvem-se mediante estas transições, surgindo o conceito de cuidados transicionais. Podemos enquanto enfermeiros influenciar positivamente os

processos de transição, se as intervenções forem centradas na pessoa e nas suas reais necessidades.

Transição refere-se à forma como as pessoas respondem aos eventos de vida quando necessitam de integrar novos e diferentes aspetos no seu dia-a-dia, tendo em conta as suas condições pessoais e ambientais, as expectativas e perceções do indivíduo e o significado atribuído a essas mudanças. Este conceito está constantemente presente na vida de cada pessoa. Os eventos que ocorrem ao longo do ciclo vital consideram-se episódios de transição. A mulher, casal e família em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afetar o seu estado de saúde, já que este é *“um processo de mover-se de um período de certeza e estabilidade, passando através de uma fase de incerteza e instabilidade, para um período de certeza e estabilidade novamente”* (Chick e Meleis, 1986 cit. por Zagonel, 1998, p. 56).

As transições surgem após alterações ou mudanças nos diferentes estádios do processo de desenvolvimento do indivíduo, suscetíveis de causar uma reestruturação ou reordenação de objetivos de vida, de resultarem numa modificação de conceções individuais e do mundo, de conduzirem a uma maior consciencialização de si mesmo e de provocarem uma maior abertura, quer no seu próprio potencial de desenvolvimento quer no de outros (Fonseca, 2005). O processo de transição implica que o indivíduo adquira novos conhecimentos, modifique comportamentos, redefina os significados associados aos eventos e, conseqüentemente altere a definição de si mesmo no contexto social (Meleis et al., 2000; Meleis et al., 2010).

Podemos então considerar que as transições ocorrem aquando de acontecimentos ou eventos críticos, cujo principal objetivo é a sua estabilização em novas rotinas, estilos de vida e atividades de autocuidado. As intervenções dos enfermeiros surgem como elemento facilitador da reorganização dos momentos transicionais do ser humano (Meleis et al., 2000).

A gravidez compreende em si um processo de transição para a parentalidade, individual, conjugal e social, constituindo-se, na maioria das vezes, como um dos períodos mais desafiantes na vida dos casais (Santos e Cardoso, 2010). Existe uma ligação entre gravidez e maternidade, a primeira é considerada uma etapa intermédia e um ponto de viragem para a segunda (Mendes, 2002). As mudanças físicas e emocionais da gravidez propiciam a que a mulher faça a transição para se tornar mãe, não só fisicamente, mas também emocional e psicologicamente. O papel do homem tem vindo a mudar, sendo que

este assume cada vez mais envolvimento neste processo, surgindo assim o conceito de “casal grávido”.

De acordo com Leal (2005, p. 322), a parentalidade “*é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psico-afetiva permitindo a dois adultos se tornarem pais, isto é de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s)*”. Vivencia-se a incorporação e transição de papéis que começa ainda na gravidez, e apenas termina quando os pais desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papéis.

A Adaptação à parentalidade constituiu um foco de atenção para nós como enfermeiros e define-se como um conjunto de “*comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados*” (International Classification for Nursing Practice- ICNP, 2011, p. 37). Implica a passagem de uma realidade familiar para uma nova e desconhecida. Tornar-se Mãe ou Pai é uma transição de desenvolvimento que exige reorganização pessoal, profissional e conjugal; sendo este um processo gradual e complexo de aprendizagem social e cognitiva que prepara o indivíduo para um novo nível de cuidados e de responsabilidades para com outro ser humano, para toda a vida (Lothian, 2008). Esta transição exige mudanças específicas que poderão ser perturbadas na situação de foco de Enfermagem de Gravidez Comprometida (ICNP, 2011).

Uma gravidez 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. Pode dever-se a fatores demográficos, socioeconómicos, comportamentais, antecedentes de complicações obstétricas, patologia materna associada à gravidez ou patologia própria da gravidez atual (London et al., 2010).

Importa perceber que para além de uma transição de desenvolvimento, estamos perante uma transição situacional de saúde/doença, cujo evento crítico surge de forma repentina e pode prejudicar a adaptação à gravidez e parentalidade. Desta forma, trata-se de uma transição simultânea pelo que não nos poderíamos focar apenas num tipo de transição (Meleis et al., 2000).

O nosso desempenho como EEESMO na adaptação à parentalidade, nesta situação em particular visou ser facilitador da transição e promover sentimentos de bem-estar. Pois, a forma como o casal se adapta à gravidez e parentalidade influencia a sua saúde e bem-estar assim como a do recém-nascido, repercutindo-se no processo de tornar-se família

(Canavarro, 2001). A compreensão das propriedades e das condições inerentes a um processo de transição para a parentalidade foi fundamental no desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovessem respostas positivas e otimizassem a transição do casal para uma vivência da gravidez e parentalidade gratificantes (Bridges, 2004).

Tivemos em conta, a forma como comunicávamos com a mulher/casal no primeiro contato, por ser determinante na vivência de uma experiência de internamento positiva e que com a continuidade de cuidados, esta relação pudesse evoluir para uma maior proximidade e permitir a expressão de sentimentos e emoções. No momento da admissão de um casal a nossa atuação passou por nos apresentar; fazer a apresentação física do serviço e do seu funcionamento; realizar uma colheita de dados através da informação fornecida pela grávida e acompanhante, tentando criar clima propício para tal. Era, também, realizado o diagnóstico diferencial do foco de gravidez e do foco conhecimento sobre saúde. Procuramos fornecer a informação adequada a cada pessoa de acordo com o motivo de internamento (ICNP, 2011). Neste primeiro momento tivemos sempre a preocupação que fosse estabelecida uma relação empática, com vista a facilitar a ação terapêutica do enfermeiro. As nossas intervenções privilegiaram a dimensão emocional e psicológica do casal. O esclarecimento de dúvidas e a atenção às suas expectativas revelaram-se uma mais-valia para potenciar uma transição para a parentalidade mais positiva e satisfatória para o casal (Lowdermilk e Perry, 2008).

Na realização da anamnese, foram utilizadas técnicas de colheita de dados como a entrevista, o exame físico e consulta de testes laboratoriais; com o objetivo de aferir necessidades de saúde, estabelecer diagnósticos de enfermagem, resultados esperados; e elaborar um plano de cuidados individualizado. Neste primeiro contacto acedíamos a determinada informação, como o motivo de internamento, o nome pelo qual preferia ser tratada, bem como o contacto de alguém significativo e a situação ou contexto familiar. Consultávamos toda a informação acerca da gravidez atual: idade gestacional (IG); data provável de parto (DPP); se a gestação tinha ou não sido vigiada; se houve alguma intercorrência durante a gravidez e se havia risco infeccioso acrescido (presença de *Estreptococos* do grupo B). E, ainda, aos antecedentes relevantes de saúde da grávida, antecedentes obstétricos, grupo de sangue e medicação habitual.

Para percebermos o processo de adaptação à gravidez e parentalidade quisemos saber se a gravidez tinha sido planeada, quais os sentimentos em relação à gravidez e ao feto, se havia presença de uma rede de suporte familiar e emocional, a relação com o outro

progenitor e quais os recursos mobilizados para fazer face à situação de gravidez comprometida. Tudo isto era registado no aplicativo SAPE^R.

Posteriormente eram identificados focos de atenção dos quais destacamos para além da Adaptação à Parentalidade, o Autocuidado durante a Gravidez, a Ligação Mãe/Pai-Filho, entre outros (ICNP, 2011). Efetuamos um plano de cuidados, avaliamos a eficácia das intervenções tendo em conta os resultados esperados, alterando-as e adaptando-as sempre que necessário.

No que diz respeito ao foco Autocuidado durante a Gravidez, os dados relevantes para o diagnóstico foram: condições de higiene pessoais e vestuário, hábitos de consumo tabágico, álcool ou drogas; peso adquirido durante a gestação, hábitos de eliminação, padrão de sono, conhecimentos acerca da vigilância adequada da saúde oral durante a gravidez; conhecimentos acerca de ingestão de água e nutrientes adequados à gravidez; conhecimento acerca de mudanças fisiológicas da gravidez; conhecimento acerca de sinais de alerta na gravidez; conhecimento sobre sinais de TP, conhecimento sobre precauções de segurança, entre outros (Fraser e Cooper, 2009).

As intervenções postas em prática eram variadas, e de acordo com cada situação, tais como: incentivar hábitos de higiene adequados, ensinar sobre mudanças inerentes à gravidez; ensinar sobre nutrição (alimentação e hidratação adequada), ensinar sobre aumento esperado de peso; ensinar sobre hábitos de eliminação adequados; ensinar sobre exercício físico adequado à situação, ensinar sobre precauções de segurança, aconselhar um padrão de sono e repouso adequados a gravidez, ensinar sobre agentes prejudiciais ao feto (nomeadamente cafeína, tabaco e álcool), ensinar sobre desenvolvimento fetal; ensinar sobre sexualidade durante a gravidez e ensinar sobre sinais de alerta durante a gravidez.

O foco de Enfermagem Ligação Mãe/Pai-Filho é definido como *“estabelecimento de uma relação próxima entre mãe/pai e a criança”* (ICNP, 2011, p. 61). Esta relação começa na gravidez e prolonga-se por toda a vida. A relação estabelecida com o feto tem grande influência na relação que se irá estabelecer com o bebé assim, a Ligação dos Pais com o feto é o melhor preditor da ligação após o nascimento e dela dependem a satisfação e a competência no exercício parental após o nascimento da criança (Mercer, 2004). Este é um foco onde é esperado do EEESMO capacidade de diagnóstico e intervenção diferenciada (OE, 2011). Os dados que nos ajudaram a realizar o diagnóstico diferencial relacionam-se com alguns comportamentos, atitudes, pensamentos e sentimentos, em relação ao feto manifestados pelo casal. Várias escalas foram construídas para esta avaliação e incluem

comportamentos como: alimentar-se bem, abster-se de álcool e drogas, maximizando a sua saúde e a do feto. Confortar a barriga e falar com o bebé. Preparar o enxoval do bebé, falar com o parceiro acerca do bebé e do futuro, escolher o nome do bebé, imaginar o desenvolvimento do bebé durante a gravidez. Outros fatores intervenientes nesta ligação são: a existência de um relacionamento conjugal estável; se a gravidez foi ou não planeada, a existência de bom suporte familiar, a realização de amniocentese e antecedentes de depressão diagnosticados previamente à gravidez (Van den Bergh e Simons, 2009).

As intervenções promovidas durante a gravidez e parto podem influenciar positivamente a ligação emocional ao feto. A nossa atuação pautou-se por reconhecer que o EEESMO assume grande relevância no estabelecimento da relação precoce, e por isso avaliamos necessidades e planeamos cuidados para cada um dos elementos do casal, tendo em conta cada situação específica, e a singularidade da pessoa. No estudo realizado por Nogueira e Ferreira (2012) acerca de condicionantes envolvidas no desenvolvimento da ligação entre os homens e os seus filhos é demonstrado que os pais que tiveram informação sobre o desenvolvimento fetal, que acompanharam a evolução da gravidez, que se prepararam para o nascimento e aos quais foi dada a oportunidade de cortar o cordão umbilical apresentaram uma melhoria significativa na ligação afetiva ao RN. Desta forma, eram implementadas intervenções, ao casal, que promovessem esta ligação com o bebé, pondo em prática intervenções como: auscultar os ruídos fetais, ensinar sobre os movimentos fetais, ensinar sobre o desenvolvimento fetal, ensinar sobre as características do RN, ensinar sobre técnicas de estimulação fetal através da música ou leitura, promover o envolvimento da família.

No período de estágio, no serviço de Cuidados Especiais, foram prestados cuidados a grávidas com diagnóstico de Gravidez Comprometida por: hipertensão arterial (HTA), diabetes prévia ou gestacional; ameaça de trabalho de parto pré-termo (ATPPT), restrição de crescimento intrauterino (RCIU), rotura prematura das membranas pré-termo (RPMPT), hemorragias do primeiro e segundo trimestres, oligoâmnios; hidrâmnios; incompetência cervico-ístmica e pielonefrite. Cuidamos, também, mulheres com gravidezes não evolutivas e falhas de abortamentos (espontâneos ou por opção). Contudo, houve situações que foram muito mais frequentes e por isso, são mais referenciadas neste relatório.

Assim, é feita uma abordagem ao foco de Gravidez Comprometida por HTA, ATPPT e RPMPT bem como os cuidados preconizados em cada situação.

A HTA, decorrente ou prévia à gravidez, é a complicação médica mais comum na gestação, constituindo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade materna e

fetal. Os sinais e sintomas mais comuns da síndrome hipertensiva induzida ou agravada pela gravidez eram comuns a outras situações. Sabíamos que com frequência são relatadas: epigastralgias, alterações visuais, cefaleias, náuseas e vômitos e, assim, poderia facilmente ser confundido com outros problemas ou mesmo não ser detectado, adiando as atitudes terapêuticas necessárias e, consecutivamente, agravando o prognóstico materno e fetal. Na nossa atividade diagnóstica tivemos como referência os valores considerados para hipertensão durante a gravidez, tais como: a tensão arterial (TA) sistólica superior ou igual a 140 milímetros de mercúrio (mmHg) ou diastólica superior ou igual a 90 mmHg; verificada em pelo menos duas ocasiões, com pelo menos quatro horas de intervalo, no mesmo braço. Ou presença de pressão arterial diastólica superior ou igual a 110mmHg numa única avaliação (Graça, 2010).

Segundo as linhas orientadoras da Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC – 2014), existem quatro tipos de alterações hipertensivas na gravidez: hipertensão crónica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e “outros efeitos hipertensivos”.

A hipertensão crónica caracteriza-se pela presença de hipertensão e/ou proteinúria na mulher grávida com hipertensão crónica antes das 20 semanas de gravidez. Já a Hipertensão gestacional, diz respeito ao aparecimento de hipertensão sem proteinúria, após as 20 semanas de gravidez e sem história de hipertensão prévia. Ambas podem estar associadas a outras condições como diabetes tipo I ou II ou patologias renais e poderá surgir pré-eclâmpsia, simultaneamente.

A pré-eclâmpsia (PE) define-se por hipertensão associada a proteinúria ou uma ou mais condições adversas como cefaleias, perturbações visuais, dor no peito, dispneia, náuseas, vômitos, entre outros. Sendo que a PE severa se associa a complicações severas como: eclâmpsia, disfunção hepática, coma, cegueira cortical, enfarte ou isquemia do miocárdio, edema pulmonar, disfunção hepática, entre outros. A classificação do grau de gravidade tem em conta essencialmente os valores tensionais e afeta dois a três por cento de todas as gravidezes. A única cura conhecida é a expulsão da placenta (Neto et al., 2010). A etiologia ainda não está totalmente definida, no entanto sabe-se que existe uma incompleta invasão das artérias espiraladas pelo trofoblasto no momento da placentação; havendo uma diminuição da perfusão uteroplacentária. Sabe-se também que o agravamento dos valores tensionais está associado a maior probabilidade da ocorrência de vaso-espasmos e irritação das células das paredes dos vasos sanguíneos, podendo originar micro coágulos que poderão alojar-se em órgãos-alvo como o fígado, provocando dor

epigástrica, muito sugestiva de agravamento do quadro clínico. A PE grave ou severa, rapidamente poderá evoluir para a Síndrome de Hemolytic anemia; Elevated Liver enzymes; Low Platelet count (HELLP - Davis, 2012). O Síndrome de HELLP caracteriza-se pelo aparecimento de anemia hemolítica, disfunção hepática e trombocitopenia; e é considerada por vários autores como uma forma grave de pré-eclampsia (Campos et al., 2008).

A Eclampsia é definida pela presença de uma ou mais convulsões e/ou coma, em grávidas com PE, na ausência de outras condições neurológicas. Estes episódios podem ocorrer após as 20 semanas de gestação, durante o parto ou nas primeiras 48 horas do pós-parto. A incidência de morte materna é elevada, assim como a mortalidade perinatal (World Health Organization, 2008).

O rigor na avaliação da TA foi fundamental para um diagnóstico correto e para tomar medidas preventivas face às doenças hipertensivas. A Association of Ontario Midwives (AOM – 2012) sugere que a TA deve ser avaliada após um período mínimo de cinco minutos de repouso; ter havido abstinência de tabaco e de cafeína nos 30 minutos anteriores à avaliação; a grávida deve estar sentada com o braço ao nível do coração; a braçadeira deve estar adaptada ao tamanho do braço. Refere, ainda, que o equipamento mais adequado para a medição da TA na grávida é o esfigmomanómetro manual com o estetoscópio. A pressão sistólica é obtida na fase I de Korotkoff (quando o som é inicialmente ouvido) e o valor da pressão diastólica é obtido na fase V de Korotkoff (quando o som desaparece).

Também a monitorização da proteinúria foi fundamental para esclarecer o diagnóstico e para estabelecer as medidas terapêuticas adequadas. Segundo a Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC - 2014) e a AOM (2012), esta deve ser avaliada através de fita-teste, numa urina de 24 horas. Contudo, alertam para o facto de um resultado negativo não excluir necessariamente proteinúria, e um positivo, na ausência de valores de hipertensão, é sugestivo de falso positivo. Um valor de proteinúria na fita-teste superior ou igual a uma cruz é considerado como sendo equivalente a 0,3 gramas (g) por litro (numa urina de 24 horas); e por isso, deve ser referenciado.

Nas grávidas internadas por pré-eclâmpsia era fundamental controlar a doença e prevenir a Eclâmpsia e o Síndrome de HELLP. Como tal, era essencial a vigilância de sinais de alerta como: TA superior ou igual a 140/90 ou diastólica superior ou igual a 110 mmHg, proteinúria em junção de urina de 24 horas superior a cinco gramas, edema pulmonar, diurese inferior a 500 ml, RCIU ou oligoâmnios (Campos et al., 2008).

No âmbito do foco Gestão do Regime Terapêutico na Gravidez (ICNP, 2011), sempre que acompanhadas mulheres com HTA foram desenvolvidas as seguintes atividades de diagnóstico: vigilância do bem-estar geral da grávida; monitorização da TA de quatro em quatro horas, ou em SOS; monitorização do bem-estar materno-fetal através da cardiotocografia (CTG) ou da monitorização dos ruídos cardíacos fetais (RCF) em gestações inferior a 28 semanas e superiores a 12, uma vez por turno; monitorização do débito urinário, no final do turno da noite; avaliação da presença de proteinúria no final do turno da noite; avaliação da presença de edema, monitorização do peso, avaliação da presença de sinais ou sintomas como epigastria, cefaleia, entre outros; avaliação de conhecimentos acerca da doença; avaliação de conhecimentos acerca de alimentação; avaliação do conhecimento do casal sobre os sinais de alerta e agravamento; avaliação do conhecimento do casal sobre contagem dos movimentos fetais; avaliação do conhecimento do casal sobre importância do repouso absoluto ou relativo para facilitar a perfusão placentária.

No planeamento de cuidados foram estabelecidas intervenções como: ensinar sobre a avaliação do bem-estar fetal; ensinar sobre a doença; ensinar sobre o regime de tratamento; ensinar sobre os sinais de alerta; ensinar sobre dieta (uso de sal em HTA crónica e aumento de consumo de proteínas); ensinar sobre como gerir repouso; instruir exercícios ligeiros (para manter tónus muscular); ensinar sobre contagem de movimentos fetais e manutenção de um ambiente calmo. Ainda foram realizadas intervenções resultantes de prescrição como: administração de fármacos anti hipertensores ou anti convulsivantes (sulfato de magnésio) e administração de corticoides para maturação pulmonar fetal.

A ATPPT constitui uma das principais complicações da gravidez, sendo responsável por cerca de 90% dos óbitos neonatais em que 75% destes correspondem a nascimentos antes das 32 semanas de gestação. A sua incidência é cada vez maior e define-se como todo o trabalho de parto que se inicia antes de estarem completas as 37 semanas de gestação e depois de atingido o limiar da viabilidade, que em Portugal, se considera a partir das 24 semanas (Graça, 2010).

Foi essencial distinguir ATPPT e Trabalho de parto pré-termo (TPPT). Podemos afirmar que a ocorrência de contractilidade uterina frequente e regular sem repercussões cervicais, antes das 37 semanas de gestação é indicativo de ATPPT. No entanto, na presença de alterações cervicais (dilatação e extinção do colo) concomitantes à contractilidade, estamos perante um TPPT. Por vezes, o diagnóstico de ATPPT ou de TPPT não é fácil de se

estabelecer (Queenan, 2010). A atuação nestas situações dependeu da IG e o seu objetivo prendeu-se por atrasar o parto o mais possível, mantendo o bem-estar materno e fetal. As atitudes terapêuticas poderiam também incluir (dependendo do caso), maturação pulmonar fetal com corticoterapia, tocolise (efetiva ou profilática); entre as 24 semanas e as 34 semanas e seis dias; administração de progesterona, pesquisa do estreptococo do grupo B (EGB), entre outras.

Segundo a evidência científica a administração de corticoides reduz complicações como hemorragia intraventricular, síndrome da membrana hialina e morte neonatal. O uso de tocolíticos reduz a proporção de nascimentos até sete dias após o início do tratamento. Era feita a administração de duas doses de 12 miligramas (mg) de betametasona (já que atravessa a barreira placentária) com 24 horas de intervalo. Foram utilizados fármacos como o atosiban (antagonista da ocitocina) por via endovenosa e a nifedipina (antagonista do cálcio) por via oral, pois têm uma eficácia comparável à dos beta-miméticos, no entanto menores efeitos secundários. Era monitorizada a TA antes e após a administração, realizado CTG para a avaliação do bem-estar fetal e vigiados efeitos colaterais como cefaleias, tonturas, náuseas e vômitos. A progesterona foi administrada no fundo de saco vaginal posterior, como agente profilático em grávidas com ATPPT já que a diminuição dos níveis desta hormona é uma das causas de ATPPT e TPPT e é indicada no caso de antecedentes de TPPT e encurtamento do colo do útero (Campos et al., 2008). Foi feito o diagnóstico de Conhecimento sobre Medicação (ICNP, 2011) e implementadas intervenções como: ensinar sobre a medicação e ensinar sobre efeitos colaterais de medicamentos.

No âmbito do foco de Suscetibilidade à Infecção (ICNP, 2011) procedíamos à determinação da presença do EGB, se desconhecido, através da colheita de exsudado vaginal e rectal; e nos casos positivos e em que houve RPMPT ou de TPPT foi feita profilaxia antibiótica (Lowdermilk e Perry, 2008).

Muitas vezes era dada indicação à grávida para manter repouso relativo ou absoluto (dependendo do estado clínico), preferencialmente em decúbito lateral esquerdo para diminuir a intensidade e frequência das contrações, melhorar o fluxo uteroplacentário e aliviar alguma pressão sobre o colo do útero, atendendo ao foco de enfermagem de Desenvolvimento fetal (ICNP, 2011). Relativamente ao foco Gestão do Regime Terapêutico (ICNP, 2011) nesta situação em particular foram desenvolvidas as seguintes atividades de diagnóstico: vigilância do bem-estar geral da grávida; monitorização do bem-estar materno-fetal através da cardiotocografia (CTG); avaliação de conhecimentos acerca da doença; avaliação conhecimento do casal sobre os sinais de alerta e agravamento; avaliação do

conhecimento do casal sobre importância do repouso absoluto ou relativo. Foram estabelecidas intervenções como: ensinar sobre a avaliação do bem-estar fetal; ensinar sobre a doença; ensinar sobre o regime de tratamento; ensinar sobre os sinais de alerta; ensinar sobre sinais e sintomas de TP, manter um ambiente calmo; prestar cuidados de higiene e conforto no leito; ensinar sobre como gerir repouso, incentivar mobilizações frequentes dos membros. Ainda eram realizadas intervenções resultantes de prescrição como administrar medicamento, já descrita anteriormente (ICNP, 2011).

A rotura prematura de membranas (RPM) define-se como a rotura das membranas corioamnióticas com perda de líquido amniótico (LA), mais de uma hora antes do início do TP, ocorrendo em três por cento de todas as gestações e sendo responsável por cerca de 30% dos nascimentos pré-termo. Na maioria dos casos, o parto ocorre nas primeiras 24 horas, e quando surge antes das 37 semanas de gestação é considerado uma RPMPT, sendo responsável por um terço dos TPPT. A sua etiologia é pouco conhecida e pode ocorrer por diferentes causas (Freitas et al., 2011). As atitudes terapêuticas dependem da IG e do risco materno-fetal iminente, esta complicação está associada ao aumento da morbidade e mortalidade materna, fetal e neonatal sendo que as principais complicações são: corioamnionite, descolamento prematuro da placenta, doença da membrana hialina, hipoplasia pulmonar, deformações do feto, hipoxia fetal, entre outras (Queenan, 2010). Nestes casos as atividades de diagnóstico realizado passaram pela vigilância de hipertermia, realização de CTG uma vez por turno, avaliação dos sinais vitais, avaliação da contratilidade uterina e das características do LA (quantidade, cheiro e cor), como fator para excluir e prevenir a corioamnionite, avaliação de conhecimentos acerca da patologia e do regime de tratamento. Era explicada a situação ao casal, apoiando-o. Foram implementadas ações como: ensinar sobre doença, ensinar sobre sinais de agravamento, ensinar sobre regime de terapêutico. A grávida era internada dependendo da IG ou e da necessidade de ser induzida a maturidade pulmonar fetal, com corticoterapia antes do parto, através de betametasona 12 mg (duas administrações com o intervalo de 24 horas).

Em situações de idades gestacionais inferiores a 24 semanas de gestação, o protocolo da MJD refere que deve ser tomada uma atitude expectante e se não ocorrer o parto espontaneamente ser feita uma interrupção da gravidez medicamente assistida, não havendo viabilidade fetal. Esta situação não foi vivenciada, pois durante o estágio estivemos em contacto com grávidas com IG superiores com este diagnóstico.

Em grávidas com IG compreendida entre 24 e 33 semanas de gestação, com contratilidade uterina presente era iniciada a profilaxia antibiótica até ao parto, vigiada a

temperatura, tocólise durante um período de 48 horas. Era realizado CTG para avaliação do bem-estar fetal e da contratilidade uterina.

Quando a RPM ocorria depois das 34 semanas de gestação, e se o parto não ocorresse de forma espontânea ao fim de doze horas procedia-se à indução do TP, simultaneamente com o início de antibioterapia. Procedíamos à pesquisa de EGB se este fosse desconhecido. Foi vigiada a presença de hipertermia, realizado CTG uma vez por turno, vigiada a contratilidade uterina e as características do LA.

Em todas estas situações de Gravidez comprometida, além destes cuidados mais centrados na complicação procuramos ainda desenvolver intervenções de forma a fornecer algum suporte emocional à mulher e família; permitir a expressão de sentimentos e dúvidas, promover e facilitar a presença dos conviventes mais significativos para mulher e manter um ambiente calmo e confortável, conforme sugerem Lowdermilk e Perry (2008).

A possível prematuridade foi considerada de forma a auxiliar o casal no processo de transição antecipada. Davis (2012, p. 86) enfatiza que é fundamental apoiar os pais de futuros prematuros, no luto do seu bebé imaginado “perfeito e gordinho” e na transição prematura ao seu papel de pais ainda mais exigente do que o que poderiam prever. Frequentemente os casais expressavam dúvidas e receios acerca do nascimento prematuro. Para promover esperança explicamos as possíveis complicações decorrentes da prematuridade, mas também as boas práticas dos profissionais que iriam fazer tudo para garantir o bem-estar, caso fosse necessário ficar a cargo dos cuidados de neonatologia ou cuidados intensivos neonatais, onde o RN poderia ter que ficar sob vigilância e cuidados contínuos por parte de uma equipa multidisciplinar.

A monitorização do bem-estar materno-fetal constituiu uma das nossas preocupações enquanto EEESMO, em que vários parâmetros foram tidos em consideração, nomeadamente, a monitorização de sinais vitais, vigilância da pele e mucosas, o estado geral da grávida e o despiste de sinais e sintomas sugestivos de agravamento da doença. Outros aspetos a ter em conta eram os resultados analíticos e exames complementares de diagnóstico, como a ecografia que nos permitia conhecer dimensões do colo uterino, percentis de crescimento fetal, quantidade de LA, entre outros.

Esta avaliação incluía ainda a monitorização do bem-estar fetal através da monitorização dos RCF, a CTG e a contagem dos movimentos fetais. A monitorização dos RCF deve ser realizada logo que seja audível. Era efetuada através de *doppler* a todas as grávidas entre as 12 e as 28 semanas de gestação, no turno da manhã. Este procedimento era realizado na linha média do abdómen, cerca de dois a três centímetros acima da sínfise

pública, movimentando lentamente a sonda passando para o hipocôndrio superior direito, seguido do esquerdo, depois para o hipocôndrio inferior direito e esquerdo. A Frequência Cardíaca Fetal (FCF) era auscultada durante pelo menos um minuto e para ser considerada normal deveria estar compreendida entre 120-180 batimentos/minuto em IG inferiores a 28 semanas, ou 110-160 batimentos/minuto depois das 28 semanas. Também era considerada a qualidade e o ritmo (Lowdermilk e Perry, 2008). Inicialmente este procedimento revelou-se de alguma complexidade já que nem sempre foi fácil a identificação do foco, ou seja, área de máxima intensidade e clareza dos RCF para obter o som mais nítido e mais alto quando ainda não era possível realizar as manobras de *Leopold*.

Para além da utilização de *doppler* também poderia ter sido utilizado o estetoscópio de *Pinard* (a partir das 16 semanas de gravidez). Contudo, não tivemos esta experiência pela inexistência desse equipamento, apesar de vários autores defenderem que o *doppler* é o método mais versátil e apropriado para a auscultação intermitente dos RCF (Blake, 2008).

A CTG é um método de avaliação do bem-estar fetal da competência autónoma do EEESMO (parecer n.º 275/2010 do Conselho de Enfermagem). Atualmente é o método mais utilizado e o seu uso estende-se a todo o mundo. Neste serviço era o método de avaliação e vigilância do bem-estar fetal mais utilizado a partir das 28 semanas de gravidez, de forma intermitente, com uma duração de vinte minutos, no mínimo. Era feito o registo simultâneo da FCF, da contratilidade uterina, e dos movimentos fetais ativos; o que permite a avaliação da variabilidade da FCF, bem como os padrões de contratilidade. A grávida deveria permanecer na posição de *semi-fowler*, sentada ou em decúbito lateral esquerdo (parecer n.º 16 da Mesa De Colégio da Especialidade de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, 2011).

Todas as utentes com mais de 30 semanas de gestação, internadas no serviço, eram monitorizadas por CTG no turno da manhã e da noite; ou segundo prescrição médica. Antes de colocar os elétrodos procedíamos às manobras de *Leopold*, prática essa que nos proporcionou uma experiência significativa e ajudou a desenvolver as competências no âmbito do treino da monitorização.

A presença de movimentos fetais ativos e frequentes era tranquilizadora e a redução ou cessação dos movimentos fetais poderia predizer risco de morte fetal. Este procedimento por vezes manifestava-se como um potencial gerador de ansiedade e por essa razão a sua recomendação por rotina em mulheres com gravidez de baixo risco não era recomendável. Além disso, os estudos demonstram que a sua prática não previne a morte fetal (Mangesi et al. 2015; National Institute Of Health and Clinical Excellence (NICE),

2008). O facto dessas mulheres terem o diagnóstico de gravidez comprometida, justificava a monitorização. Procedíamos, então, ao diagnóstico diferencial do foco de Conhecimento (ICNP, 2011) sobre a contagem de movimentos fetais. Eram questionadas as grávidas acerca da sua percepção dos movimentos fetais e instruídas de como deveriam fazer essa contagem. Era-lhes explicado que poderiam contar o número de movimentos durante uma hora ou até se aperceberem de dez movimentos fetais. Eram ainda alertadas para informar o seu enfermeiro se notassem uma diminuição ou ausência de movimentos em quatro horas ou se durante 12 horas não tivessem contado 10 movimentos fetais (Darby-Stewart, Strickland & Jamieson, 2009). Durante a realização do CTG, cerca de 20 minutos, também era pedido às grávidas que registassem a percepção de movimentos fetais. Pois seria tranquilizador se sentissem pelo menos dois movimentos fetais.

Ao longo do estágio foram encontrados outros focos de enfermagem, dependendo da idade gestacional, bem como das necessidades dos nossos utentes, dos quais destacamos: Capacidade para Gerir os Efeitos Colaterais da Gravidez, Sono, Ansiedade, Autoestima, Abuso de Substâncias, Capacidade para Desempenhar Atividades de Lazer e Processo familiar (ICNP, 2011).

Durante a gravidez o organismo materno sofre alterações que se traduzem numa série de desconfortos, expressa por sinais e sintomas, que variam dependendo da tolerância de cada mulher ao desconforto e da intensidade com que eles se apresentam (Reberte e Hoga, 2005). A maioria das mulheres cuidadas apresentavam efeitos colaterais da gravidez que causavam desconforto, sobre os quais não detinham conhecimentos, sendo que os mais frequentes foram: azia, obstipação e dor musculoesquelética na região lombar. A nossa atuação no diagnóstico de Capacidade para Gerir os Efeitos Colaterais da Gravidez (ICNP, 2011), tinha como objetivo capacitar o casal de estratégias para uma gestão eficaz dos sintomas presentes.

A azia ou pirose era uma situação verbalizada muitas vezes pelas grávidas. É causada pelo refluxo do conteúdo gástrico para a porção inferior do esófago, provocado pelo aumento da pressão intra-abdominal; e pela ação da progesterona que promove atraso no esvaziamento gástrico, diminuição do tónus da cárdia e relaxamento do músculo gastrointestinal liso (Silva e Mura, 2007). Este sintoma podia causar aversão a ingestão de alimentos, restringir a dieta em decorrência da intensa pirose pós-prandial, já que além do relaxamento da cárdia há a compressão e deslocamento do estômago para cima devido ao crescimento do útero (Alba, 2003). Como aconselhamento sobre a forma de alívio deste sintoma orientamos para a importância de fracionar a ingestão de alimentos em pelo

menos seis refeições diárias. Também para evitar deitar numa posição reclinada após as refeições, dormir com elevação da cabeceira, evitar alimentos muito gordos e condimentados, evitar café, chá preto e doces, ingerir alimentos com ph básico (avelãs), mastigar bem os alimentos e usar roupas que não apertassem a zona abdominal. Também que seria importante que a grávida identificasse os alimentos causadores de azia e os evitasse (Oliveira et al., 2010).

A obstipação era também frequentemente referida, sobretudo no segundo e terceiro trimestres, por ação relaxante da progesterona sobre o músculo liso diminuindo o peristaltismo intestinal. Existem outros fatores que contribuem para o seu agravamento como: o aumento do tamanho do útero pressionando cólon e reto, o repouso ou mudança de hábitos de exercício físico, ingestão insuficiente de líquidos e de fibras; e a toma suplementar de ferro (Ricci, 2008). A obstipação é caracterizada por endurecimento fecal o que causa grande dificuldade em defecar causando hemorroidas (kawaguh, 2008 cit. por Oliveira et al., 2010). Perante esta situação incentivamos a ingestão hídrica (seis a oito copos por dia), a ingestão de líquidos tépidos pela manhã, a ingestão de alimentos ricos em fibras (pão, cereais inteiros, frutas cruas, vegetais), a implementação de hábitos de eliminação intestinal, aconselhamos a elevação dos pés durante a defecação para diminuir o esforço (uso de banco ou caixa), quando indicado aumentar a atividade física, aconselhamos a mastigar bem os alimentos assim como evitar refeições abundantes (Silva et al., 2009).

Com o decorrer da gravidez e conseqüente aumento do peso e laxidão dos ligamentos, causado por hormonas como a relaxina e os estrogénios, ocorrem mudanças no centro de gravidade da mulher acentuando-se a hiperlordose fisiológica que se associa muitas das vezes a desconforto e dor musculoesquelética lombar. Estas alterações acontecem para aumentar o tamanho da cavidade pélvica e tornar o parto mais fácil (Novaes et al., 2006). A referência feita à dor lombar era muito comum no último trimestre de gestação causando fadiga, alterações no padrão de sono, incapacidade motora e depressão, em decorrência da dor ser um fator que provoca alterações de humor (Rezende, 2007). Como atividades de diagnóstico observamos a postura corporal da grávida, avaliamos o aumento ponderal, a prática de atividade física e aferíamos os conhecimentos que possuía sobre as estratégias de prevenção ou gestão da dor musculoesquelética. De acordo com cada situação particular, foram implementadas intervenções como: ensinar sobre a dor músculo-esquelética, ensinar sobre a postura ao sentar-se e ao andar, evitar esforços excessivos, dormir pelo menos oito horas por dia repousar frequentemente em decúbito, usar calçado confortável

e com tãção baixo, aplicar calor local, massajar a região lombar, evitar cargas, executar exercícos de alongamento da musculatura dorsal e lombar, instruir técnica de levantamento de pesos; aconselhar o uso de cinta (Aguiar et al., 2013 e Oliveira et al., 2010).

Outro foco de Enfermagem importante no acompanhamento à grávida em contexto de internamento foi o Sono (ICNP, 2011). Existem vários fatores que podem contribuir para que o padrão de sono se altere. A mulher poderá sentir-se mais ansiosa ou preocupada na condição de gravidez comprometida; o facto de estar num contexto hospitalar em que a prática dos profissionais pode não permitir o número de horas ininterruptas de sono ou facto de não estar no contexto do lar, ou seja, Stresse por Mudança de Ambiente (ICNP, 2011). Para além disso, principalmente no terceiro trimestre de gravidez podem surgir queixas como: ortopneia, dor inguinal, cãibras e nictúria. No âmbito deste foco, avaliamos o número de horas ininterruptas de sono, a dificuldade em adormecer, a sonolência durante o dia, o conhecimento sobre estratégias para gerir a insónia, o padrão alimentar e a presença dos sintomas anteriormente descritos. As intervenções passaram por explicar a origem da insónia como: incapacidade para encontrar uma posição confortável devido ao volume abdominal, angústia excessiva (preocupações), nictúria e incapacidade para voltar a adormecer, atividade fetal, refeições abundantes antes de deitar, cãibras nas pernas, ortopneia. Explicamos que o sono e o repouso são necessários para dar resposta às necessidades metabólicas desencadeadas pelo crescimento dos tecidos maternos e fetais. Aconselhamos evitar refeições abundantes no final do dia, evitar estimulantes como cafeína, chá e bebidas com cafeína antes de dormir e a diminuir a ingestão de líquidos durante a tarde. Informamos sobre a posição mais adequada para dormir (decúbito lateral esquerdo) e sugerimos a colocação de uma almofada para apoiar a perna que fica em cima ao deitar-se de lado. Aconselhamos a dormir com almofada de modo a elevar a cabeça e o tórax, ou elevação da cabeceira da cama para evitar pirose ou dispneia. Informamos sobre a importância de períodos regulares de repouso durante o dia e instruímos sobre a posição mais adequada para o repouso quando sentada (proporcionar apoio dorsal e lombar e apoio dos pés). Aconselhamos um duche morno antes de se deitar. Tentamos manter o ambiente o mais calmo possível e organizamos a nossa atividade de forma a não interromper o sono (Pereira e Bachion, 2005; Lopes et al, 2004; Mindel e Jacobson, 2006).

O diagnóstico de Gravidez Comprometida pode despoletar estados de ansiedade, medo, baixa autoestima, culpa e frustração, havendo, ainda, alterações na relação conjugal (Lowdermilk e Perry). A Ansiedade pode ser definida como: “ *Sentimento de ameaça, perigo*

ou angústia” sendo a angústia “ *um sentimento de dor intensa e forte, pena e aflição*” (ICNP, 2011, p. 39). A ansiedade materna tem implicações em mecanismos neurofisiológicos que condicionam a saúde e desenvolvimento do bebé, tanto durante a gestação, como a médio e longo prazo (Conde e Figueiredo, 2005). Para o diagnóstico deste foco baseamo-nos na escala de Hamilton que avalia diferentes parâmetros, designadamente: humor ansioso, tensão, medos, insónia, aspetos cognitivos, humor deprimido, somatizações motoras, somatizações sensoriais, sintomas cardiovasculares, sintomas respiratórios, sintomas gastrointestinais, sintomas geniturinários, sintomas autonómicos e o comportamento na entrevista. Como intervenção promovemos o autocontrolo da ansiedade, através de atividades que concretizam a intervenção como: auxiliar a pessoa a encarar a ansiedade e a sua razão, auxiliar a reavaliar a ameaça e a aprender uma nova forma de lidar com ela, encorajar a pessoa a verbalizar as causas de ansiedade, explorar estratégias para reduzir o stresse como exercícios de relaxamento e técnicas respiratórias. Mantivemos o ambiente calmo e esclarecemos dúvidas e questões que nos fossem colocadas.

A Autoestima refere-se à “*opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização de crenças sobre si próprio, confiança, em si, verbalização de autoaceitação e autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva*” (ICNP, 2011, p. 41). A autoestima poderá ser comprometida pelas mudanças físicas inerentes ao processo gravídico, como também se poderá associar ao diagnóstico de gravidez comprometida. No contacto com as grávidas frequentemente ouvimos expressões como: “O que fiz de errado?” ou “A culpa é minha!” ou “Não sou capaz de gerar o meu filho”. Para além disto, a baixa autoestima está associada a menor escolaridade, a gravidez não planeada, a falta de envolvimento do outro progenitor na gravidez. A baixa autoestima poderá ter repercussões na ligação mãe/pai-filho (Van den Bergh, 2009). Para o diagnóstico deste foco foi fundamental conhecer os dados demográficos da utente e a sua organização social, perceber quais as suas expectativas relacionadas à maternidade, quais os seus sentimentos durante a gestação, se a gestação tinha sido planeada, presença de problemas de saúde durante a gestação, participação ou não do companheiro. Foi fundamental por em prática intervenções como: escutar, esclarecer; ajudar a grávida a identificar aspetos positivos das suas experiências e características individuais e promover o envolvimento do pai (Maçola et al., 2010; Machado et al., 2013).

O foco Abuso de Substâncias define-se como: *“Comportamento Comprometido: Uso inadequado de substâncias quimicamente ativas para um efeito não terapêutico, que poderá ser nocivo para a saúde e causar adição”* (ICNP, 2011, p. 37). Este foco contempla o consumo de vários tipos de drogas como tabaco, café, álcool, ou outras; sendo que na nossa prática os consumos mais frequentes eram de café e tabaco. O consumo destas substâncias poderá ter efeitos nocivos no feto.

No que diz respeito à cafeína, as opiniões são diversas havendo estudos que demonstram malefícios e outros que não conseguem demonstrar a associação de cafeína com baixo peso ao nascer ou prematuridade (Pacheco et al., 2007). A NICE (2008) alerta que a cafeína está presente não só no café mas também no chá e em refrigerantes e que o seu consumo não deve ultrapassar os 300 miligramas por dia. Depois de avaliado a quantidade de consumo e o conhecimento acerca desta temática, aconselhamos a redução da ingestão de cafeína para apenas um expresso diário ou dois cafés de saco e informamos acerca de alimentos que poderão conter cafeína.

O Abuso de Tabaco durante a gravidez está associado a complicações maternas e fetais, como aborto espontâneo, gravidez ectópica, insuficiência placentar, restrição de crescimento fetal e parto pré-termo. A nicotina é apenas um dos 4000 químicos constituintes do tabaco, sendo que pelo menos 43 deles são considerados cancerígenos. Tem uma semivida de uma a duas horas e atravessa facilmente a barreira placentária. A concentração plasmática no feto é 88% maior que na mãe. As mulheres fumadoras têm maior probabilidade de ter bebês de baixo peso ao nascimento, tendo estes menos 200 a 300 g de peso (Keegan et al., 2010; Center of Excellence for Early Childhood Development, 2012). Na atividade diagnóstico era importante perceber os hábitos tabágicos da família, considerando também a problemática dos fumadores passivos, a quantidade de cigarros consumidos, e os conhecimentos que o casal detinha acerca dos malefícios que a exposição tabágica poderia ter para o feto. Oferecíamos informação acerca dos efeitos da nicotina em adultos e no feto (ensinar sobre o uso de substâncias), encorajávamos a grávida a cessar o consumo e solicitávamos o envolvimento do companheiro neste processo. Se este também fosse fumador enfatizávamos a importância de ele também cessar o consumo. Para além disso, informamos acerca de apoios disponíveis para a cessação tabágica, existindo inclusivamente uma consulta de cessação tabágica no CHP (NICE, 2010).

O foco Capacidade para Desempenhar Atividades de Lazer (ICNP, 2011) assumia especial importância quando o tempo de internamento era longo. Em alguns casos as grávidas referiam saturação por estarem condicionadas ao mesmo espaço físico e ao facto

de as atividades de lazer oferecidas serem escassas, apenas é disponibilizada televisão. Assim a nossa atuação passava por promover atividades de lazer alternativas que pudessem ser realizadas em situação de repouso terapêutico. Foram sugeridas atividades que fossem significativas para a grávida, como: ler um livro, ouvir música, arranjar-se, usufruir de um computador portátil para comunicar com amigos e outros familiares, comunicar e envolver-se em grupos de apoio, ver filmes e séries disponíveis na internet. Telefonar a amigos e a familiares. Explorar novos passatempos como bordados, pintura ou trabalhos manuais. Executar exercícios de Kegel; executar exercícios de baixa intensidade, como respiração profunda abdominal e básculas da bacia; explorar exercícios e técnicas de relaxamento (Lowdermilk & Perry, 2008).

A ICNP define a família como uma: *“unidade social ou todo o coletivo composto por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.”* (ICNP, 2011, p. 115). Segundo Relvas (1993 cit. por Marinheiro, 2002, p. 17) a família constitui a *“gênese da saúde física e mental de toda uma vida”*. Uma mudança na estrutura familiar pode originar um momento de crise, fazendo com que a mesma estrutura se altere de forma a readquirir estabilidade. Esta crise pode ser definida como um:

“desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz” (ICNP, 2011, p. 47).

A hospitalização retira a mulher do seu ambiente familiar, alterando a convivência e a partilha emocional com os restantes membros. Para além disso, a mulher continua a ser o elemento familiar mais ligado ao planeamento e execução de tarefas domésticas, e por vezes assume responsabilidades por outros membros da família, outros filhos, familiares doentes ou idosos. Estivemos também em contacto com situações que ainda assumiam maior complexidade, por falta ou fraco suporte familiar, insuficiência económica, conflitos na relação conjugal, pela gravidez não ter sido planeada e desejada, ou por história repetida de gravidez com complicações. Segundo Cêpeda, Brito & Heitor (2005), os fatores que influenciam a ligação pais-filhos; para além dos relacionados com o bebé; são: o funcionamento familiar e a relação entre os pais e os fatores socioculturais. Tudo isto poderia comprometer a transição para a parentalidade.

Assim, para o diagnóstico de Processo familiar (ICNP, 2011) importava-nos saber: quem por norma planeia e realiza as tarefas domésticas, o tipo de relação com o

companheiro, apoio de outros familiares, a quem recorre em situações de crise, familiares a cargo, e se a família encontrou estratégias de solução. Como ações de enfermagem destacamos: explorar fontes de ajuda com a família, discutir a divisão de responsabilidades com outros membros da família, promover o envolvimento familiar, promover a comunicação familiar, promover atividades recreativas da família que incluam todos os membros.

Um dos nossos focos de atenção foi o Conhecimento (Conhecimento Sobre Saúde, Conhecimento Sobre Medicação, Conhecimento Sobre Processo Patológico, Conhecimento sobre Teste de diagnóstico e Conhecimento sobre Regime Terapêutico) indicado em cada situação. Perante o diagnóstico de Potencial para a Melhoria de Conhecimento (ICNP, 2011) desenvolvemos intervenções como: ensinar sobre saúde, ensinar sobre doença, ensinar sobre medicação, ensinar sobre o regime de tratamento, ensinar sobre teste diagnóstico, ensinar família sobre saúde, ensinar família sobre doença, ensinar família sobre regime de tratamento, ensinar família sobre teste de diagnóstico, explicar evento ou episódio, avaliar a disponibilidade para aprender, reforçar as capacidades, envolver no processo de tomada de decisão (ICNP, 2011). Esta atuação assumiu grande importância para que a utente pudesse tomar decisões esclarecidas e conscientes considerando o cuidado como um instrumento de empoderamento.

O *empowerment* ou empoderamento assume grande pertinência para a excelência do cuidar em saúde materna e para a necessidade de mudança de paradigma de cuidados. Este conceito aliado à obstetrícia baseia-se numa filosofia que coloca ênfase no respeito pela individualidade de cada mulher e na sua participação e das respetivas famílias na sua experiência perinatal. Esta abordagem de cuidados subentende a participação ativa do casal e o desenvolvimento das suas capacidades. Neste sentido, a nossa atuação passou, sobretudo, por dotar o casal de competências que lhe permitissem vivenciar todo o período desde a conceção até à concretização do papel parental, com segurança, dignidade e com todo o seu poder (Lafrance e Mailhot, 2005; Hermansson e Martensson, 2011). Esta parceria nos cuidados permite aos pais tornarem-se mais autónomos, competentes, criativos e responsáveis, no que diz respeito à sua saúde e à dos seus filhos, executando as suas novas tarefas com mestria e confiança. Ao EEESMO compete o papel de orientador e elemento de suporte.

Consideramos que os eventos transicionais adquirem diferentes significados para cada pessoa que os experiencia. Tal como refere Meleis et al. (2000), a conclusão saudável da transição é determinada pelo alcance que cada indivíduo revela na mestria de

competências e condutas necessárias para gerir a nova situação e ambiente envolvente. Desta forma, podemos afirmar que o casal grávido alcança o grau de mestria quando consegue reunir competências e desenvolvê-las de maneira a lidar da melhor forma com a nova realidade. A nossa intervenção foi no sentido de se revelar um fator promocional na adaptação à gravidez e transição para a parentalidade. Foi uma experiência significativa que constituiu uma mais-valia para a compreensão do processo de maternidade e que nos deu maior segurança, tornou-nos mais confiantes para prosseguir no período de estágio que vamos relatar no capítulo seguinte – O trabalho de parto, o nascimento e o cuidado ao casal.

2. O TRABALHO DE PARTO, NASCIMENTO E O CUIDADO AO CASAL

A gravidez, o TP e o Parto, são vivenciados de diversas formas, fruto da influência sociocultural e das particularidades de cada pessoa. Contudo, o momento do nascimento assume ser o mais significativo no processo de maternidade/paternidade, caracterizando-se por ser uma experiência familiar verdadeiramente transformadora. Freitas et al. (2011, p. 266), afirmam que:

“o parto é o momento do ciclo gravídico-puerperal em que ocorrem as mais intensas mudanças orgânicas, corporais e as emoções mais fortes (medo, ansiedade, dor, alegria, etc.), num curto período de tempo. (...) Todos estes aspetos transformam o parto num grande momento de complexidade, bem maior do que um simples procedimento de saúde”.

É no período da gravidez, que quer o casal quer o feto se preparam para o nascimento, o que implica o início da vida extrauterina para o recém-nascido e o grande desafio da maternidade/paternidade.

Segundo a OE (2010), o EEESMO cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o TP. Otimiza a saúde, garante cuidados de qualidade e minimiza os riscos à parturiente e ao RN na sua adaptação à vida extra uterina. Assim, o EEESMO assume a responsabilidade da assistência à mulher que vivencia processos de saúde/doença durante o TP e parto eutócico ou distócico, e ao RN normal ou de risco. É, também, neste período que o seu exercício profissional ganha autonomia desenvolvendo atividades diagnósticas e delineando intervenções em todas as situações de baixo risco e intervenções autónomas e interdependentes em situações de alto risco, em que estão envolvidos processos patológicos e disfuncionais do ciclo reprodutivo da mulher.

As grávidas/casais admitidas no Núcleo de Partos da MJD eram provenientes do Serviço de Urgência, do Serviço de Cuidados Especiais ou do Serviço de Consulta Externa. O local do serviço onde a grávida iria permanecer dependia do motivo de internamento: indução ou início de TP espontâneo, TP ativo, marcação de cesariana eletiva, abortamento ou complicações pós-abortamento.

O acolhimento após a chegada ao Núcleo de Partos era feito de acordo com a situação e estágio de TP. Por norma, era feita a apresentação dos profissionais que iam estar durante o TP e parto com a utente; a apresentação do serviço (instalações físicas e recursos

materiais disponíveis) e posteriormente realizávamos uma colheita de dados inicial, que consistia na recolha de informações pertinentes, tais como: identificação (nome preferido, profissão, escolaridade); dados do outro progenitor (nome, idade, profissão e contacto); dados do acompanhante, caso não fosse o outro progenitor (nome, parentesco e contacto) e antecedentes pessoais de saúde como: alergias, doenças atuais ou anteriores, cirurgias e medicação habitual; antecedentes obstétricos e, se multípara, como vivenciou os partos anteriores. Acedíamos a informação acerca da gravidez atual (vigilância da gravidez, local e número de consultas, exames e análises clínicas dos três trimestres da gravidez, sentimentos em relação à gravidez); expectativas e emoções em relação ao TP e parto; nome do RN, última refeição, tipo de alimentos ingeridos; última dejeção; sinais vitais (TA, pulso, temperatura e dor), existência de Plano de Parto; frequência em aulas de preparação para o parto e parentalidade, expectativas relativamente à alimentação do bebé, experiências anteriores de amamentação; expectativas quanto ao uso de técnicas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor e vontade de colheita de células estaminais. Era realizado o diagnóstico diferencial do foco de Potencial para o desenvolvimento de Conhecimentos sobre Trabalho de Parto (ICNP, 2011) e estabelecido um plano de cuidados individualizado ao casal. Era, também, dada informação e esclarecidas as dúvidas solicitadas pela família. A partir dos dados relevantes foram estabelecidos diagnósticos de enfermagem que permitiram a implementação de cuidados individualizados e de qualidade à parturiente e à família, de acordo com as suas escolhas e expectativas.

Um diagnóstico de Enfermagem identificado foi oportunidade de Trabalho de Parto ou Trabalho de Parto presente, dependendo do motivo da admissão (ICNP, 2011). Por TP entendem-se “os processos perinatais do organismo, desde o início da dilatação do colo até à expulsão da placenta” (ICNP, 2011, p.104). Subentende um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto até à sua expulsão para o exterior e posterior saída da placenta. Pode ser dividido em três estádios ou períodos: período de dilatação, período expulsivo e período de dequitação (Lowdermilk e Perry, 2008; ICSI, 2007).

Recontextualizamos saberes adquiridos de que o período de dilatação inicia-se com as primeiras contrações uterinas e termina com a dilatação completa do colo do útero. O período expulsivo decorre desde a dilatação completa até ao nascimento. Sendo que o nascimento é definido como o “evento ou episódio com as características específicas: parir uma criança, trazendo ao mundo um novo ser” (ICNP, 2011, p. 103). O terceiro período, isto

é a dequitação, tem lugar entre a expulsão do feto e a saída da placenta. Existem ainda autores que denominam de quarto período de TP as primeiras duas horas após o dequite (Freitas et al., 2011). O estágio de dilatação e apagamento do colo é subdividido em três fases. A primeira é a fase latente em que o colo uterino se extingue de três centímetros (cm) de espessura para 0.5 cm e dilata até os três/quatro centímetros. Durante esta fase, pode ocorrer a perda do rolhão mucoso, rutura espontânea de membranas e o início de contrações regulares com cerca de 20 minutos de intervalo. Esta fase numa nulípara poderá durar até 20 horas e numa múltipara até 14 horas (Fraser e Cooper, 2009).

A maioria das utentes que davam entrada no núcleo de Partos encontrava-se na fase latente do TP. Verificamos que havia alguma tendência para recorrer ao hospital em fases muito precoces, algumas utentes por desconhecimento da progressão do TP ou porque deixavam de se sentir seguras e confiantes em sua casa. Baston e Hall (2009) afirmam que quanto mais precoce for esta recorrência, mais antecipadamente se sentirão vulneráveis à dor e ao desconforto, sendo necessário recorrer a medicação analgésica mais cedo. Assim como, quanto mais tempo durar o internamento, haverá maior probabilidade de serem cuidadas por diferentes profissionais e maior possibilidade de receberem intervenções obstétricas desnecessárias (Porto et al., 2010). Evitar a estadia da mulher no hospital durante a primeira fase de TP diminui consideravelmente o tempo de internamento e contribui para que o segundo estágio seja mais rápido, sem contudo afetar o desfecho perinatal (Hodnett et al. 2013).

Apesar de autores como Jonge et al. (2014) referirem que as mulheres sentem-se mais seguras e satisfeitas com a sua experiência de parto quando são cuidadas em modelos de continuidade de cuidados. Nem sempre foi possível seguir todo o processo de TP até ao período expulsivo, pois a organização do trabalho era por turnos. Todavia, ao longo do estágio, sempre que possível, tentamos acompanhar o casal desde a sua admissão até ao momento da alta, já que esta atitude promove o empoderamento e contribui para um sentimento de controlo durante o TP e parto (Homer et al., 2002). As orientações da NICE (2007) vão no sentido de que todas as parturientes devem ser tratadas com respeito e devem sentir-se no controlo do que acontece à sua volta. Sabíamos que o apoio contínuo contribui para um aumento da autoestima e satisfação da parturiente; bem como para o bem-estar do bebé; na medida em que proporciona uma maior probabilidade de um TP mais reduzido, um parto vaginal espontâneo, menor probabilidade de complicações intraparto e, conseqüentemente, menor número de intervenções obstétricas de risco;

como episiotomia ou partos distócicos e menor utilização de fármacos analgésicos (Simkin e Ancheta, 2005).

A nossa atuação foi no sentido de estabelecer uma relação empática e de confiança com o casal, adotando uma postura calma; pondo em prática a escuta ativa dando importância ao tom de voz, às atitudes e às palavras utilizadas (Peate e Hamilton, 2008). Num momento tão intenso na vida do casal, o objetivo foi o de tranquilizar e de ir de encontro às suas escolhas e expectativas. A forma como o enfermeiro comunica com a mulher neste primeiro contacto, pode ser determinante na vivência de uma experiência de nascimento positiva. A progressão do TP também pode ser influenciada. Uma mulher que se sente segura, respeitada e cuidada terá um TP mais facilitado. Já um ambiente de stresse e desconfiança não promove a libertação hormonal necessária para a evolução do TP (Bruggemann, et al., 2005, Hodnett et al., 2013, Porfirio et al., 2010). Desta forma, foi dado ênfase ao foco de Conforto, Equilíbrio emocional e Conhecimento (ICNP, 2011). Assim, procuramos adequar o ambiente físico à vontade da parturiente, dentro das possibilidades do serviço, de forma a assegurar privacidade, segurança, diminuição do ruído, adequação da música, temperatura e luminosidade de acordo com as preferências. Orientamos, informamos e instruímos não só a parturiente como também o acompanhante.

A maturação cervical e a Indução do Trabalho de Parto (ITP) são intervenções que visam preparar o colo do útero e iniciar contrações artificialmente, e deverão ser postas em prática quando o término da gravidez apresenta maior benefício e menos riscos para a saúde materna e fetal do que a sua continuidade (Campos et al., 2008; American College Of Obstetricians And Gynecologists - ACOG, 2009). Pode ser feita mecanicamente ou recorrendo a fármacos. Os processos mecânicos incluem descolamento de membranas, amniotomia, entre outros. Os farmacológicos envolvem o uso de prostaglandinas (misoprostol e dinoprostona) ou ocitocina (Cunha, 2010).

O fator melhor correlacionado com a eficácia terapêutica da ITP é o grau de maturação cervical (ACOG, 2009). Desta forma, era tido em consideração o Índice de Bishop (IB), em que são determinados certos parâmetros como: dilatação, apagamento, estágio, consistência cervical, que posteriormente eram somados para acedermos à pontuação final. Se o IB fosse inferior a sete eram administradas prostaglandinas ou misoprostol (no caso de grávidas asmáticas) para maturação cervical prévia e se o IB fosse superior ou igual a sete era ministrada ocitocina.

A ocitocina era o fármaco mais utilizado na ITP, sendo também utilizado na fase ativa do TP. Visava acelerar a progressão estimulando e ritmando as contrações uterinas,

prevenir a atonia uterina no terceiro período e, conseqüente hemorragia no pós-parto imediato. Contudo está associada a complicações como: hipóxia fetal, hiperestimulação uterina, retenção urinária, descolamento prematuro de placenta, rutura uterina, lacerações e/ou edema dos tecidos do colo, entre outros. Sabíamos, porém, que está contraindicada em situações de incompatibilidade feto-pélvica, apresentação não cefálica, cicatriz uterina não segmentar, hemorragia genital com significado clínico e CTG não tranquilizador (Souza, Amorim e Porto, 2010). No que diz respeito ao uso deste fármaco pudemos observar que é feito de forma um pouco rotineira a todas as parturientes, ainda que obedecendo à história clínica e à resposta uterina e fetal, isto poderá dever-se ao facto de a maioria das mulheres que cuidamos, terem optado por analgesia via epidural.

Apesar de ser uma atividade resultante de prescrição tivemos o cuidado de confrontar o protocolo efetuado, com as orientações terapêuticas na administração de ocitocina segundo Campos et al. (2008): iniciar a perfusão endovenosa com 10 unidades de ocitocina em 1000 ml de soro glicosado a cinco por cento ao ritmo de 15 ml por hora. Após 40 minutos de perfusão aumentar o débito, de 20 em 20 minutos, a um ritmo de 15 ml por hora de acordo com a dinâmica uterina.

A nossa atuação na vigilância do bem-estar materno e fetal para garantir a segurança da administração constituiu uma preocupação constante. Pois dependia, também de uma correta e atempada interpretação da CTG. A FCF e a contratilidade uterina eram avaliadas constantemente. Na presença de hiperestimulação uterina ou alterações da FCF, a dose de perfusão era diminuída ou interrompida, até resolução do problema. O aumento da perfusão era realizado a cada 20 a 30 minutos tendo em atenção à farmacocinética da terapêutica.

Os métodos farmacológicos estão associados ao risco de atividade uterina excessiva ou desordenada e a tentativas falhadas de ITP, com resultado em sofrimento fetal por comprometimento de uma adequada perfusão sanguínea que condiciona a oxigenação fetal. Foram detetadas taquiassistolias, ou seja, mais do que cinco contrações uterinas em dez minutos. A nossa atuação passou por evitar a hipoxia fetal, já que a hiperestimulação uterina pode levar a desacelerações repetitivas, prolongadas, graves e diminuição da variabilidade (Freitas et al., 2011). Era suspensa a administração do fármaco, a parturiente era colocada em decúbito lateral esquerdo. Em alguns casos de acordo com a prescrição, foi administrada oxigenoterapia e soroterapia. Quando estas medidas não eram eficazes recorria-se à tocólise através de salbutamol com vigilância da frequência cardíaca materna ou atosiban. Era administrado soro glicosado a cinco por cento em casos de baixa

variabilidade. Em situações que não se conseguiu reverter, por indicação médica, às utentes foi feita a preparação pré operatória para serem submetidas a cesarianas emergentes.

Perante casos de Maturação Cervical ou ITP, os focos de Enfermagem encontrados foram o de Conhecimento e Consciencialização sobre a situação atual (ICNP, 2011). Para o diagnóstico, avaliamos os conhecimentos do casal relativamente aos critérios para ITP e o plano terapêutico associado. As intervenções foram adaptadas ao casal e às suas necessidades e visavam dotar o casal de conhecimentos para tornar possível a tomada de decisão esclarecida. Assim, fornecemos informação acerca da necessidade ou os critérios presentes para ITP; dos riscos e benefícios associados à administração dos medicamentos; do plano terapêutico como: necessidade de colocação de cateter venoso periférico, a monitorização cardiotocográfica contínua, durante pelo menos duas horas, repouso no leito pelo menos durante duas horas, após a aplicação de agente farmacológico para maturação cervical. Ao longo do procedimento informamos o casal acerca da sua evolução e eficácia.

Também nesta fase o foco Ligação mãe/pai-filho (ICNP, 2011), já descrito anteriormente, mereceu a nossa atenção. Foram planeados cuidados com o objetivo de potenciar o desenvolvimento da ligação. Assim, eram postas em prática intervenções ao longo do TP e parto como: informar sobre a avaliação do bem-estar fetal, tratar o feto pelo nome escolhido pelo casal, envolver o casal na identificação dos movimento fetais, informar sobre os cuidados que são prestados ao RN após o nascimento e informar sobre as características do RN.

O conceito de *empowerment* ou empoderamento foi fundamental na nossa prática, ao prestar cuidados transicionais a casais grávidos. A evidência científica demonstra benefícios evidentes na adoção de práticas que contribuem positivamente para o desenvolvimento do empoderamento do casal havendo uma relação direta entre o desenvolvimento do empoderamento e a perceção positiva das experiências de TP e parto (Leão et al., 2013; Premberg et al., 2012; Pereira e Bento, 2011; Nilsson et al., 2013).

O plano de nascimento é um documento elaborado pela grávida ou casal, demonstrando as suas vontades e preferências durante o TP e no momento do nascimento. Este sempre que possível seria respeitado, por considerarmos que poderia ser um bom instrumento para contribuir para a humanização do parto e empoderamento do casal, guiando a nossa prática como profissionais, e adaptando-as sempre que necessário.

Sodré et al. (2010, p. 459) afirmam que:

“o reconhecimento da individualidade da mulher e a perceção de suas necessidades fazem parte da ação humanizada e geram relações menos

desiguais e menos autoritárias. Com base em prática ética e fundamentada em evidências, o parto deve ser considerado como fenômeno fisiológico no qual a mulher se insere como condutora do processo”.

Porém, nenhum dos casais que teve oportunidade de cuidar tinha elaborado este documento apesar de alguns terem conhecimento de que o poderiam fazer. Quando questionados acerca do assunto, alguns afirmavam que não o tinham realizado porque consideravam que poderiam ir informando a equipa do que pretendiam nos momentos em questão. Outras referiam que tinham algum receio de ser mal interpretados, outros ainda, desconheciam este documento. A estratégia utilizada nestas situações foi de ir questionando o casal acerca dos seus desejos e expectativas em relação a várias questões associadas ao TP e parto, por forma a individualizar os cuidados. Neste sentido, a nossa atuação na assistência ao casal tinha como objetivo principal o empoderamento, dotando o casal de competências que lhe permitissem participar de forma ativa, discutindo e decidindo acerca dos cuidados prestados durante o TP e o nascimento.

Para além de considerar os aspetos psicossociais inerentes ao processo de parto era nossa competência a correta avaliação da progressão. A fase ativa de TP inicia-se quando o colo apresenta cerca de quatro a cinco centímetros de dilatação, há aumento da contractilidade uterina em ritmo e intensidade. A descida da apresentação fetal é uma das causas da dilatação (Fraser e Cooper, 2009). Nesta fase do TP, a parturiente e o respetivo acompanhante davam entrada na sala de partos individualizada. Atendendo ao foco de Conforto (ICNP, 2011) era feita a apresentação do espaço físico e dos recursos materiais disponíveis, regulada a intensidade da luz, temperatura e incluída a presença de música se o casal o desejasse.

Pudemos constatar que a forma como cada família vivencia o TP, é única. Daí que as nossas intervenções fossem direcionadas a cada casal. Era comum as parturientes e acompanhantes demonstrarem ansiedades e receios. Após o diagnóstico diferencial apercebemo-nos que isso se devia fundamentalmente ao conhecimento sobre o TP e ao Conhecimento sobre procedimentos praticados pelos profissionais (ICNP, 2011) insuficientes, assim como inseguranças quanto ao bem-estar materno-fetal. As nossas intervenções foram no sentido de aumentar o conhecimento, dando informações acerca da progressão do TP e bem-estar materno e fetal. Foram valorizadas as queixas das grávidas e reconhecidos os seus esforços, depois de estabelecido o diagnóstico de Dor (ICNP, 2011) e sugeridas medidas de alívio que se adequassem à intensidade e que fossem da preferência da mulher.

A parturiente vivencia uma “sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada a contrações do útero e à dilatação cervical que ocorre durante o trabalho de parto” (ICNP, 2011, p. 50). A contração dolorosa é um sinal sugestivo de início de TP. A dor tem uma associação bíblica, desde os primórdios da humanidade, de que “parir é ter dor”, este é um fenómeno considerado como complexo desagradável, em que existe envolvimento da dimensão sensorial, emocional e cognitiva (Lowdermilk e Perry, 2008; Veringa et al., 2011). No primeiro período está associada principalmente às contrações uterinas, à dilatação do colo uterino e à distensão do segmento inferior. No segundo estágio, crescem os estímulos provocados pela pressão do feto sobre as estruturas pélvicas, pela distensão do canal de parto e pela tração da saída do feto. Tem origem em áreas de enervação dos nervos pudendo (Graça, 2010).

Veringa et al. (2011) afirmam que a dor de TP é descrita como sendo das mais severas. Contudo, sendo o TP um fenómeno fisiológico seria espectável que todas as mulheres conseguissem vivenciar de forma semelhante. Todavia, o que se verifica é que a forma como as mulheres reagem à dor é muito variável, tal como varia a sua percepção e limiar, de cultura para cultura. A dimensão cognitiva da dor, o significado que as mulheres lhe atribuem, bem como o facto de ter conseguido ou não lidar com o controlo da dor desempenha um papel fundamental na percepção da experiência do parto. Na nossa realidade não é frequente a associação do TP a algo fisiológico que a mulher é capaz de suportar (Branden, 2000 cit. por Macedo et al., 2005). Assim, no âmbito da Gestão farmacológica e/ou não farmacológica da dor no TP (ICNP, 2011) coube-nos na avaliação e intervenção considerar toda a dimensão deste fenómeno e encontrar o método de alívio da dor que melhor se adequasse, tendo em conta as preferências individuais de cada mulher.

Atualmente existe um leque variado de métodos de alívio da dor, farmacológicos ou não farmacológicos que podem ser combinados para atenuar a dor e o stress. É de salientar que a utilização de métodos farmacológicos isolados não se mostra capaz de gerir a dor tendo em conta a sua multidimensionalidade (Gayeski e Bruggemann, 2010). Após o processo de diagnóstico foram implementadas intervenções no âmbito da gestão da dor de TP. Durante o TP era questionada a intensidade da dor, através da escala analógica da dor, bem como as expectativas das parturientes quanto ao tipo de método de alívio utilizado. Mediante a dor percebida pela parturiente e a fase de TP em que esta se encontrasse, foi possível disponibilizarmos a associação de métodos farmacológicos e não farmacológicos, de acordo com as preferências da parturiente.

Os métodos não farmacológicos podem reduzir a percepção dolorosa do TP e podem incluir: acupuntura, aromaterapia, hidroterapia (o banho de aspersão e de imersão) homeopatia, aplicações magnéticas (como a electroestimulação transcutânea), massagem, o uso da bola suíça também conhecida como bola de Bobath ou bola de nascimento, entre outros (Silva et al., 2013, Davim et al., 2007; Sescato, et al., 2008; Gayeski e Brüggemann, 2010). Muitos deles não necessitam de equipamentos sofisticados na sua aplicação. Destas, foram sugeridas medidas passíveis de serem efetuadas no serviço em questão como: hidroterapia, utilização da bola de nascimento, técnicas respiratórias, massagem nos locais de dor e deambulação.

A utilização de hidroterapia durante o TP está associada ao aumento do relaxamento, maior conforto e menor percepção de dor. As mulheres que usam este método necessitam menos de analgesia, têm menor duração do TP e menos incidência de episiotomia. As vantagens da imersão incluem: aumento do diâmetro funcional da pelve, aumento da qualidade das contrações, maior libertação de endorfinas, menor utilização de opiáceos, incentiva a mobilidade durante o TP e a adoção de posições alternativas no período expulsivo (Mollamahmutoglu et al., 2012). Não sendo possível fazer imersão, as parturientes eram encorajadas a fazer duches, à colocação do chuveiro na região lombar, alternando água quente com fria. Por vezes combinávamos este método com o uso da bola de nascimento. A bola de Bobath é instrumento utilizado para promover a mobilização da pelve promovendo o ajuste fetal e a sua progressão ao longo do canal de parto, reduzindo o tempo de TP (Gau et al., 2011).

Relativamente às técnicas respiratórias, eram utilizadas como método de distração da dor, reduzindo a sua percepção, aquando das contrações uterinas. Era explicada esta técnica de modo a evitar a hiperventilação (Silva et al., 2013).

A massagem revela ser eficaz no alívio da ansiedade, do stresse e da dor; embora o seu efeito seja mais eficaz na fase latente (Gayeski e Brüggemann, 2010). Esta técnica favorece o alívio das tensões, minimizando o desconforto provocado pela dor do parto (Silva, et al., 2013). Foi promovido o envolvimento do acompanhante no sentido de participar nas medidas de alívio utilizadas e incentivando-o ao suporte emocional da parturiente.

Não só tendo em consideração o foco de Conforto mas também o foco de TP (ICNP, 2011) importou-nos refletir acerca da imobilidade a que a maioria das nossas clientes estavam sujeitas. Já que a imobilidade pode dificultar o encravamento e descida da apresentação através do canal de parto. A deambulação, a posição vertical e a adoção de diferentes posições influenciam positivamente os processos fisiológicos materno-fetais, a

progressão do TP e a qualidade das contrações uterinas (Nogueira, 2012). A liberdade de movimentos reduz em cerca de uma hora o primeiro período de TP, o risco de cesariana, a necessidade de analgesia epidural e não se associa ao aumento de intervenções ou efeitos negativos para a mãe ou feto (Lawrence et al., 2013). As parturientes foram incentivadas a deambular se não houvesse contraindicação para tal. A deambulação está contraindicada em situações de rutura de membranas e apresentação fetal não encravada, pelo risco de prolapso do cordão umbilical; e no caso de analgesia por via epidural, pelo risco de queda associado (Berghella, Baxter e Chauan, 2008). Nestas situações, as intervenções implementadas passavam por informar o casal acerca dos possíveis efeitos da imobilidade, incentivar as mudanças de decúbito frequentes e de exercícios de básculas da bacia. Estas medidas, foram um recurso utilizado também para minimizar a dor e aumentar a satisfação materna proporcionando uma experiência mais positiva do parto (Gau et al., 2011).

A analgesia por via epidural é considerada o método de alívio farmacológico da dor de TP preferencial e mais eficaz, estando associada a menores efeitos colaterais sobre a fisiologia materna e fetal. Contudo, as suas implicações ainda não estão totalmente esclarecidas. Numa revisão sistemática da Cochrane sobre analgesia de parto foi comparada a analgesia por via epidural com a não-peridural (geralmente meperidina) ou ausência de analgesia durante o TP. O uso de analgesia por via epidural esteve associado ao alívio significativo da dor, mas também ao aumento da duração da segunda fase do TP, a maior necessidade de administração de ocitocina e a maior incidência de parto instrumentado. A duração do primeiro estadio do TP foi maior no grupo que recebeu analgesia por via epidural, contudo, essa diferença não foi estatisticamente significativa. Não se verificou aumento do risco de cesariana, cefaleia e scores de apgar menores que sete ao quinto minuto, e a satisfação materna foi inalterada (Anim-Somuah et al., 2011). Todavia, existe necessidade de débitos de perfusão de ocitocina maiores, para manter a média da duração de um TP normal. Isto deve-se ao aumento da perfusão de fluidos endovenosos e, por isso diminuição da concentração de ocitocina no sangue após a administração da medicação analgésica, por haver grande risco de hipotensão materna, e consequentemente hipoperfusão placentária (Graça, 2010).

Esta foi a técnica de alívio da dor mais utilizada, de todos os partos que assistimos apenas uma das parturientes não utilizou esta técnica. De acordo com as guidelines da NICE (2007) antes de escolher a analgesia epidural, as mulheres devem ser informadas sobre os riscos, benefícios e as implicações para o seu TP. Para além disto, explicávamos o procedimento bem como as intervenções de enfermagem que iriam decorrer pelo recurso

à analgesia epidural. Procedíamos ao exame pélvico para avaliar as condições do colo, a dilatação, extinção e se o colo estava ou não centrado. Se a utente ainda não estivesse numa das boxes era transferida e contactada a equipa de anestesia. A parturiente era cateterizada se ainda não tivesse um acesso venoso periférico. Preparávamos a mesa com o material necessário. Era explicado cada um dos passos do procedimento, o efeito esperado da medicação e obtido o consentimento informado. A utente era posicionada, sentada ou em decúbito lateral com as pernas junto ao abdómen, contrariando a curvatura lombar. Explicávamos a importância da restrição de movimentos durante a colocação do cateter, que deveria avisar quando estivesse desconfortável ou com contrações uterinas, bem como as técnicas respiratórias que poderia utilizar. Colaborávamos durante o procedimento e, posteriormente na sua vigilância.

Depois de colocado o cateter epidural era iniciada uma perfusão da medicação analgésica (geralmente uma associação entre Ropivacaína e Sufentanil). Tendo em conta efeitos adversos como hipotensão, tonturas, tremores, retenção urinária, prurido, analgesia incompleta ou hipertermia (Mousa, Metwalli e Mostafa, 2012) eram monitorizados os sinais vitais, colocado em perfusão Lactato de Ringer ou Soro Fisiológico (no caso de parturientes diabéticas) para preenchimento da volémia e monitorizado o bem-estar fetal através de CTG. As parturientes foram estimuladas a urinar espontaneamente (de duas em duas horas) caso a parturiente não tivesse uma micção espontânea procedia-se à algaliação para esvaziamento vesical.

A escolha do método de alívio da dor subentende o conhecimento e domínio dos mesmos e também um conhecimento sobre as preferências da parturiente. O seu uso é flexível, isto é, muitas vezes os métodos não farmacológicos foram combinados entre si e com métodos farmacológicos com vista ao controlo da ansiedade e gestão da dor eficazes; considerando a individualidade de cada mulher.

Conforme referido anteriormente, durante o estágio pudemos observar que poucas mulheres optaram por não recorrer a esta forma de analgesia. A única situação vivenciada em que não houve recurso a este método dizia respeito a um casal cuja perspetiva e filosofia de vida privilegiou a oportunidade de poder ter um parto o mais natural possível. Tentamos atender ao máximo às expectativas deste casal e foi possível corresponder às suas expectativas acompanhando de perto neste processo de parto natural. Aquando da admissão a parturiente encontrava-se numa fase ativa de TP. Foram implementadas todas as medidas não farmacológicas de controlo da dor que estavam à nossa disposição (hidroterapia com recurso ao duche, deambulação, massagem, uso da bola de parto). O

apoio contínuo assumiu grande relevância para o controlo da ansiedade e gestão da dor eficazes. O período expulsivo foi curto, sendo que os esforços expulsivos foram eficazes e o períneo manteve-se íntegro. Foi uma experiência muito gratificante para nós que assistimos este parto, mas foi, sobretudo gratificante partilhar a felicidade e a satisfação deste casal.

Esta experiência foi muito positiva porque nos permitiu ter uma atuação diferente, perante uma mulher que era realmente dona do seu corpo e do seu parto. Permitiu perceber também, que atualmente há grande tendência para a medicalização do parto e que a opção deste casal pode ser respeitada e valorizada por todos os profissionais. A NICE (2007) afirma que os profissionais de saúde devem ter em consideração que os seus valores e crenças afetam as suas atitudes perante a dor e assegurar que os seus cuidados suportam a escolha da mulher. Todavia, a nossa prática pautou-se sempre pela humanização e pelo princípio dos cuidados individualizados que implicou o reconhecimento das diferenças, e o respeito pela sua singularidade.

“Segundo o modelo holístico de assistência ao parto, humanizar o parto, é respeitar e criar condições para que todas as dimensões, espirituais, psicológicas e biológicas do ser humano sejam atendidas. O termo humanização foi atribuído com a premissa de melhorar as condições da assistência (...) e que o profissional privilegie o que ouviu e a mulher descreveu sentir para que a assistência seja eficiente” (Silva 2012, p. 32).

O casal verbalizou grande satisfação na vivência deste nascimento, afirmando que os nossos cuidados contribuíram para tornar esta realidade de felicidade possível.

A avaliação tocológica é o método mais utilizado para a avaliação da progressão do TP, através do qual obtemos informações quanto à integridade das membranas, características do LA (cor, cheiro e quantidade), quanto ao colo uterino (posição, consistência, dilatação e extinção) e quanto à estática fetal (apresentação, descida, situação, posição, variedade e atitude). Esta foi uma das intervenções postas em prática no âmbito do foco Trabalho de Parto (ICN, 2011). Antes deste procedimento era necessária uma explicação à mulher do objetivo da sua realização e o seu consentimento. Esta atuação minimizava o stress e desconforto associados ao exame. Deve ser realizado em situações específicas como: admissão da parturiente, contratilidade uterina alterada, quando a mulher refere pressão na região perineal ou vontade de efetuar esforços expulsivos, quando surge rutura de membranas ou quando se observam desacelerações variáveis da FCF (Lowdermilk e Perry, 2008). O posicionamento mais adequado é em decúbito dorsal com os joelhos fletidos e

afastados e com as plantas dos pés unidas (Davis, 2012). Utilizávamos uma luva esterilizada e lubrificada com gel e higienizávamos o períneo. Após a avaliação comunicava o resultado à utente e procedia aos respetivos registos no partograma e no aplicativo SAPE^R. O principal desafio era fazer uma avaliação o mais completa possível no menor espaço de tempo.

Relativamente a esta técnica, que a maioria das mulheres descreve como muito desconfortável estando associada a riscos, parece-nos que era praticada excessivamente e como tal, tivemos sempre por objetivo praticá-la de forma adequada. Tanto mais que a presença de alunos contribui para esta realidade. Pude constatar que a equipa médica em muitas situações efetuava o toque vaginal após o EEESMO o ter feito e registado. A NICE (2007) recomenda que o número de toques vaginais deve limitar-se ao estritamente necessário. Durante o primeiro período de TP, geralmente um a cada duas horas e na fase ativa de TP no máximo um por hora. Sugerem ainda, algumas técnicas menos invasivas tais como a palpação abdominal, a interpretação do comportamento e dos sons maternos e a observação de alterações do seu corpo. Durante o estágio este método foi sempre utilizado havendo sinais que demonstrassem a sua necessidade.

O partograma era a ferramenta de trabalho utilizada para representar graficamente a progressão do TP. É recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), permite uma avaliação adequada contribuindo para a diminuição de partos com duração superior a 18 horas, do uso de ocitocina, da taxa de infeção pós-parto, da taxa de cesarianas e aumenta o número de partos espontâneos (FAME, 2008). No documento de consenso “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada” o recurso ao partograma é considerado uma prática promotora do parto normal (Leite et al., 2012). Nele registávamos informações como: dilatação e extinção do colo, integridade de membranas, características do LA, a apresentação, o plano de Hodge, a dinâmica uterina, a FCF, os fármacos utilizados, TA, pulso, temperatura, dor e outros dados que fossem relevantes. Realizava-se o registo gráfico da progressão do TP, através das curvas de Friedman, sendo um recurso muito válido para aferir a progressão do TP e a sua duração. Este documento começava a ser preenchido quando o casal dava entrada no serviço e terminava quando a utente e RN eram transferidos para o puerpério.

Os nossos cuidados tiveram em consideração o diagnóstico de Suscetibilidade à Infeção (ICNP, 2011), já que as práticas profissionais, o contexto hospitalar e o parto são, só por si facilitadores de processos infecciosos. Como tal, tivemos sempre em atenção a assépsia recomendada na manipulação de catéteres (epidural, venoso periférico, urinário),

durante o parto, ou outras intervenções (episiotomia, episiorrafia). Tendo em conta o Risco de Infecção do RN (ICNP, 2011) realizávamos a profilaxia intraparto para EGB em gestantes colonizadas ou quando a cultura não tinha sido realizada no pré-natal, através da administração de ampicilina dois gramas por via endovenosa, seguindo-se um grama de quatro em quatro horas até ao parto, visto que esta intervenção reduz significativamente o risco de sépsis neonatal precoce por EGB (Smaill, 2010). Assim como, utilizávamos lençóis esterilizados para a receber e secar o RN.

Identificar quais práticas poderiam aumentar a suscetibilidade da mulher e RN à infecção, foi uma das preocupações constantes. A realização de enema é uma intervenção defendida por alguns profissionais, por considerarem que diminui a incidência de Infecção materna e neonatal e promove a progressão do TP. Contudo, não existe evidência que demonstre benefícios na utilização de enemas (Berghella, Baxter e Chauhan, 2008; Fraser e Cooper, 2009; FAME, 2008; Reveiz et al., 2013). A sua utilização não promove a progressão do TP e por outro lado, a saída de fezes líquidas poderá aumentar o risco de infecção. Aquando da admissão era questionada a utente acerca da sua preferência. A algumas utentes foram administrados dois microclisteres de forma a promover o esvaziamento intestinal se não tivessem tido dejeções nas últimas 24 horas.

A amniotomia era uma intervenção frequente na assistência à parturiente com o objetivo de induzir ou acelerar o TP. Todavia, a amniotomia não é uma prática recomendada por rotina, já que acarreta riscos maternos e fetais por se associar a infecção, para além disto a sua realização não é preditiva do tempo de duração do TP (NICE, 2007; Smyth, Markham e Dowswell, 2013). No entanto, existem autores que demonstram que a rutura artificial de membranas reduz significativamente a duração do TP não havendo efeitos prejudiciais para a mãe ou para o feto e sem interferir com o tipo de parto (Bellad, Kamal e Rajehwari, 2010). Davis (2012) afirma que a realização da amniotomia está indicada em situações em que se observe um atraso na descida da apresentação aos sete a oito centímetros, que esteja relacionado com a presença de membranas muito espessas e tensas ou pela manutenção de uma bolsa de líquido no pólo inferior. Assim, cada situação particular era avaliada, ponderando o risco e o benefício da nossa atuação e dada a controvérsia e o perigo decorrente de infecção só realizávamos como atividade resultante de prescrição.

Durante o estágio tivemos a oportunidade de efetuar esta técnica em determinadas situações como a colocação do elétrico de Análise Automatizada do Segmento ST (STAN), por exemplo. Através do exame pélvico eram confirmadas as condições essenciais para a

realização deste procedimento, como: apresentação fetal bem apoiada (apresentação fetal com o diâmetro biparietal ao nível do III plano de Hodge) e franca progressão do TP. A parturiente era informada sobre a técnica e os motivos porque a considerávamos necessária e solicitávamos o seu consentimento informado.

A vigilância do bem-estar materno fetal e da progressão do TP insere-se nas atividades de exercício profissional autónomas para identificar, tomar decisões e executar os cuidados de enfermagem adequados, no âmbito do foco de TP (ICN, 2011). A CTG permite a monitorização da FCF e da contractilidade uterina simultaneamente, permitindo a avaliação da variabilidade e a deteção precoce de padrões periódicos na FCF; ou padrões anormais de contractilidade, sendo um recurso que nos fornece dados importantes acerca do bem-estar de ambos e da evolução do TP. Os dados obtidos durante a monitorização exigiam juízo clínico e tomadas de decisão (OE, 2010).

A CTG pode realizar-se durante o TP de forma intermitente ou contínua, sendo a contínua a forma mais utilizada na maioria dos hospitais. Esta forma permite a vigilância de várias parturientes por uma só enfermeira; a avaliação da variabilidade fetal; o registo contínuo de contractilidade uterina em simultâneo com a FCF e permite rever todo o comportamento da FCF ao longo do TP. Por outro lado, a mobilidade da utente é menor podendo alterar a progressão do TP. Apesar do uso de CTG ser uma mais-valia, já que permite uma deteção precoce de hipoxia fetal; o seu uso está associado ao aumento do risco de intervenções, sobretudo a cesariana, devido aos resultados falso-positivos que indicam comprometimento fetal quando este não existe (Alfirevic, Devane et Gyte, 2010). A monitorização intermitente poderá ser mais recomendável em qualquer fase de TP considerado de baixo risco, por permitir a mobilidade da parturiente. Um estudo de revisão sistemática com meta-análise demonstra que a monitorização contínua durante todo o TP não apresenta benefícios significativos comparativamente com a intermitente para o RN aumentando significativamente a taxa de cesariana e de partos vaginais instrumentados (Alfirevic, Devane et Gyte, 2010). Sempre que se preveja ou surja um fator de risco a auscultação intermitente deve ser substituída pela monitorização contínua. Os fatores de risco nos quais é indicada a monitorização fetal eletrónica contínua são: cesariana anterior, pré-eclâmpsia, gravidez pós-termo; rutura de membranas prolongada; TP induzido; diabetes; hemorragia anteparto, outra doença médica materna; restrição do crescimento fetal, prematuridade, oligohidrâmnios, gestações múltiplas, LA meconial significativo e apresentação pélvica. Os fatores de risco intraparto são: uso de ocitocina, analgesia por via epidural; temperatura materna de 37,5° Celsius em duas ocasiões, com duas horas de

intervalo, ou temperatura superior a 38° Celsius; hemorragia vaginal; e a pedido materno (FAME, 2008; NICE, 2014). A monitorização fetal contínua através de CTG, durante e após a amniotomia, era feita de acordo com o protocolo da MJD. Nos restantes casos era incentivada a deambulação e preconizada a liberdade de movimentos. A monitorização era efetuada de forma intermitente por períodos de pelo menos 20 minutos a cada duas horas.

A interpretação e leitura correta do traçado era considerada determinante na prevenção de eventos adversos. Foi fundamental desenvolver e aperfeiçoar competências no âmbito da monitorização e interpretação da CTG. Concretamente, queríamos perceber quais os dados que classificam os traçados em normais, tranquilizadores, suspeitos ou não tranquilizadores. Os dados que classificam um traçado como normal são: a variabilidade longa maior que cinco batimentos por minuto (bpm) na maior parte do traçado; a FCF basal que deve ser entre os 110-160 bpm; a presença de pelo menos duas acelerações em 50 minutos de traçado e não haver desacelerações excetuando esporádicas, duas ou menos em 50 minutos e menores de dois minutos. Considera-se um traçado suspeito aquele em que há a presença de um ou mais indicadores que não obedecem aos critérios de normalidade estimados como: a variabilidade curta inferior a cinco bpm, por mais de 60 minutos na ausência de medicação que possa alterar a variabilidade da FCF fetal; variabilidade curta diminuída (como padrões de FCF sinusoidal ou pseudo-sinusoidal); desacelerações repetitivas que ocupam mais de 50% do traçado com variabilidade longa reduzida e desacelerações prolongadas (ACOG, 2005; Ayres-de-Campos e Bernardes, 2010).

Em algumas situações foi necessária a utilização da STAN, técnica que foi desenvolvida para avaliar e quantificar alterações do eletrocardiograma fetal quando os traçados CTG são considerados não tranquilizadores. O conceito STAN tem como base a capacidade única do intervalo ST para refletir a função do miocárdio fetal durante testes de stresse isto é, fornece informação contínua sobre a capacidade do feto em responder ao stresse e à tensão do parto, pelo que os resultados ST específicos devem ser utilizados em conjunto com a CTG. Na existência de alterações na CTG, a análise de formas de ondas ST fornece informação detalhada acerca da severidade do stresse dando diretrizes clínicas e recomendações para a ação clínica. É apenas válido para um feto com mais de 36 semanas (Sundstrom, Rosen & Rosen, 2006). A colheita do sinal é feita através da colocação de um elétrodo espiral modificado no escalpe fetal. O auxílio na sua colocação faz parte das intervenções do EEESMO, sendo que nos foi possível auxiliar no procedimento. Quando as diretrizes indicavam uma situação adversa tentava-se identificar a causa para uma possível resolução; contudo na maioria dos casos, era decidida uma intervenção cirúrgica.

No que diz respeito à tocografia, apenas a monitorização interna permite uma medição da intensidade das contrações uterinas. A monitorização externa mede apenas de forma precisa a frequência e a duração das contrações. Assim, o critério da intensidade da contratilidade analisada pela tocografia não deve ser tomado em consideração para iniciar ou suspender a perfusão de ocitocina, sendo contudo, o que se verifica na prática (Montenegro e Rezende Filho, 2013).

Relativamente à hidratação e nutrição as opiniões são divergentes. Alguns profissionais de saúde defendem o jejum devido à possibilidade de aspiração de conteúdo gástrico, síndrome de Mendelson, numa possível realização de cesariana sob anestesia geral. Todavia, na maioria dos casos que observamos em que houve necessidade de realização de cesariana, a anestesia geral não foi utilizada. Assim, não há evidência científica que sustente o jejum em TP pelo risco de aspiração (FAME, 2008). As orientações da NICE (2007) sugerem que na primeira fase do TP, o mais recomendável é a ingestão de bebidas isotónicas e alimentos pobres em resíduos como sumo de maçã, fruta fresca, iogurtes, entre outros. Devem ser ingeridas pequenas quantidades em intervalos frequentes. O jejum só será indicado se houver a probabilidade iminente de uma cesariana ou de uma anestesia geral. Durante a fase ativa do TP e parto a alimentação deve ser à base de líquidos claros (Cunningham et al., 2011). Em fases mais precoces eram oferecidas refeições ligeiras (chá e bolachas), contudo posteriormente, em quase todas as situações, era colocado soro Glicosado a cinco por cento ou Polieltrólítico com Glicose, através de veia periférica.

A perfusão de líquidos durante o TP é uma prática hospitalar muito comum na assistência à parturiente, com o intuito de prevenir a hipoglicemia neonatal, devido ao facto do jejum materno. Contudo, os estudos demonstram que a perfusão de glicose pode levar a hiperglicemia materna e conseqüente aumento da produção de insulina, o que pode originar hipoglicemias neonatais, não demonstrando benefícios (Cerri et al., 2000). Por outro lado, o uso de soluções salinas endovenosas, por haver risco de hipotensão relacionada com a utilização de analgesia pela via epidural deve ser cauteloso, já que pode provocar hipernatrémia, tanto materna como fetal, podendo causar taquipneia transitória do RN (FAME, 2008). Para além disso, Dawood et al. (2013) numa revisão da Cochrane, demonstraram que não há evidência suficiente que sustente a administração de fluidos intravenosos para reduzir a duração do TP.

Outro foco de atenção por nós considerado durante o cuidado à parturiente foi o Risco de Retenção Urinária, por este se associar ao TP e por a maioria das mulheres cuidadas

optaram por analgesia epidural, o que pode diminuir a percepção do volume vesical. Assim procedemos à avaliação diagnóstica do Conhecimento sobre Retenção Urinária no TP (ICNP, 2011), planejando cuidados e estabelecendo intervenções adequadas a cada situação, das quais destacamos: informar sobre os movimentos cardinais do TP; informar que a distensão da bexiga poderá ser um obstáculo à descida do feto, informar que um volume vesical excessivo pode influenciar a eficácia das contrações uterinas ou afetar a tonicidade do músculo liso, incentivar a eliminação urinária pelo menos a cada duas horas; promover a colocação das mãos em água ou ouvir o som da água para promover a micção espontânea (Baston & Hall, 2009; NICE, 2014).

Também o foco de Perfusão de Tecidos (ICNP, 2011) assumiu grande relevância tendo em conta que maioria das nossas utentes estavam confinadas ao leito por estarem sob analgesia via epidural. As nossas intervenções passaram por informar a utente que deveria alternar de decúbitos frequentemente, evitar o decúbito dorsal já que este poderá comprometer a perfusão uteroplacentária. E ainda que, o mais adequado será o decúbito lateral esquerdo (World Health Organisation, 2003). Era também monitorizada a TA com o objetivo de prevenir a hipotensão decorrente da analgesia epidural.

O conhecimento sobre o mecanismo de parto permitiu a monitorização mais correta da evolução do mesmo, da dor que lhe é associada, bem como das intervenções que se devem seguir. “A mecânica do parto consiste numa combinação de movimentos que se conjugam harmoniosamente”. No estreito superior da bacia ocorre o encravamento da cabeça, ou seja a passagem do maior transverso de apresentação fetal. Pode ocorrer nas últimas semanas de gravidez, embora também possa surgir durante o TP. Seguidamente há a descida que resulta de várias forças: da pressão do LA enquanto as membranas estão intactas, da pressão do fundo uterino sobre a pelve e das contrações uterinas. A flexão ocorre quando o polo fetal cefálico encontra a resistência oferecida pelo colo uterino ou pelo canal de parto. O mento aproxima-se da face anterior do tórax para que haja o menor diâmetro possível. Posteriormente, inicia-se rotação interna ao nível das espinhas isquiáticas. O diâmetro sagital coincide com o diâmetro ântero-posterior. A extensão ocorre quando o polo fetal atinge a vulva. Após a expulsão da cabeça ocorre rotação externa ou restituição, em que o diâmetro sagital se coloca na posição transversa, possibilitando a saída do ombro anterior seguido do posterior. A expulsão do tronco e pernas ocorre num movimento de flexão lateral em direção à sínfise púbica (Graça, 2010, p. 320-328).

O período expulsivo inicia-se com a dilatação completa e termina com o nascimento. É precedido pela fase de transição entre o momento em que se obtém dilatação completa e a

altura em que surge a vontade efetiva de puxar – Reflexo de Ferguson. Este reflexo é uma reação neuro-endócrina e refere-se ao desejo de expulsar ou sensação de puxo, que começa a ser sentido pela parturiente à medida que a cabeça do feto progride estimulando os recetores de estiramento localizados na parte posterior da vagina, havendo maior libertação de ocitocina endógena (Oliveira, 2003). Os sinais que indicam o início do período expulsivo são: contrações mais longas, distensão da vulva, dilatação do esfíncter anal externo, visualização da apresentação na vagina e a vontade urgente de puxar. A duração deste período é determinada por fatores maternos e fetais, sendo que, preditivamente, a sua duração média é de quarenta e cinco a sessenta minutos em primíparas e de quinze a vinte minutos em múltíparas (Baston e Hall, 2009; Lowdermilk e Perry, 2008).

À medida que o TP progredia íamos vigiando a descida da apresentação e o plano de Hodge. A FCF e a contratilidade uterina eram avaliadas constantemente através do CTG. Se a apresentação ainda se encontrasse no I plano de Hodge recomendava-se a rotação externa da anca (unindo as plantas dos pés uma na outra e direcionando os calcanhares para as nádegas, por exemplo) ampliando o estreito superior da bacia, facilitando, desta forma, o encravamento da apresentação fetal. A mulher era também aconselhada a mobilizar a bacia no intervalo das contrações para facilitar e direcionar a descida do bebé. A partir do momento em que a apresentação fetal se encontrava totalmente encaixada na pélvis, era sugerido à parturiente que se colocasse com os joelhos unidos, os calcanhares afastados entre si e próximos das nádegas ou de lado com o apoio de uma das pernas, a maior parte das vezes já que estavam sob analgesia epidural (Calais-German e Pares, 2010).

Quando a apresentação se encontrava encravada no canal de parto começava a descida e, posteriormente movimentos cardinais de flexão, rotação interna, extensão e rotação externa, eram frequentes desacelerações precoces mas de fácil recuperação após a contração. Estes eventos associam-se à compressão da cabeça ou do cordão umbilical ou, ainda à alteração da perfusão placentária. Contudo, não sendo acompanhadas de outros sinais de sofrimento fetal, não são significativas e como tal, devem ser evitadas intervenções desnecessárias (Fraser e Cooper, 2009).

Tendo em conta o foco de Enfermagem de Fadiga (ICNP, 2011) tentamos perceber qual a forma de atuação mais adequada para que o tempo de duração deste período não fosse prolongado (conduzindo a partos distócicos), os puxos expulsivos fossem o mais eficazes possível e para que esta experiência fosse o mais gratificante possível para a mulher. Os esforços expulsivos podem ser precoces, imediatamente antes ou logo após a dilatação total; ou tardios isto é, quando a mulher sente efetivamente vontade de puxar e a

apresentação encontra-se ao nível do II ou III plano de Hodge. Podem ainda, ser ou não orientados de acordo com Amorim, Porto e Souza (2010). Como recomenda a evidência, as mulheres eram incentivadas a realizar esforços expulsivos tardios ou fisiológicos pois, quando a mulher sente o reflexo de Ferguson, os esforços são mais eficazes e conduzem a melhores resultados neonatais que os esforços expulsivos precoces, para além de reduzir o tempo em que a mulher puxa ativamente, sem haver diferenças significativas na duração do segundo período de TP, devido à maior eficácia destes esforços (Jahdi et al., 2013; Yildirim e Beji, 2008). As parturientes eram aconselhadas a puxar da forma que lhe fosse mais conveniente com vocalizações e gemidos se assim o entendessem, e respirações entre os puxos (Prins et al., 2011; NICE, 2014). Contudo, observamos que algumas vezes as parturientes eram incentivadas a sustentar a respiração de forma prolongada ou contínua, manter a glote fechada e fazer esforço prolongado (Manobra de Valsalva). Esta manobra aumenta a pressão intratorácica e cardiovascular, reduz o desempenho cardíaco, inibindo a perfusão uteroplacentária com possível hipóxia fetal; pelo que não foi aconselhada (Osborne, 2010; Cooke, 2010; Yildirim e Beji, 2008).

O posicionamento também poderia ter influência no foco de Fadiga (ICNP, 2011). Só recentemente se começou a usar a posição de litotomia por conveniência dos profissionais de saúde. Contudo, não há evidência que demonstre a sua adequação estando associada à redução da eficiência uterina e do fluxo sanguíneo placentário (Nogueira, 2012). Segundo Jonge et al. (2004) e Gupta et al. (2012), as posições verticalizadas ou a posição lateral associam-se à redução da duração do segundo período do TP, à redução de padrões anómalos da FCF, bem como à redução de episiotomias e a um melhor controlo da dor. Contudo, associa-se a maior perda de sangue estimada (acima de 500 ml) embora sem repercussões clínicas consideráveis. O uso de posições verticais para o segundo estadió de TP confere vários benefícios, incluindo a diminuição da duração do TP, e a necessidade de instrumentalização. A liberdade de movimentos foi disponibilizada às parturientes com o objetivo desta assumir instintivamente posições promotoras de conforto, nas quais a resistência e a compressão fossem diminutas (Silva et al., 2013 e Sinkin, 2002).

Mediante a diversidade de posições a adotar neste período do TP, deve-se permitir à mulher tomar decisões informadas acerca da posição. A parturiente deve adotar uma posição de conforto e tomar consciência do que o seu corpo lhe vai pedindo (Davis, 2012; Gupta et al., 2012; NICE, 2014). A adoção de uma posição confortável pode influenciar a sensação de controlo durante o TP tendo um impacto psicológico significativo na experiência das mulheres em TP (Jonge et al., 2004).

Assim, era promovido o puxo espontâneo; as parturientes eram incentivadas a adotar a posição que lhes proporcionasse maior conforto e que lhes permitisse ter maior controle sobre o puxo promovendo a sua eficácia. Eram auxiliadas a mudar de posição quando desejavam. Fazíamos recurso a almofadas, às barras laterais da cama, suportes de apoio dos pés ou perneiras. Para além disto, as parturientes eram incentivadas a descansar entre as contrações, orientando-as na técnica respiratória.

No caso das mulheres que optavam por analgesia epidural, o reflexo de Ferguson estava alterado, já que a função sensitiva à dor era anulada. A ausência de sensação de puxo e a falta de apoio da apresentação podem conduzir a um mau posicionamento do feto no canal de parto e a períodos expulsivos mais prolongados contribuindo para maior incidência de partos distócicos e aumentando a morbilidade materno-fetal (Zwelling, 2010). Em determinadas situações foi necessário orientar e incentivar a parturiente a iniciar esforços expulsivos. A orientação para iniciar os puxos dependia da dilatação cervical completa, da posição em que se encontra o ponto de referência fetal, da apresentação e do bem-estar fetal.

Era promovida a participação ativa da parturiente mas também do acompanhante, através do apoio emocional à parturiente, dar a mão, segurar na cabeça ou nas costas, acariciá-la, entre outros. Estas intervenções tinham por objetivo proporcionar satisfação com a experiência do nascimento, promovendo a transição para a parentalidade mais positiva.

Este era o momento de preparar a sala. O reanimador era ligado (já tinha sido verificado) e colocado um lençol esterilizado a aquecer, para mais tarde receber o RN. Abríamos um Kit de partos que era constituído por duas pinças, duas tesouras e uma cuvette que eram colocadas numa mesa móvel, juntamente com compressas esterilizadas, um clampe de Hollister, lubrificante e água destilada aquecida. No tabuleiro inferior da mesa colocávamos um kit de episiotomia por precaução, caso fosse necessário.

Procedíamos à nossa preparação e da parturiente. O protocolo da MJD indicava a utilização de touca, máscara, luvas esterilizadas e bata descartável. O campo de partos utilizado era descartável e impermeável, e dele fazia parte: um resguardo com saco coletor que se colocava sob as nádegas da parturiente, duas perneiras e um campo esterilizado que colocávamos sobre o seu abdómen para receber o bebé. A mulher era posicionada definitivamente para o nascimento do bebé. De entre várias posições possíveis a opção recaía sempre por posições em decúbito dorsal com o apoio de pernas nas perneiras, ou dos pés no apoio de pés, com elevação da cabeceira. Era feita a flexão e rotação externa

dos ossos femorais, provocando a pronação íliaca e aumentando o espaço entre as espinhas isquiáticas (Calais-German e Pares, 2010).

A preservação do períneo é uma parte fundamental dos cuidados do EEESMO e tem o potencial de influenciar a saúde e o bem-estar da mulher no resto da sua vida. Os traumas perineais podem ser maiores ou menores de acordo com: a realização de massagem perineal pré-natal, a paridade, a posição no período expulsivo, o profissional que assiste ao parto, a prática ou não de episiotomia, a macrosomia fetal, o tempo de duração do período expulsivo e o uso ou não de analgesia. Podem surgir no trato genital anterior ou posterior havendo quatro diferentes graus de classificação de trauma (FAME, 2008; NICE, 2007). Eram implementadas intervenções que prevenissem ou minimizassem o trauma perineal. À medida que a apresentação progredia e a cabeça começava a coroar, a integridade dos tecidos da vagina, vulva e períneo era vigiada, com uma atenta avaliação da necessidade ou não de efetuar episiotomia. Recomendava-se à mulher que expirasse devagar e controladamente, procurando que a saída da cabeça se fizesse lentamente para tentar minimizar o trauma perineal (Baston e Hall, 2009). Atitudes como aplicação de gel lubrificante esterilizado, aplicação contínua de água destilada tépida e a manobra de *Ritgen*, eram utilizadas (Aasheim et al., 2011).

Sempre que possível era evitada a episiotomia. Esta deverá ser uma prática seletiva, no entanto, é a intervenção cirúrgica obstétrica que se realiza com maior frequência (Carvalho et al., 2010). Numa revisão sistemática da literatura da Cochrane conclui-se que episiotomia seletiva esteve associada a menos trauma perineal grave, menor necessidade de suturas, menos complicações na cicatrização e mais trauma perineal anterior. Não houve diferença na frequência de trauma vaginal ou perineal grave, dispareunia, incontinência urinária ou dor intensa. Assim, recomenda-se que a episiotomia não seja realizada rotineiramente (Carroli e Mignini, 2012), sendo que a taxa deve ser inferior a 10% (World Health Organisation, 2003).

Os critérios para a sua realização compreendem sofrimento fetal, macrosomia, risco de laceração perineal espontânea grave, parto distócico com fórceps e primiparidade (Rímolo, 2011). O uso seletivo desta prática está associado a melhores resultados, como a diminuição das lesões graves e um maior número de períneos íntegros, recuperação puerperal mais facilitada e retorno mais rápido à atividade sexual (Pereira e Pinto, 2011).

Esta técnica foi executada em situações em que o tecido perineal revelava pouca distensibilidade durante o coroamento; na iminência de rutura dos tecidos; numa situação de distócia de ombros e em partos distócicos por fórceps e/ou ventosa; assim como

sugerido por Cunningam et al. (2010). Quando era necessária episiotomia era realizada durante esforço expulsivo. O corte era direcionado medio lateralmente à esquerda e, preferencialmente, com apenas dois a três centímetros de extensão, sendo que deve ser utilizada a técnica mais conhecida pelo profissional que assiste ao parto (Carroli e Mignini, 2012).

A exteriorização da cabeça fetal era assistida aplicando alguma pressão no períneo para prevenir descompressão brusca, ao mesmo tempo que pressionava levemente o topo da cabeça para manter a sua flexão. Após a saída da cabeça pedia-se à mulher para suspender o puxo, no sentido de pesquisar circulares cervicais do cordão. Na presença, era desenrolada cuidadosamente, ou se tal não fosse possível, por ser apertada procedíamos à laqueação prévia do cordão (Davis, 2012). A cabeça era apoiada durante a restituição. Posteriormente, libertávamos o ombro anterior num movimento descendente com ambas as mãos e depois o posterior, num movimento ascendente com uma das mãos, protegendo o períneo com a outra. Determinávamos a hora do nascimento e colocávamos o RN sobre o abdómen da mãe. O nariz e a boca eram limpos e realizados movimentos compressivos e ascendentes sobre o tórax e as costas, para facilitar a drenagem de secreções e permeabilizar a via aérea. Eram continuamente vigiados sinais de dificuldade respiratória como adejo nasal, tiragem ou gemido, assim como quaisquer sinais de hipoxia, como a cianose central e acentuada das extremidades. Era determinado o Índice de apgar ao primeiro minuto e, posteriormente ao quinto e décimo. Era clampado o cordão e permitido que fosse cortado pelo pai, mãe ou acompanhante significativo, quando havia sido demonstrada esta vontade, já que esta prática contribui positivamente o desenvolvimento da ligação com o RN (Brandão, 2009; Brandão e Figueiredo, 2012). Quando necessário, realizava-se uma colheita de sangue do cordão para determinação do grupo sanguíneo fetal ou para criopreservação de células estaminais. Os pais eram felicitados pelo nascimento e o RN era colocado sobre a mãe, pele com pele, protegido com o lençol previamente aquecido, salvo em situações em que as condições do bebé não o permitissem.

O momento ideal para a clampagem do cordão é controverso. O clampe tardio, ou seja, o clampe quando o cordão deixa de pulsar, por um lado, associa-se a um aumento de transfusão placentária, com maiores reservas de ferro havendo menor risco de anemia (Rabe et al, 2012). Contudo, aumenta o risco de icterícia e a necessidade de fototerapia. O clampe precoce, isto é, antes dos 30 segundos após o nascimento, permite uma reanimação rápida e tratamento do RN, quando necessário, sendo esta a indicação da NICE (2007). McDonald (2013) afirma que se deve atrasar a clampagem do cordão umbilical em

RN saudáveis. Esta prática promove benefícios a longo prazo porque aumenta as reservas de ferro, e para além disso, o tratamento para a icterícia através de fototerapia é facilmente acessível. Também Hutton et al. (2007) numa revisão sistemática demonstram a evidência dos benefícios da clampagem tardia do cordão umbilical, já que retardar em pelo menos dois minutos o corte do cordão umbilical promove uma transferência adicional de 20 a 30 ml/kg de sangue da placenta para o RN e associa-se a benefícios neonatais que se estendem durante a infância: melhoria do hematócrito; melhoria da concentração de ferritina; e redução do risco de anemia. A clampagem imediata do cordão umbilical pode privar o RN de até 25% do volume circulante, especialmente se a respiração espontânea ainda não se tiver iniciado.

Assim, a nossa tomada de decisão baseava-se no resultado da avaliação do Índice de Apgar (IA). A clampagem do cordão era tardia se o RN se apresentasse com choro vigoroso, com bom IA. No caso de um RN com Apgar inferior, não reativo, a clampagem e corte era realizado o mais rápido possível para uma intervenção mais rápida.

Logo no início do estágio, altura em que ainda não participávamos ativamente na assistência ao nascimento surgiu uma situação de distócia de ombros. Esta terminologia refere-se a situações em que é necessária a aplicação de manobras obstétricas adicionais, após falência na tração da cabeça fetal, para libertar os ombros. Existem portanto, protocolos de atuação nesta emergência obstétrica que consistem em atitudes e manobras potencialmente eficazes que visam o nascimento rápido do RN em sofrimento (Campos et al., 2008). Pode ser considerada moderada em que a aplicação da manobra de McRoberts e/ou pressão suprapúbica resolvem a situação. A manobra de McRoberts consiste na flexão das coxas maternas sobre o abdómen aumentando o diâmetro antero-posterior da pelve e diminuindo a lordose lombossagrada. Tem uma eficácia de 40% isoladamente e de 50% quando associada à pressão suprapúbica. A pressão suprapúbica refere-se à pressão exercida sob as costas do feto com o objetivo de abduzir o ombro e fazê-lo passar sob a sínfise. A distócia de ombros severa é aquela em que é necessário o recurso a manobras de manipulação interna. Deverá ser considerada a episiotomia (realizá-la ou estendê-la) com o intuito da introdução de dedos ou mão para a realização de outras manobras, já que sendo a distócia de ombros uma impactação óssea a realização de episiotomia não fará com que o ombro seja libertado. As manobras de manipulação interna visam girar o ombro anterior nos planos oblíquos e sob a sínfise púbica e podem ser: a manobra de Rubin, manobra de Woods, manobra de Woods invertida, manobra de Gaskin e manobra de Zavanelli (ACOG, 2002 e RCOG, 2005).

A nossa atuação nesta situação em particular iniciou-se com um pedido de ajuda para que os restantes profissionais se apercebessem do que estava a acontecer. Rapidamente realizámos a manobra de McRoberts, seguida da pressão suprapúbica, que resolveu a situação. Mais uma vez a comunicação com o casal foi fundamental para tentar minimizar o stress e a ansiedade que uma emergência obstétrica pode causar.

Durante o estágio foi possível participar na execução de alguns partos distócicos por ventosa. Este é um método que envolve a aplicação de uma ventosa na cabeça fetal, utilizando pressão negativa e a tração que, juntamente com a força das contrações uterinas e os esforços expulsivos da parturiente, facilitam a passagem do feto através do canal de parto (Lowdermilk e Perry, 2008). A utilização desta técnica está recomendada em situações evidentes de hipóxia fetal durante o período expulsivo e/ou quando é necessário abreviar o período expulsivo por exaustão materna ou ineficácia dos esforços expulsivos, paragem de progressão e/ou rotação anómala da apresentação (Graça, 2010). O parto auxiliado por ventosa pode ser causa de importante morbidade para a parturiente e RN. Para a mulher os riscos a curto prazo incluem dor perineal no parto, dor perineal no pós parto imediato, lacerações e hematomas do trato genital inferior, retenção e incontinência urinárias, anemia, incontinência anal e reinternamento. A longo prazo, os riscos do parto relacionam-se com as possíveis alterações da função urinária e anal, tais como incontinência urinária, incontinência fecal, prolapso dos órgãos pélvicos e, ocasionalmente, formação de fístulas. Para o RN incluem o *caput succedaneum*, abrasões e lacerações do couro cabeludo, cefalematoma, hemorragia sub-galeal, fraturas de crânio, hemorragia intracraniana, hemorragia retiniana, icterícia neonatal, encefalocelo (muito raro) (Lourenço et al., 2012).

Tendo em conta o foco de Conhecimento (ICNP, 2011), as nossas intervenções visavam informar o casal sobre o procedimento e sobre a necessidade de manter os esforços expulsivos durante as contrações, encorajando a mulher a manter-se ativa durante este processo. A monitorização da frequência cardíaca fetal era fundamental e após o nascimento, assegurávamos os cuidados imediatos ao RN juntamente com o pediatra, observando sinais de traumatismo ou lesão do escalpe e despistando sinais de irritação cerebral como fraca sucção; ou sinais de dificuldade respiratória.

O terceiro período do TP diz respeito ao intervalo de tempo compreendido entre o nascimento do bebé até à expulsão completa da placenta e das membranas (NICE, 2007). O mecanismo pelo qual ocorre a dequitação está relacionado com a ação das contrações uterinas e com a redução brusca da área de inserção da placenta devido à diminuição do

volume uterino após a expulsão do feto. Quanto mais prolongado for este período maior é o risco de hemorragia pós-parto (Graça, 2010).

A principal causa de mortalidade e morbidade materna é a hemorragia pós-parto que pode ter diferentes etiologias como lesões do canal de parto, distúrbios hemorrágicos, retenção de restos placentários, rutura ou atonia uterina, sendo esta última, a mais frequente. Exigindo portanto, uma vigilância atenta no pós-parto imediato. Alguns dos fatores de risco acrescidos para hemorragia pós-parto incluem, a multiparidade, a gravidez múltipla, história anterior de hemorragia relacionada com gravidez e/ou parto, macrosomia fetal, acretismo placentar, coagulopatia materna, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, uso exagerado de ocitocina intraparto, indução e/ou parto instrumentado, febre intraparto e rutura prolongada de membranas. Contudo, esta situação pode surgir em qualquer mulher, mesmo não havendo fatores de risco associados. O grau de perda sanguínea depende da rapidez de separação da placenta da parede uterina e da contração da musculatura uterina (WHO, 2003 e Gomes, 2012). Desta forma, o Risco de Hemorragia (ICNP, 2011) foi um dos diagnósticos de Enfermagem identificados, sendo necessária a implementação de intervenções com vista à sua redução significativa.

A gestão do terceiro estadio pode ser ativa ou fisiológica. A gestão ativa envolve um conjunto de intervenções como: clampagem precoce do cordão umbilical, drenagem de sangue do cordão após a sua laqueação para favorecer a drenagem do sangue placentário e facilitar o descolamento placentar; tração controlada do cordão umbilical como forma de controlo do descolamento e de diminuição da perda de sangue associada, massagem no fundo uterino após a dequitação, para promover a formação do Globo de Segurança de Pinard; e administração rotineira de fármacos uterotónicos (Campos, et al., 2008; Althabe et al., 2009; Internacional Federation of Gynecology and Obstetrics (IFGO), 2012; Prata et al., 2013; Gomes, 2012; WHO, 2009). A gestão fisiológica envolve intervenções como: não uso rotineiro de fármacos uterotónicos; clampagem do cordão quando parar de pulsar; e saída da placenta pelo esforço materno (NICE, 2014). Considera-se que a terceira fase de TP é prolongada quando dura mais de 30 minutos na conduta ativa, e mais de 60 minutos na conduta fisiológica (RCOG, 2007; NICE, 2014).

Segundo uma revisão de Begley et al. (2011), a conduta ativa do terceiro estadio do TP evidenciou uma redução da perda sanguínea no parto e de hemorragia pós-parto maior que 500 ml e reduziu a sua duração em cerca de 10 minutos, contudo ocorreu um aumento do risco de náuseas, vômitos e aumento da pressão arterial maternos ligados ao uso da ergotamina (fármaco uterotónico). Os autores sugerem a adoção da conduta ativa em

partos hospitalares, considerando o risco de náuseas e vômitos maternos. A drenagem espontânea do sangue do cordão umbilical sem clampar a extremidade materna associa-se a uma redução do terceiro estadio do TP em torno de seis minutos e significativa redução de retenção placentária (Soltani, Dickinson e Symonds, 2010). A NICE (2014) também recomenda a gestão ativa do terceiro estadio do TP, porque está associada a um menor risco de hemorragia e/ou transfusão de sangue pós-parto. Contudo, a clampagem precoce do cordão umbilical não é recomendada, conforme já foi escrito, por haver evidências dos benefícios da clampagem tardia do cordão umbilical para o RN (Hutton et Hassan, 2007; Rabe et al., 2012).

Nesta fase assumimos uma atitude participante e ativa no dequite, ao invés de considerarmos um processo unicamente fisiológico (Davis, 2012; Sheldon et al., 2013; IFGO, 2004). Foram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem: administração ocitocina; tração controlada do cordão, após sinais de descolamento placentar como sinal de *Krustner* positivo, útero globoso e firme, golfada de sangue e/ou sinal do cordão; avaliação e massagem do globo de segurança de Pinard e perda hemática e o bem-estar da mãe e do RN; a cada 15 minutos nas primeiras duas horas após o parto; monitorização dos sinais vitais de 15 em 15 minutos, nas primeiras duas horas. A parturiente era mantida em decúbito dorsal, com a cabeceira mais baixa do que na fase anterior e era, também explicado ao casal que poderia voltar a sentir contrações. Durante a expulsão da placenta e membranas realizávamos a manobra de Jacob-Dublin, para facilitar o descolamento integral das membranas e cotilédones. Era identificado o mecanismo de expulsão, já que o mecanismo de Duncan poderá associar-se a uma maior perda de sangue e um maior risco de desmembramento dos cotilédones, pelo que a sua presença é um indicador para o risco de hemorragia. Após a dequitação era assegurado que se formava o globo de segurança de Pinard, auxiliando com uma ligeira massagem circular no fundo uterino (Ayres de Campos et al., 2008). Posteriormente era avaliada a placenta e o cordão umbilical.

Durante o estágio assistimos ao parto de uma mulher cujo processo de dequite não ocorreu de forma espontânea. Passados trinta minutos não houve qualquer sinal de descolamento da placenta. Foi comunicado ao médico que optou por fazer uma dequitação manual, seguida de curetagem por motivo de retenção de restos placentares. Esta situação permitiu-nos refletir acerca do stresse causado por este procedimento para o casal, nomeadamente a apreensão demonstrada pelo pai. Assim, a comunicação com o casal assumiu um papel preponderante para tranquilizá-los, explicando-lhes o que estava a

acontecer e a necessidade daquele procedimento. O puerpério imediato foi vigiado, tendo em conta os focos de Hemorragia e Hipotensão (ICNP, 2011).

É frequente nos partos vaginais ocorrer algum tipo de trauma do aparelho genital que pode causar complicações a curto e longo prazo na mulher (Araújo e Oliveira, 2008). Os traumas perineais podem ser espontâneos, como é o caso das lacerações ou resultar de uma incisão cirúrgica do períneo, sendo esta considerada uma laceração de segundo grau (Aasheim, et al., 2011, NICE, 2007). Compete ao EEESMO identificar o tipo de lesão que ocorreu após um parto e decidir a necessidade ou não da realização de episiorrafia e deve ter em conta que a correção de lesões de terceiro e quarto graus deve ser efetuada por um obstetra.

Após a laqueação e corte do cordão umbilical era avaliada a integridade do canal de parto observando a vulva, a vagina o períneo e a parede rectal, tendo em conta que os traumas perineais devem ser considerados no diagnóstico de Risco de Hemorragia (ICNP, 2011). Caso houvesse necessidade de correção era efetuada após o dequite já que antes da dequitação há perda sanguínea contínua, o que dificulta o procedimento e poderá mesmo haver a necessidade de interrupção (Montenegro e Rezende Filho, 2013). Após a dequitação procedíamos à antissepsia da região genital e inspecionávamos se havia lesões no canal de parto, na vagina nas estruturas da vulva e no colo. A parturiente era informada sobre o estado do canal de parto, bem como da necessidade ou não de suturar. Caso fosse necessário era explicado o procedimento bem como pedida a sua colaboração face às sensações que poderia sentir.

A tomada de decisão de execução de sutura baseou-se na identificação da extensão, grau, local da lesão, se esta se apresentava sangrante, se os bordos se uniam facilmente e de forma espontânea (Baston e Hall, 2009). A reparação das episiotomias e lacerações de segundo grau foram realizadas por planos, no último plano foram utilizados pontos separados e invertidos, *Donatis*, ou sutura contínua intradérmica, sendo que esta última causa menos dor nos primeiros dez dias após o parto (Cunningham et al., 2011; NICE, 2007; Fraser e Cooper, 2009; Davis, 2012). Contudo, um estudo efetuado por Kindberg em 2008 (cit. por Baston e Hall, 2009) concluiu que a sutura com pontos isolados e invertidos obteve resultados similares e com melhores resultados estéticos. Foi utilizado material de sutura absorvível por provocar menos dor (Kettle et al., 2010). Após a realização da correção procedíamos à inspeção do canal de parto assegurando a sua integridade. Tendo em conta os focos de Dor, Edema e Conforto (ICN, 2011), procedíamos à antissepsia do períneo, monitorizávamos a dor, foi oferecida ou mantida a analgesia e procedíamos à aplicação de

frio local. No âmbito do foco de Infecção (ICN, 2011), avaliávamos os conhecimentos das puérperas acerca dos cuidados a ter com o períneo e púnhamos em prática intervenções como: informar as puérperas sobre os cuidados a ter com o períneo, lavar e secar eficazmente, mudar frequente o penso higiénico, usar roupa interior de algodão, entre outros. Considerando o foco de Autovigilância (ICN, 2011) eram explicados sinais e sintomas de alerta da ferida perineal.

O contacto pele a pele, é o método mais eficaz na manutenção da temperatura corporal do RN. Através de estímulos sensoriais como o tato, o calor e o odor, é libertada ocitocina materna que produz um aumento da temperatura das mamas, o que proporciona calor ao recém-nascido. Além disso, é um importante suporte na transição e adaptação efetivas para a vida extrauterina já que acalma o bebé, reduz o choro, estabiliza os movimentos respiratórios e a frequência cardíaca promovendo a otimização da respiração e consequente oxigenação (FAME, 2008; Baston e Hall, 2009; Almeida e Martins Filho, 2004; Bramson et al., 2010; Moore et al., 2012). O contacto pele a pele na primeira hora de vida contribui ainda, para o sucesso no processo de amamentação exclusiva (Chaparro e Lutter, 2009; Colson et al., 2007) e é uma prática de atenção neonatal capaz de diminuir a taxa de mortalidade (Boccolini et al., 2013). O RN era mantido junto da mãe durante o dequite e a correção da ferida perineal caso existisse, permitindo que mãe e pai tocassem e explorassem o seu filho. Desta forma, esta intervenção foi posta em prática no mínimo durante 30 minutos, tendo em conta os focos de Suscetibilidade do RN à Hipotermia, Desenvolvimento Infantil, Amamentação e Ligação Mãe/Pai-filho (ICN, 2011).

A OMS recomenda que a amamentação seja iniciada na primeira hora de vida, sendo que neste período o bebé se encontra desperto e recetivo para ser amamentado. Quanto mais precocemente se iniciar a amamentação maior será a duração do aleitamento materno, para além de reduzir a mortalidade neonatal e contribuir para o estabelecimento do vínculo mãe-bebé (Boccolini et al., 2011). Tendo em consideração o foco de enfermagem de Amamentação, incentivamos e apoiamos a primeira mamada, enfatizando os aspetos positivos, esclarecendo dúvidas, corrigindo a posição e a pega; quando necessário.

No âmbito do foco de Desenvolvimento Infantil (ICNP, 2011) realizamos a avaliação física, a avaliação antropométrica e vestíamos o RN, tudo isto sob uma fonte de calor atendendo à Suscetibilidade à Hipotermia (ICNP, 2011). Sempre que possível envolvíamos o pai ou o acompanhante nesta intervenção. Era também identificado com uma pulseira onde constava o nome e número de processo da mãe, bem como era ativado o sistema de

segurança Hugs®, com a colocação de uma pulseira adequada no tornozelo do bebé. Procedia-se à administração da vitamina K ao RN (via intramuscular), tendo em conta a Suscetibilidade à Hemorragia neonatal, e aplicávamos a pomada oftálmica tendo em conta o Risco de Infecção (Ayres de Campos et al., 2008). Por vezes, era efetuado com o RN ainda em cima do abdómen materno (Fraser e Cooper, 2009).

No quarto período de TP, ou puerpério imediato, inicia-se o reajustamento dos órgãos maternos para o estado não gravídico, enquanto o RN continua a sua transição e adaptação à vida extrauterina. Ambos recuperam do processo físico do parto e o casal/família começa a conhecer e a ajustar-se a este novo elemento.

Devido às mudanças orgânicas no organismo materno, este é o estágio em que existe maior risco de desenvolvimento de complicação, sendo a hemorragia a complicação potencial mais perigosa (Lowdermilk e Perry, 2008). Assim, tendo em conta o foco de Risco de Hemorragia e Hipotensão (ICNP, 2011) procedíamos a intervenções como: avaliação da coloração da pele e mucosas; monitorização da tensão arterial e frequência cardíaca de 15 em 15 minutos; verificação da formação do globo de segurança de Pinard e involução uterina presente; vigilância de perdas hemáticas uterinas e da ferida perineal; e massagem no fundo uterino (Campos et al., 2008; Lowdermilk e Perry, 2008; Gomes, 2012). Para além disto, e tendo em vista a sua recuperação era oferecida nutrição e hidratação à parturiente.

Findado este período e não havendo sinais de complicações, a puérpera e o RN eram transferidos para o serviço de puerpério. Verificávamos se toda a informação pertinente estava a constar no partograma e nos registos informáticos. Telefonicamente, informávamos os enfermeiros do serviço de puerpério que a parturiente e RN tinham alta deste serviço e dávamos a informação mais relevante acerca da puérpera e RN como: antecedentes pessoais da parturiente; tempo de rutura de membranas; alterações do LA; tipo de parto; analgesia realizada; hora do nascimento; integridade do canal de parto e correção efetuada; situação do globo de segurança do utero, quantidade de perdas hemáticas; primeira micção espontânea pós-parto ou tempo de desalgaliação, início e tolerância de dieta; dados antropométricos do RN, hora da última mamada; presença de dificuldades e necessidades de apoio na amamentação.

Promovemos a esperança de que todos iriam fazer tudo para que tudo corresse bem e que estaria uma outra equipa á sua espera que ia cuidar e ajudar, para fazer face às suas necessidades de apoio para si e para o seu filho.

2.1 Enfermagem Baseada em Evidência - O Parto na Água: Uma Revisão Integrativa da Literatura

O conceito de Prática Baseada na Evidência (PBE) surgiu no Canadá associado à área da medicina e pode ser definido como “a melhor evidência científica para subsidiar a tomada de decisão clínica” (Santos et al, 2007, p. 15). Deve ser uma ferramenta básica utilizada pelos enfermeiros para que a sua atuação seja a mais adequada, de melhor evidência, proporcionando qualidade e segurança na prestação dos cuidados.

A PBE em enfermagem refere-se ao “uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente” (Atallah e Castro, 1998, cit. por Domenico e Ide, 2003, p. 116). Pretende-se que haja uma adequação das práticas de Enfermagem com os avanços científicos. O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional, onde se distinguem duas dimensões, a interdependente e a autónoma.

“No processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2001, p. 14).

Os cuidados de enfermagem mobilizam uma vasta gama de conhecimentos das ciências comportamentais, médicas, sociais, entre outras. Assumimos a premissa de que o enfermeiro avalia criticamente a qualidade do seu conhecimento para que possa substanciar a sua prática. Nesta perspetiva, procuramos adotar esta postura perante as nossas práticas com o recurso à recontextualização de um conhecimento mais atualizado, utilizando como estratégia a busca sistemática de evidências científicas mais atuais, para poder problematizar e desenvolver o nosso percurso formativo com base numa prática baseada na evidência. Para tal, tivemos em conta que o processo é desenvolvido em cinco etapas: problematizar as práticas pela formulação de questões originárias da prática profissional; fazer a revisão bibliográfica ou outros recursos relevantes de informação; avaliar as evidências dos artigos selecionados em relação à validade, generalização e transferência; fazer uso da melhor evidência disponível, habilidade clínica e as preferências dos utentes no planeamento e implementação dos cuidados, e, por último; a avaliação dos resultados em relação à nossa própria prática (Mendes et al. 2008).

Como referido, o uso de evidências científicas requer associar resultados oriundos de pesquisas na prática clínica, sendo este um dos pilares da PBE. Procuramos saber como

obter, interpretar e integrar as evidências com os dados clínicos e preferências dos utentes na tomada de decisões na assistência de enfermagem. Desta forma, foi necessário recorrer a métodos de revisão de literatura que permitam a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis acerca do tema investigado, entre estes destaca-se a revisão integrativa da literatura (Mendes et al., 2008).

A revisão integrativa da literatura inclui a análise de pesquisas relevantes existentes acerca de determinada temática que dão suporte à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica; fazendo uma síntese do conhecimento existente. Para além disto, tem como finalidade identificar lacunas de conhecimento que necessitam de mais investigação. Este método permite a síntese de vários estudos publicados permitindo conclusões gerais acerca do tema (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

Este processo compreende algumas etapas ou fases que devem estar claramente descritas e que serão enunciadas de forma sucinta. Na primeira etapa foi identificado o tema e a questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa, que apresentava relevância para a saúde e enfermagem. Inicialmente, determinamos o objetivo, formulamos as questões a serem respondidas ou hipóteses teóricas a serem testadas. Procuramos definir bem a pergunta de pesquisa, para que os descritores ou palavras-chave fossem facilmente identificados. Foi construída a estratégia de pesquisa nas bases de dados por nós escolhidas como pesquisador. Esta é a fase mais importante da revisão pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações retiradas de cada estudo selecionado (Broome, 2006 cit. por Botelho et al. 2011; Souza, Silva e Carvalho, 2010).

Na segunda fase foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos. Foi feita a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que foram incluídos na revisão. No papel de revisor avaliamos criticamente os estudos selecionados para determinar se eram válidos metodologicamente (Mendes et al., 2008; Botelho et al. 2011).

Seguidamente, na terceira etapa foi feita a seleção dos estudos através da leitura dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações completas a que se teve acesso na pesquisa. Depois foi verificada a adequação aos critérios de inclusão do estudo (Botelho et al., 2011).

A quarta etapa teve por objetivo sintetizar a informação retirada das investigações encontradas anteriormente. Procuramos que documentação e a informação fosse apresentada de forma concisa e clara de acordo com Broome (2006 cit. por Botelho et al., 2011). Foram definidos os dados que seriam retirados dos estudos e que posteriormente

foram analisados de maneira sistemática, interpretados e sintetizados. A matriz de síntese ou de análise foi um instrumento utilizado para extrair e organizar os diferentes dados provenientes dos artigos e auxilia o investigador no foco da sua pesquisa (Mendes et al., 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010). As informações retiradas dos artigos incluem o tamanho da amostra, a metodologia utilizada, mensuração de variáveis, métodos de análise, a teoria ou conceitos utilizados (Mendes et al., 2008). Para analisar as informações retiradas dos artigos científicos é necessário que o revisor crie categorias que facilitem a ordenação e a sumarização de cada estudo. Essa categorização pode ser realizada tendo por base os dados que o investigador considera mais relevantes para o estudo (Broome, 2006 cit. por Botelho et al. 2011).

Na quinta etapa foi feita a interpretação dos resultados, identificação de conclusões e implicações para a prática resultante da revisão integrativa. Esta análise procurou ser realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes nos vários estudos. As conclusões foram retiradas dos vários estudos que integram a revisão, assim como necessidades de realização de futuros estudos. A identificação de lacunas permite que o revisor sugira futuras pesquisas direcionadas para a melhoria da assistência em enfermagem (Mendes et al., 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010; Botelho et al., 2011).

Na sexta etapa é apresentada a revisão/síntese do conhecimento. Consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados da análise dos artigos incluídos (Mendes et al., 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010; Botelho et al. 2011). Na figura seguidamente apresentada é demonstrada a sequência das etapas da revisão integrativa da literatura.

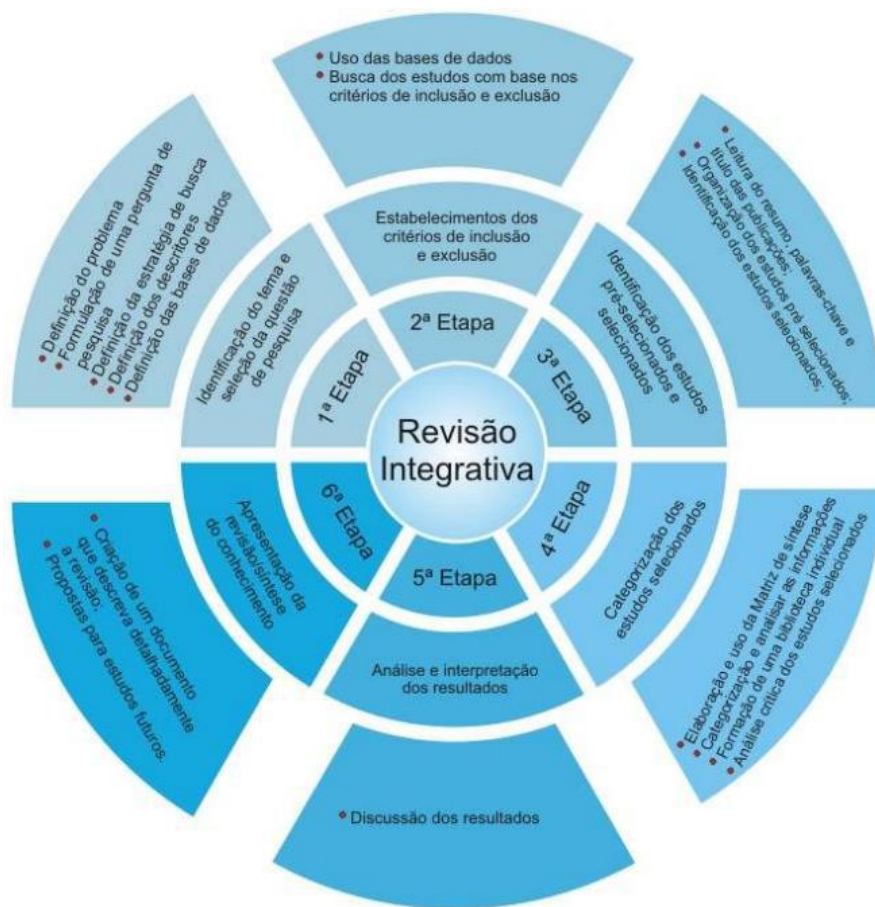


Figura 1: Etapas da Revisão Integrativa da Literatura

Fonte: Botelho et al., 2011

Este método de pesquisa possibilita o acesso mais facilitado aos EESMO, mantendo-os atualizados e facilitando tomada de decisão nas práticas clínicas.

2.1.1 Identificação do Tema e Seleção da Questão de Pesquisa

O parto na água é uma forma de nascimento que compreende a expulsão do feto estando a mulher em imersão em água quente. Foi relatado pela primeira vez por uma mulher francesa, em 1803. Este método foi popularizado por Michel Odent e tem vindo a aumentar por todo o mundo, tornando-se especialmente atrativo para mulheres que procuram experienciar um nascimento alternativo (Demirel et al., 2013; Menakaya et al., 2013; Juda et al., 2012).

Contudo, este método envolve ainda alguma controvérsia quanto à sua segurança. Os profissionais que apoiam este método defendem que este aumenta o relaxamento da mãe, diminui o uso de analgesia e promove um modelo de cuidado mais centrados nas

necessidades e expectativas das mulheres contribuindo para o seu empoderamento. Mulheres que usam a imersão em água quente durante o TP e parto frequentemente relatam sentirem-se mais relaxadas, seguras e em controlo do parto. Permite-lhes maior mobilidade, otimizando a progressão do TP e associa-se a maior satisfação relativamente à experiência de parto. Está associado também, à redução no uso de analgesia farmacológica, menor perda de sangue, menor incidência de trauma perineal por promover maior elasticidade no canal de parto e menor incidência de cesariana. Permite contacto imediato com o recém-nascido e favorece a amamentação. Todavia, os opositores a este modelo dizem haver um maior risco de infeção para a mãe e bebé; possibilidade de inalação de água pelo recém-nascido com conseqüente pneumonia e morte (Poder et al., 2014; Menakaya et al., 2013; Pagano et al., 2010; Kolivand et al. 2014; Gayiti, 2015).

Desta forma, este trabalho visa enquadrar as evidências acerca do parto na água e as suas implicações na prática, para que a prestação de cuidados em enfermagem no âmbito da saúde materna e obstetrícia possa evoluir e contribuir continuamente para maiores ganhos em saúde.

Importa-nos perceber se o parto na água é seguro e se é uma prática que poderemos aconselhar e oferecer às nossas utentes. Se existem vantagens e/ou desvantagens na utilização deste método. No paradigma de cuidados atual parece-nos de grande pertinência o estudo de alternativas na abordagem do parto pois a oferta deste tipo de cuidados, por parte dos profissionais de saúde é ainda, escassa. Os profissionais da saúde que prestam cuidados nos hospitais frequentemente seguem rotinas e protocolos hospitalares que poderão não ir de encontro às expectativas de casais que pretendam métodos não convencionais de parir em meio hospitalar, e por isso com a segurança conferida pelos profissionais de saúde.

A definição da questão orientadora assume grande importância e deve ser efetuada tendo em conta determinados critérios. Segundo os autores Craig e Smith (2004, p. 25-26) *“Uma questão formulada cuidadosamente maximiza a possibilidade de evidência relevante de alta qualidade ser identificada e incorporada apropriadamente no processo de tomada de decisão”*.

A estratégia PICO (população, intervenção, comparação, *outcomes*/resultados) auxilia na definição da questão pois, orienta a construção da pergunta de pesquisa, permitindo a localização bibliográfica de uma forma mais cuidada e rápida, da melhor informação científica disponível (Santos et al., 2007). Assim sendo, criou-se a seguinte tabela com as quatro componentes da estratégia PICO, juntamente com o que pretendemos estudar:

P (Paciente/População)	I (Intervenção)	C (Comparação)	O (Outcomes/Resultados)
Parturiente RN	Imersão em água	Não imersão em água	Efeitos

Tabela 1: Definição da Questão Orientadora Segundo o Esquema PICO

Fonte: Sackett et al., 1997.

Desta forma, a questão formulada foi: *“Quais os efeitos da imersão em água durante o TP e parto comparativamente com a não imersão em água para a parturiente e RN?”*

Para que a procura da melhor evidência fosse a mais adequada atendemos a alguns princípios. Primeiro, deve ser criada uma lista de descritores tendo em conta os elementos patentes no modelo PICO (Beaven, 2004 cit. por Craig e Smith. 2004). Para tal recorreu-se ao MeshBrowser®, que permite reconhecer os descritores existentes na comunidade científica, bem como os sinónimos que poderiam ser utilizados. Não foram encontrados descritores relacionados com o parto na água nem parto convencional. Assim, para a realização da pesquisa bibliográfica nas bases de dados, utilizaram-se palavras-chave como: "water birth"; "underwater childbirth"; "underwater birth"; "water labor" e "water delivery".

Encontrada esta lista foi dado início à pesquisa associando aos operadores booleanos AND e OR; o símbolo "", que permite a pesquisa de uma frase, séries ou palavras específicas e o símbolo * que permite fazer pesquisa de todas as palavras da mesma família. Assim, foi encontrado o seguinte termo de pesquisa: ("water birth*" OR "underwater childbirth*" OR "underwater birth*" OR ("water labor" AND birth*) OR ("water delivery" AND birth*)).

Seguidamente, procedeu-se à busca de literatura através da plataforma EBSCOhost, na qual se incluíram as seguintes bases de dados: Academic Search Complete; CINAHL complete; CINAHL Plus with full text; MediciLatina; MEDLINE with Full Text. Procedeu-se à pesquisa ainda nas plataformas: Web of science e Scopus. Pesquisamos também, em motores de busca de acesso livre, tais como Google Académico e PubMed e ainda, em sites sobre o parto na água.

2.1.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Na etapa seguinte estabelecemos os critérios de inclusão e exclusão que assumem relevância para integração dos estudos, posterior análise dos dados e estabelecimento de conclusões. Os critérios de inclusão definidos foram: estudos indexados às bases de dados

anteriormente referidas, com acesso ao texto integral. Estudos escritos em português, inglês, espanhol e francês, da maior evidência científica disponível. Artigos referentes exclusivamente aos últimos cinco anos. Foram selecionados apenas artigos que fizessem comparação entre os resultados do parto em imersão em água com partos que não utilizassem água, na primeira e segunda fase de TP.

Os critérios de exclusão definidos foram: artigos não indexados às bases de dados utilizadas, artigos sem resumo, artigos escritos em outras línguas que não as especificadas anteriormente. As investigações em que as mulheres estiveram em imersão em água apenas na primeira fase do TP foram excluídas. A terceira fase do TP foi relatada em alguns estudos. Desta forma, quando nos referimos ao parto na água, referimo-nos a nascimentos que ocorreram em meio aquático. E o parto convencional refere-se a partos não ocorridos em meio aquático com ou sem uso de analgesia epidural.

2.1.3 Identificação dos Estudos Pré-selecionados e Selecionados

Na pesquisa efetuada, obtiveram-se 730 resultados dos quais foram selecionados 145 artigos pelo título. Destes, 28 estavam repetidos. Após leitura do resumo foram selecionados 38 artigos, que foram analisados e dos quais foram selecionados 13 por apresentarem melhor qualidade e pertinência científica. O resultado da pesquisa efetuada e da seleção dos artigos está descrito na tabela seguinte:

Base de Dados	Resultados Obtidos	Artigos Analisados	Artigos Incluídos
Academic Search Complete	145	6	4
CINAHL complete	250	9	1
CINAHL Plus with full text	117	5	1
MedicLatina	2	1	0
MEDLINE with Full Text	66	8	4
Web of science	67	5	1
Scopus	83	4	2

Tabela 2: Resultado da Pesquisa dos Artigos

A apreciação crítica da literatura compreendeu a análise da qualidade do estudo, a análise sobre a aplicabilidade dos resultados na prática clínica e a análise do significado dos resultados (Newman e Roberts, 2004 cit. por Craig e Smyth, 2004). Foram incluídos no estudo 13 artigos que respondiam com maior evidência à pergunta PICO, atendiam aos critérios de inclusão e apresentavam maior recomendação. Para além destes, foi incluído também um artigo de 2016 resultante da pesquisa em *sites* sobre o parto na água, perfazendo um total de 14 artigos incluídos. Fazem parte desta revisão uma Guideline, uma revisão sistemática da Cochrane, uma revisão sistemática, seis estudos de coorte e cinco estudos de caso-controlo; que são classificadas com o nível I de evidência (Melnyk e Fineout-Overholt, 2011).

Uma guideline é um guia orientador para apoiar a tomada de decisão dos profissionais de saúde e que norteia a sua prática, onde consta toda a evidência relevante sobre um diagnóstico ou intervenção terapêutica (Culum et al., 2010).

Numa revisão sistemática são utilizados os dados disponíveis na literatura acerca de um determinado tema. Disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos de pesquisa, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. São úteis para sintetizar as informações de um conjunto de estudos que podem apresentar resultados coincidentes ou não, para além de identificar temas que necessitam de ser mais pesquisados (Sampaio e Mancini, 2007).

No estudo analítico de coorte, são comparadas experiências de grupos expostos e não expostos a um determinado fator ou intervenção. Os participantes são seguidos durante um período de tempo com o objetivo de aferir os resultados da exposição. Os estudos de coorte podem ser prospetivos ou retrospectivos. São prospetivos quando o investigador seleciona os participantes antes de serem expostos à intervenção; ou retrospectivos quando a exposição já ocorreu. É um estudo quantitativo, comparativo, observacional (Suzumura et al., 2008).

Um estudo caso-controlo visa estabelecer a associação entre um resultado e a exposição a um fator ou intervenção. O estudo parte da identificação do grupo de casos expostos, efetuando um emparelhamento entre este e um grupo controlo com as mesmas características demográficas. Retrospectivamente é avaliada a exposição ao fator ou intervenção em análise.

2.1.4 *Categorização dos Estudos Selecionados*

Esta revisão integrativa apresenta uma síntese do conhecimento produzido acerca do parto na água para que seja mais fácil a tomada de decisão. Os estudos incluem partos na água realizados em sete hospitais e em 21 centros de partos. Os estudos foram realizados em nove países diferentes: Reino Unido, Canadá, Estados Unidos da América, Austrália, Turquia, Itália, Polónia, China e Irão. Foram apresentados resultados maternos em 14 estudos e resultados neonatais em 12 estudos. Nos artigos incluídos foram identificados 11008 partos na água, e 18050 partos sem imersão em água (excluindo dados repetidos nas diferentes revisões sistemáticas da literatura).

Resolvemos estudar as variáveis que estavam mais frequentemente descritas nos estudos a que tivemos acesso e que melhor respondiam à questão orientadora. Os resultados maternos incluem: os resultados perineais (períneos intactos, lacerações, episiotomia); perda de sangue e hemorragia pós parto, infeção pós-parto, perceção da dor, uso de analgesia, duração do TP, tipo de parto, necessidade de acelerar o TP e satisfação com a experiência de parto. Os resultados neonatais incluem: scores de apgar, ph do cordão, infeção neonatal, admissão numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e mortalidade neonatal. Foi realizada a matriz de síntese dos artigos selecionados em que é feita uma análise mais detalhada e está apresentada em anexo (anexo 1). Seguidamente, serão apresentados de forma mais sucinta os resultados encontrados nos diferentes estudos.

Resultados perineais

Foram encontrados resultados acerca do trauma perineal na totalidade dos artigos incluídos. A maioria dos estudos demonstram que o parto na água associa-se com a diminuição da prática de episiotomia comparativamente com o método convencional de assistência ao parto¹ Da mesma forma, os resultados indicam maior probabilidade de períneo íntegro no parto na água². Alguns artigos sugerem que a imersão em água parece associar-se a maior incidência de lacerações de primeiro e segundo graus³. Contudo, outros estudos demonstraram não haver diferenças significativas na incidência de lacerações de primeiro e segundo grau ou até alguma diminuição⁴. Cinco estudos demonstram que o

¹ Poder et al (2012); Bovbjerg et al (2016); Dahlen et al (2013); Menakaya et al (2013); Mollamahmutoğlu et al (2012); Cortes et al. (2011); Henderson et al. (2014); Pagano eta al. (2010); Juda et al. (2015); Gayiti et al. (2015); Kolivand et al (2014); Torkamani et al. (2010).

² Dahlen et al (2013); Menakaya et al (2013); Cortes et al. (2011); Juda et al. (2015); Gayiti et al. (2015).

³ Poder et al (2012); Mollamahmutoğlu et al (2012); Cortes et al. (2011); Henderson et al. (2014); Gayiti et al. (2015); Kolivand et al (2014).

⁴ Menakaya et al (2013); Pagano eta al. (2010); Juda et al. (2015).

parto em imersão em água também se associa a menor gravidade das lacerações⁵. Em apenas dois artigos os resultados apontam para não haver diferenças significativas relativamente no trauma perineal⁶.

Perda de sangue e hemorragia pós-parto

Foi considerada perda de sangue uma perda inferior a 500 ml e hemorragia pós parto uma perda superior a 500 ml. Numa revisão da Cochrane e numa outra incluída, conclui-se não haver diferenças significativas quanto à perda de sangue ou hemorragia pós-parto⁷. A perda de sangue pode ser medida de formas muito subjetivas. Como tal, apenas foram considerados os resultados de estudos que utilizaram as quantidades medidas nas remoções manuais da placenta⁸ ou os estudos que compararam os níveis de hemoglobina antes e após o parto⁹. Os estudos consideraram não haver uma diferença relevante entre os grupos. A hemorragia pós-parto foi analisada em seis estudos, cinco concluíram não haver diferenças na incidência¹⁰; a investigação de Dahlen et al. (2013) considerou haver uma diminuição na taxa de hemorragia pós-parto nas mulheres que utilizaram a imersão em água.

Infeção Pós-parto

Esta variável foi estudada em quatro das investigações analisadas e em todas não foi demonstrada diferença significativa na incidência de infeção pós-parto nas mulheres que tiveram um parto na água comparativamente com as mulheres que tiveram um parto convencional¹¹.

Perceção da dor

A intensidade da perceção de dor foi avaliada em seis estudos. Na guideline da RCM, assim como noutros três estudos¹² é descrito que o parto na água diminui a perceção de dor. Na investigação de Mollamahmutoglu et al. (2012) e na de Torkamani et al. (2010) a dor foi avaliada através da Escala Visual Analógica (EVA). Na pesquisa realizada por Gayiti et al. (2015) a dor ausente ou leve foi classificada como grau I, a dor tolerável foi classificada como grau II, a dor moderada foi classificada como grau III, e a dor intensa insuportável foi

⁵ Poder et al (2012); Menakaya et al (2013); Henderson et al. (2014); Juda et al. (2015); Gayiti et al. (2015).

⁶ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014).

⁷ Cluett et al (2014); Poder et al (2012).

⁸ Menakaya et al (2013).

⁹ Mollamahmutoglu et al (2012); Kolivand et al (2014).

¹⁰ Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Menakaya et al (2013); Henderson et al. (2014); Kolivand et al (2014).

¹¹ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Kolivand et al (2014).

¹² Cooper et al. (2012); Mollamahmutoglu et al (2012); Gayiti et al. (2015); Torkamani et al. (2010).

definida como grau IV. A revisão sistemática da Cochrane e outra revisão consideraram não haver diferenças significativas¹³.

Uso de analgesia

O uso de analgesia foi descrito em cinco estudos. Dois referiam-se ao uso de analgesia farmacológica no geral¹⁴ em que é demonstrado que a imersão em água conduz a uma menor utilização de analgesia do que o parto convencional. Um destes estudos referia-se ao uso de prometazina, em que a utilização no parto na água foi menor¹⁵. Outras duas investigações (guideline da RCM e revisão da Cochrane¹⁶) referem-se especificamente à analgesia epidural e os resultados apontam que em imersão em água na primeira fase de TP, as mulheres necessitam menos de analgesia epidural.

Duração do TP

A duração da primeira fase foi descrita em oito estudos. Na guideline da RCM, nas duas revisões sistemáticas da literatura e num estudo de caso-controlo; a duração da primeira fase foi considerada menor¹⁷. Em três estudos não foi demonstrada diferença¹⁸. Um estudo desenvolvido por Mollamahmutoglu et al. (2012) comparou os resultados da duração da primeira fase do TP no parto na água, com o parto normal e com o parto com uso de epidural. A duração do TP no parto na água foi maior do que no parto convencional (265.6±546.6 minutos versus 240.1±190.8 minutos); contudo foi menor comparativamente com o parto com uso de epidural (265.6±546.6 minutos versus 268.7±177.4 minutos). A duração da segunda fase de TP foi descrita em oito estudos, em quatro os resultados demonstram haver diminuição da duração¹⁹ e noutros quatro não foram encontradas diferenças significativas²⁰. A duração da terceira fase do TP apenas foi analisada em dois estudos em que é demonstrada a diminuição da duração²¹. Houve, ainda quatro investigações que estudaram a duração do TP na sua totalidade, não considerando as diferentes fases, em três não foram demonstradas diferenças significativas na duração da totalidade do TP²² e noutro foi encontrada a diminuição da duração do TP²³.

¹³ Cluett et al (2014); Poder et al (2012).

¹⁴ Poder et al (2012); Mollamahmutoğlu et al (2012).

¹⁵ Torkamani et al. (2010).

¹⁶ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014).

¹⁷ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Torkamani et al. (2010).

¹⁸ Menakaya et al (2013); Cortes et al. (2011); Kolivand et al (2014).

¹⁹ Poder et al (2012); Mollamahmutoğlu et al (2012); Cortes et al. (2011); Torkamani et al. (2010).

²⁰ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Menakaya et al (2013); Kolivand et al (2014).

²¹ Poder et al (2012); Mollamahmutoğlu et al (2012).

²² Pagano et al. (2010); Juda et al. (2015); Kolivand et al (2014).

²³ Gayiti et al. (2015).

Tipo de parto

No estudo de Torkamani et al. (2010) observou-se que a imersão em água durante o TP aumenta a mobilidade pélvica e a adoção de posições verticais potenciando o parto normal e diminuindo a incidência de cesariana. Na guideline e nas revisões sistemáticas analisadas não foram encontradas diferenças significativas na incidência de partos instrumentados²⁴ e cesarianas²⁵.

Necessidade de acelerar o TP

O TP pode ser acelerado de diversas formas. Nos estudos foram encontrados resultados sobre a aceleração do TP através de amniotomia e através do uso de oxitocina. Relativamente, à amniotomia os resultados são díspares nos dois estudos que estudaram esta variável. Num está presente que houve uma diminuição da prática²⁶ no parto na água; o outro indica que não houve diferenças significativas²⁷. Quanto ao uso de oxitocina um estudo indica não haver diferenças²⁸ e em outros dois está presente haver uma diferença significativa²⁹, havendo maior uso desta técnica no parto sem imersão. Outro estudo faz referencia à aceleração do TP, afirmando que houve menor necessidade no parto com imersão em água, mas não especifica o ou os métodos utilizados³⁰.

Satisfação com a experiência de parto/preferência para partos futuros

Apesar de nos parecer uma variável de grande pertinência a comparação da satisfação com a experiência de parto e a preferência para partos futuros apenas foi avaliado em quatro estudos. Em todos eles foi considerado haver maior satisfação com a experiência de parto e/ou preferência para partos futuros³¹. O estudo de Cortes et al. (2011) demonstra haver uma grande satisfação das mulheres que pariram na água e preferência por repetir a experiência (84% respondeu "muito provável"; cinco por cento respondeu "provável"; oito por cento estavam "indecisas"; um por cento respondeu "improvável"; e um por cento referiu "muito improvável". Contudo, este resultado não foi comparativo com mulheres que tenham utilizado algum método sem imersão.

²⁴ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Henderson et al. (2014); Kolivand et al (2014).

²⁵ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Henderson et al. (2014).

²⁶ Cooper et al. (2012).

²⁷ Cluett et al (2014).

²⁸ Cluett et al (2014).

²⁹ Poder et al (2012); Torkamani et al. (2010).

³⁰ Mollamahmutoglu et al (2012).

³¹ Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Juda et al. (2015); Torkamani et al. (2010).

Scores de apgar

Vários estudos consideraram os valores de apgar para avaliar o bem-estar do RN. Em três estudos não foi especificado os tempos em que foram avaliados os scores de apgar e não foram encontradas diferenças significativas nos scores de apgar³². Cinco estudos consideraram o apgar ao primeiro minuto de vida. Dois estudos indicam ter havido piores scores de apgar ao primeiro minuto de vida em RN que nasceram na água³³ enquanto em outros três estudos não foram encontradas diferenças³⁴. O apgar ao quinto minuto de vida foi estudado em oito dos artigos incluídos. Na maioria foi considerado não haver diferenças nos scores de apgar aos cinco minutos³⁵ e em três investigações consideraram haver resultados mais favoráveis de score de apgar aos cinco minutos em RN que nasceram em água³⁶. No estudo realizado por Dahlen et al. (2013) com uma amostra de 6144 mulheres que pariram num centro de partos na água comparativamente com mulheres que pariram sem imersão em água, em seis posições diferentes concluiu haver melhores scores de apgar aos cinco minutos na água do que em mulheres que pariram na posição “semi-reclinada”.

Ph do cordão

Em relação ao ph do cordão os resultados não são tão frequentes. Esta variável foi avaliada em três estudos, na guideline da RCM, na revisão sistemática da Cochrane e noutra revisão sistemática³⁷. Em todos eles foi considerado não haver diferenças significativas nos gases presentes no sangue do cordão.

Infeção neonatal

A infeção neonatal é uma preocupação comum em relação à segurança neonatal do parto na água. Todas as publicações incluídas que estudaram esta variável concluíram não haver diferenças significativas quanto à incidência de infeção neonatal no parto na água comparativamente com o método de parto convencional³⁸.

Admissões em UCIN

Sete estudos reportaram dados sobre admissões em UCIN. Em seis estudos não foram encontradas diferenças significativas no número de admissões dos RN que nasceram na

³² Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Poder et al (2012).

³³ Menakaya et al (2013); Mollamahmutoğlu et al (2012).

³⁴ Pagano et al. (2010); Gayiti et al. (2015); Kolivand et al (2014).

³⁵ Bovbjerg et al (2016); Menakaya et al (2013); Mollamahmutoğlu et al (2012); Gayiti et al. (2015); Kolivand et al (2014).

³⁶ Dahlen et al (2013); Pagano et al. (2010); Torkamani et al. (2010).

³⁷ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Poder et al (2012).

³⁸ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Mollamahmutoğlu et al (2012); Kolivand et al (2014).

água comparativamente com RN que nasceram através do método convencional³⁹. O estudo apresentado por Menakaya et al. (2013) demonstrou haver um aumento de admissões na UCIN no grupo da imersão (8 *versus* 1). Os motivos de internamento foram: dois após ressuscitação, um por um evento de apneia e peso de 2560 g e outro após uma distócia de ombros; tendo ficado internados durante um dia. Outro bebê foi internado por dificuldade respiratória tendo depois sido diagnosticada aspiração de mecônio e transferido para outro hospital. Três bebês foram admitidos por problemas na amamentação, o tempo de estadia variou entre um a seis dias. O RN do grupo da não imersão foi admitido com dificuldade respiratória e ficou internado durante nove dias.

Mortalidade neonatal

A mortalidade neonatal foi comparada em três publicações⁴⁰ em todos não foram encontradas diferenças significativas na incidência de mortalidade neonatal no parto na água comparativamente com o parto convencional.

2.1.5 Análise e Interpretação dos Resultados

A evidência apresentada nas diferentes publicações é diferente, o EEESMO deve analisar se os resultados da investigação são suficientemente bons para que os resultados obtidos possam ser utilizados para responder à questão formulada e se permitem tomar decisões sobre os cuidados (Craig e Smith, 2004). Podemos afirmar que se tratam de estudos com algum nível de evidência, principalmente a guideline, a revisão sistemática da literatura da Cochrane e a outra revisão sistemática da literatura incluídas por serem bastante valorizados na hierarquia da PBE.

Podemos também concluir que os resultados se aplicam ao nosso contexto, já que as variáveis estudadas respondem à pergunta PICO pois evidenciam os efeitos que o parto em imersão em água poderá ter na parturiente e RN em comparação com a não imersão em água.

Esta revisão tem por objetivo analisar criticamente a literatura disponível acerca do parto na água. Em relação aos resultados perineais, os autores concordam que o uso de imersão em água durante o TP diminui a necessidade de episiotomia comparativamente

³⁹ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Mollamahmutoglu et al (2012); Kolivand et al (2014); Bovbjerg et al (2016); Poder et al (2012).

⁴⁰ Cooper et al. (2012); Bovbjerg et al (2016); Poder et al (2012).

com o método convencional de assistência ao parto⁴¹. Da mesma forma, todas as investigações incluídas demonstram que a imersão em água conduz a uma menor utilização de analgesia do que o parto convencional⁴² e que não aumenta a incidência de infecção materna⁴³.

Relativamente, à probabilidade de períneos íntegros e à incidência de lacerações os resultados não são tão coincidentes. Alguns autores defendem haver um aumento de lacerações de primeiro e segundo graus⁴⁴ no parto na água, contudo, outros estudos demonstraram não haver diferenças significativas ou até alguma diminuição⁴⁵. De qualquer forma estamos perante um bom resultado pois os valores de episiotomia são menores. Alguns autores também sugerem que a imersão em água se associa a menor gravidade das lacerações⁴⁶.

Há alguma controvérsia no que se refere à duração do TP, os resultados não foram coincidentes entre os diferentes autores. Em alguns estudos a duração da primeira fase foi considerada menor⁴⁷ no parto com imersão em água e noutros não foi demonstrada diferença⁴⁸. Num estudo foi considerada superior ao parto normal, mas inferior ao parto com uso de epidural⁴⁹. A duração da segunda fase de TP foi descrita em oito estudos, em quatro os resultados demonstram haver diminuição da duração⁵⁰ e noutros quatro não foram encontradas diferenças significativas⁵¹ comparativamente com o parto convencional. A duração da terceira fase do TP apenas foi analisada em dois estudos em que é demonstrada a diminuição da duração⁵² na imersão em água. Houve ainda, quatro investigações que estudaram a duração do TP na sua totalidade, não considerando as diferentes fases, em três não foram demonstradas diferenças significativas na duração da totalidade do TP⁵³ e noutro foi encontrada a diminuição da duração do TP⁵⁴ no parto em meio aquático. O facto de não terem sido consideradas as diferentes fases isoladamente

⁴¹ Poder et al (2012); Bovbjerg et al (2016); Dahlen et al (2013); Menakaya et al (2013); Mollamahmutoğlu et al (2012); Cortes et al. (2011); Henderson et al. (2014); Pagano et al. (2010); Juda et al. (2015); Gayiti et al. (2015); Kolivand et al (2014); Torkamani et al. (2010).

⁴² Poder et al (2012); Mollamahmutoğlu et al (2012); Torkamani et al. (2010); Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014).

⁴³ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Kolivand et al (2014).

⁴⁴ Poder et al (2012); Mollamahmutoğlu et al (2012); Cortes et al. (2011); Henderson et al. (2014); Gayiti et al. (2015); Kolivand et al (2014).

⁴⁵ Menakaya et al (2013); Pagano et al. (2010); Juda et al. (2015).

⁴⁶ Poder et al (2012); Menakaya et al (2013); Henderson et al. (2014); Juda et al. (2015); Gayiti et al. (2015).

⁴⁷ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Torkamani et al. (2010).

⁴⁸ Menakaya et al (2013); Cortes et al. (2011); Kolivand et al (2014).

⁴⁹ Mollamahmutoğlu et al (2012).

⁵⁰ Poder et al (2012); Mollamahmutoğlu et al (2012); Cortes et al. (2011); Torkamani et al. (2010).

⁵¹ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Menakaya et al (2013); Kolivand et al (2014).

⁵² Poder et al (2012); Mollamahmutoğlu et al (2012).

⁵³ Pagano et al. (2010); Juda et al. (2015); Kolivand et al (2014).

⁵⁴ Gayiti et al. (2015).

não nos permite tirar conclusões se haverá fases que beneficiam mais, ou por outro lado beneficiam menos da imersão em água. Da mesma forma, nem todos os estudos consideraram a paridade que é um fator que interfere na duração do TP, ou os grupos não eram semelhantes quanto ao número de mulheres nulíparas e múltiparas.

Relativamente à perda de sangue e hemorragia pós-parto a maioria dos autores considera não haver diferenças significativas na incidência⁵⁵, apenas um estudo considerou haver uma diminuição na taxa de hemorragia pós-parto nas mulheres que utilizaram a imersão em água⁵⁶.

Apenas um estudo indicou que o parto na água diminui a incidência de cesarianas⁵⁷ embora nos restantes não tenham sido encontradas diferenças significativas na incidência de partos instrumentados⁵⁸ e cesarianas⁵⁹.

A aceleração do TP foi descrita em algumas publicações, contudo uma delas não fazia referência aos métodos utilizados, o que poderá ser pertinente já que os métodos poderão não ter todos a mesma eficácia. Relativamente, à amniotomia os resultados são díspares nos dois estudos apresentados⁶⁰. O mesmo se verificou em relação ao uso de oxitocina, um estudo indica não haver diferenças⁶¹ e em outros dois está presente haver uma diferença significativa⁶² menor da realização de amniotomia e uso de oxitocina no parto na água.

A intensidade da percepção de dor foi considerada menor por alguns estudos⁶³ no parto em imersão embora não tenha sido coincidente com outros dois estudos em que foi considerado não haver diferenças significativas⁶⁴.

Todos os artigos que avaliaram este parâmetro consideraram haver maior satisfação com a experiência de parto e/ou preferência para partos futuros⁶⁵ nas mulheres que realizaram imersão em água durante o TP e parto.

A maioria dos estudos indica que a imersão em água não parece afetar os valores de apgar⁶⁶. Houve estudos que consideraram separadamente os scores de apgar ao primeiro e

⁵⁵ Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Menakaya et al (2013); Henderson et al. (2014); Kolivand et al (2014); Cooper et al. (2012).

⁵⁶ Dahlen et al (2013).

⁵⁷ Torkamani et al. (2010).

⁵⁸ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Henderson et al. (2014); Kolivand et al (2014).

⁵⁹ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Henderson et al. (2014).

⁶⁰ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014).

⁶¹ Cluett et al (2014).

⁶² Poder et al (2012); Torkamani et al. (2010).

⁶³ Cooper et al. (2012); Mollamahmutoğlu et al (2012); Gayiti et al. (2015); Torkamani et al. (2010).

⁶⁴ Cluett et al (2014); Poder et al (2012).

⁶⁵ Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Juda et al. (2015); Torkamani et al. (2010).

⁶⁶ Cluett et al (2014);

⁶⁶ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Gayiti et al. (2015); Kolivand et al (2014).

quinto minutos de vida. Em três estudos não foram encontradas diferenças⁶⁷ significativas; enquanto dois estudos indicaram ter havido piores scores de apgar ao primeiro minuto de vida em RN que nasceram na água⁶⁸. Todavia, o valor de apgar ao primeiro minuto poderá não ter significado clínico de longo prazo na ausência de outros achados (Burke e Kilfoyle, 1995; Ros, 2009 cit. por Nutter et al., 2014). Na maioria dos artigos incluídos não foram encontradas diferenças nos scores de apgar aos cinco minutos⁶⁹ e em três investigações consideraram haver resultados mais favoráveis de score de apgar aos cinco minutos, em RN que nasceram em água⁷⁰.

Embora o pH do cordão não tenha sido uma variável frequentemente avaliada, todos os artigos que fazem referência a esta variável consideraram não haver diferenças significativas nos gases presentes no sangue do cordão⁷¹. O mesmo se verificou com a infecção neonatal em que todas as publicações incluídas, que estudaram esta variável concluíram não haver diferenças significativas, quanto à incidência de infecção neonatal no parto na água, comparativamente com o método de parto convencional⁷². A mortalidade neonatal foi comparada em três publicações⁷³. Em todas não foram encontradas diferenças significativas na incidência de mortalidade neonatal no parto na água comparativamente com o parto convencional.

A admissão em UCIN é outro indicador relatado em vários estudos. Na maioria dos estudos não foram encontradas diferenças significativas⁷⁴. Apenas um estudo demonstrou haver um aumento de admissões na UCIN no grupo da imersão⁷⁵. Contudo, quando fomos ver os motivos de internamento percebemos que alguns RN tinham sido internados por motivos que não serão necessariamente decorrentes do método de parto (baixo peso, problemas na adaptação à amamentação). Em algumas publicações também não são claros os motivos de internamento.

Para além disto, algo que também se verificou em vários estudos é que os efeitos adversos neonatais, nomeadamente mortalidade e admissões em UCIN são tão raros que impossibilitam fazer comparações e tirar conclusões.

⁶⁷ Pagano et al. (2010); Gayiti et al. (2015); Kolivand et al (2014).

⁶⁸ Menakaya et al (2013); Mollamahmutoğlu et al (2012).

⁶⁹ ⁶⁹ Bovbjerg et al (2016); Menakaya et al (2013); Mollamahmutoğlu et al (2012); Gayiti et al. (2015); Kolivand et al (2014).

⁷⁰ Dahlen et al (2013); Pagano et al. (2010); Torkamani et al. (2010).

⁷¹ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Poder et al (2012)

⁷² Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Poder et al (2012); Mollamahmutoğlu et al (2012); Kolivand et al (2014).

⁷³ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Bovbjerg et al (2016).

⁷⁴ Cooper et al. (2012); Cluett et al (2014); Mollamahmutoğlu et al (2012); Kolivand et al (2014); Bovbjerg et al (2016); Poder et al (2012).

⁷⁵ Menakaya et al (2013).

Os resultados desta investigação demonstram a necessidade de desenvolvimento de novos processos de investigação, principalmente estudos randomizados controlados que comparem os resultados da imersão em água com a não imersão em água; para o RN e parturiente; tendo em consideração dados demográficos, paridade, características do RN (peso, diâmetro cefálico, entre outros). Também nos parece pertinente haver mais estudos que comparem os resultados do parto na água com os resultados do parto com recurso a epidural, por ser o mais comum na nossa realidade. Parece-nos deveras importante haver a clarificação de algumas variáveis como: motivos de internamento em UCIN (excluindo motivos que não se prendam com o método de parto utilizado), duração das diferentes fases de TP, métodos utilizados para acelerar o TP e no caso da oxitocina quais as quantidades e a duração da administração. Todos os autores sugerem que é necessária mais investigação acerca dos efeitos da imersão em água, principalmente na segunda e terceira fases de TP.

Esta revisão não revelou uma associação entre o parto na água e risco excessivo para a parturiente ou RN. Os resultados maternos e neonatais são equivalentes (ou por vezes melhores) comparativamente com o parto sem imersão em água. A possibilidade de resultados adversos neonatais têm sido apontados como motivo para a não-aceitação deste método, contudo, a evidência sugere que esse risco é mínimo e semelhante ao do parto sem imersão.

O parto na água é um método bem aceite pelas associações profissionais de EEESMO de outros países, nomeadamente: The Royal College of Midwives, Matronas e American College of Nurse-Midwives (RCM, 2012; Mallén-Pérez et al., 2015; Nutter et al., 2014). Concordando todas que deve haver uma vigilância da gravidez adequada de forma a estabelecer o risco obstétrico da grávida. Deverão ser selecionadas as mulheres de baixo risco obstétrico e que demonstrem vontade em realizar este método de assistência ao parto.

Para que a prestação de cuidados seja de qualidade o EEESMO deve considerar as preferências e os valores dos seus clientes e basear-se na melhor evidência disponível no processo de tomada de decisão. A prática não deve ser baseada em convicções pessoais nem em práticas mais antigas, mas sim, em evidências atuais que conduzam a mais ganhos em saúde. Os riscos e os benefícios potenciais decorrentes do parto na água, existentes de acordo com os dados descritos na literatura, devem ser discutidos com as mulheres interessadas neste método de nascimento, a par com os potenciais riscos e benefícios do

parto convencional (nomeadamente com uso de epidural); garantindo uma escolha informada.

3. O AUTOCUIDADO E O PROCESSO DE TRANSIÇÃO/ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE APÓS O NASCIMENTO

A prestação de cuidados especializados à mulher e criança no pós-parto permitiram desenvolver competências no âmbito do planeamento e execução de cuidados específicos que contribuíssem para uma experiência positiva e segura de parentalidade. Ir de encontro às diretivas da OE (2010) que definem que o EEESMO assume a responsabilidade pela assistência no período pós-natal de forma a potenciar a saúde do RN e da puérpera, assim como acompanhar e facilitar o processo de transição para a parentalidade.

O período puerperal é definido como o período de seis semanas após o parto, durante o qual ocorrem modificações orgânicas que visam a regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez. Alguns autores denominam esta fase como o “quarto trimestre da gravidez”, já que este é um período de transição em que ocorrem não só mudanças fisiológicas na mulher, mas também comportamentais, emocionais e relacionais no casal, na integração do novo papel de maternidade e paternidade (Santos, 2002; Davis 2012). Esta é a fase de atuação do EEESMO em que a adaptação e individualização dos cuidados transicionais a cada família assume uma importância crucial, tendo em conta que estamos perante uma transição desenvolvimental irreversível, que se assume como um dos momentos mais difíceis na vida do casal na adaptação a este novo papel e às exigências que os cuidados ao RN requerem, sem esquecer as alterações fisiológicas e emocionais inerentes.

Quando o casal e o bebé davam entrada no serviço procedíamos ao acolhimento, apresentando-nos, apresentando as instalações físicas do serviço e esclarecendo algumas dúvidas ou atendendo a alguma necessidade demonstrada. Procedíamos a uma avaliação física do bebé, confirmando o sexo e a clampagem adequada do cordão umbilical. Certificávamo-nos da presença das pulseiras de identificação e eletrónica. Era dada informação acerca do horário de visitas diário para o pai e restantes visitantes. Fazíamos uma avaliação inicial, através de colheita de dados junto do casal e consultando o registo pré-natal, antecedentes de saúde, o partograma e os registos informáticos com vista a identificar focos de enfermagem e planear cuidados.

A forma como a mulher tinha vivenciado o TP e o parto, foi uma constante na nossa atuação; já que este é um evento altamente marcante na vida familiar, para o qual são desenvolvidas expectativas durante a gravidez e que pode constituir-se como um fator facilitador ou inibidor na transição para a parentalidade (Pacheco et al., 2005 cit. por Conde et al., 2007). A percepção que a mulher tem da sua experiência de parto tem consequências permanentes, imediatas ou a longo prazo, no seu relacionamento com o companheiro, com os restantes filhos e o RN. Uma percepção negativa da experiência de parto influencia negativamente o comportamento materno relativamente aos cuidados prestados ao bebé, à amamentação e à interação mãe-bebé (DiMatteo et al., 1996; Brudal, 1985; Green et al., 1990; Lagerkrantz, 1979; Morris-Thompson, 1992; Oakley, 1983; Simkin, 1992 cit. por Conde et al., 2007). O tipo de parto assume particular importância na percepção da experiência de parto, sendo que as mulheres submetidas a cesariana percebem de uma forma globalmente mais negativa a sua experiência comparativamente com as que tiveram um parto eutócico (Conde et al., 2007). Estes eram dados fundamentais na elaboração de processos de diagnóstico de enfermagem tendo em vista identificar o mais precocemente possível, as utentes e famílias suscetíveis a ter maior dificuldade ao longo da transição e de forma a estabelecer estratégias para prevenir problemas na adaptação ao papel parental. É de salientar que a maioria das famílias que cuidamos demonstravam felicidade e satisfação na forma como decorreu este evento.

O período de pós-parto é frequentemente um período de baixo risco de complicações. Contudo, poderão surgir complicações das quais destacamos a hemorragia pós-parto, as coagulopatias, a doença tromboembólica, as infeções pós-parto, as complicações pós-anestésicas e psicológicas (Graça, 2010). No momento da admissão importava-nos por em prática intervenções que visassem as atividades de diagnóstico de vários focos de Enfermagem.

A hemorragia pós-parto é a complicação mais comum deste período sendo a maior causa de morbidade e mortalidade materna mundial (Lowdermilk e Perry, 2008). As principais causas de hemorragia no pós-parto imediato, isto é, nas primeiras 24 horas são a atonia uterina, o traumatismo do canal de parto, a retenção de tecido placentário, a inversão uterina e as coagulopatias. Já a hemorragia pós-parto tardia ocorre após as 24 horas ou até às seis semanas após o parto e a etiologia inclui a subinvolução do leito placentário, a presença de fragmentos placentários ou membranares e a endometrite crónica. Por outro lado, devem ser considerados também, outros fatores de risco como: a história de hemorragia pré-parto, complicação no terceiro período do TP em gestação

anterior, placenta acreta, multiparidade, gravidez gemelar, macrosomia fetal, coagulopatia materna prévia, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, uso de oxitocina durante o TP, TP precipitado, parto instrumentado, febre intraparto e ruptura prematura de membranas.

Tendo sido identificado o Risco de Hemorragia (ICNP, 2011) na puérpera, desenvolvemos um planejamento de cuidados com intervenções adaptadas às nossas clientes que incluíam a monitorização dos sinais vitais (frequência respiratória e cardíaca, TA, temperatura e dor), a observação da coloração da pele e mucosas; avaliação da involução uterina, verificar a formação do globo de segurança de pinard e a monitorização da altura uterina. Vigiamos também quantidade e coloração dos lóquios. Verificamos ainda a perda hemática perineal ou na ferida cirúrgica abdominal. As puérperas eram informadas de sinais desta complicação para que pudessem informar a equipa de saúde caso surgissem.

Outro diagnóstico identificado foi Risco de Infecção na puérpera (ICNP, 2011). A infecção puerperal é outra das complicações mais comuns cuja definição engloba toda e qualquer infecção do trato urogenital que ocorra nos 28 dias após o parto. Estávamos cientes que os sinais e sintomas incluem: febre em pelo menos duas medições consecutivas e intervaladas de seis horas após as primeiras 24 horas pós-parto, e pode ainda haver sintomas como taquicardia, dor pélvica, lóquios com cheiro fétido, subinvolução uterina, disúria, polaquiúria e oligúria. As infecções mais comuns são a endometrite, as infecções da ferida cirúrgica abdominal ou perineal (episiorragia ou traumática), infecções urinárias e as mastites (Davis, 2012; Graça, 2010). Desta forma, foram planejados cuidados que incluíam intervenções como: a monitorização dos sinais vitais (frequência respiratória e cardíaca, TA, temperatura e dor) e a observação da coloração da pele e mucosas. Vigiamos os lóquios quanto à coloração e cheiro. Verificamos ainda o períneo; a presença de ferida perineal, edema, rubor, equimose ou sinais infecciosos. Vigiamos o penso da ferida abdominal. Observamos as mamas e despistamos lesões do mamilo.

Devido à indicação de repouso no leito nas primeiras horas após o parto, as puérperas encontravam-se dependentes no autocuidado. Tendo em conta o Diagnóstico de Conforto (ICNP, 2011) eram realizados os cuidados de higiene parciais, perineais, mudança de roupa, ou atendidas outras necessidades. Era iniciada a dieta assim que a puérpera a tolerasse no caso de partos vaginais (a maioria já tinha iniciado no bloco de partos); e recomendada a pausa alimentar de seis horas em mulheres submetidas a cesariana por anestesia geral (Graça et al., 2010; ACOG, 2007; Jacob, 2012).

No período puerperal, o restabelecimento da função urinária e intestinal era fundamental pois está fortemente relacionada com a confirmação da integridade da musculatura adjacente ao canal do parto e dos tecidos dos órgãos abdominais, no caso de cesariana (NICE, 2011). O Risco de Retenção Urinária (ICNP, 2011) estava associado à diminuição do tônus vesical, ao edema causado pelo parto ou ao medo do desconforto a urinar. A distensão da bexiga poderia provocar o deslocamento do útero acima do umbigo, promovendo a atonia uterina (Lowdermilk e Perry, 2008). Era esperado que a puérpera urinasse espontaneamente dentro de seis a oito horas após o parto ou desalgaliação, pelo que as mulheres eram incentivadas a ingerir líquidos e a urinar precocemente. A nossa atuação passava ainda, por vigiar presença da primeira micção espontânea, assim como a quantidade e as características da urina ou presença de disúria. Era avaliada a presença de micções de quatro em quatro horas nas primeiras 24 horas pós-parto. Em casos em que foi detetada dificuldade da puérpera em urinar espontaneamente e/ou na presença de globo vesical, eram promovidas algumas intervenções que facilitassem a micção como a abertura de uma torneira para que fosse audível o som de água a correr; mergulhar as mãos em água morna ou aplicar água morna no períneo. Caso estas intervenções se revelassem ineficazes e passadas oito horas era realizado esvaziamento vesical intermitente com uma sonda de baixo calibre e mantida a vigilância da eliminação urinária.

Existem vários fatores que contribuem para a obstipação no pós-parto como a diminuição do tônus muscular abdominal e perineal, a diminuição da ingestão de alimentos sólidos durante o TP e parto e a dieta da puérpera durante os primeiros dias; a presença de lesões perineais e hemorroidas e devido à imobilidade causada pelo repouso no leito. Para além disso, o efeito da progesterona estabelecido durante a gestação também contribui para este aspeto. Quando o Risco de Obstipação (ICNP, 2011) foi identificado foram estabelecidas intervenções como: incentivar o levante e a deambulação precoces; incentivar o aumento ingestão hídrica e alimentos ricos em fibras, quando necessário era-lhes proposto a administração de emolientes ou laxantes. Por outro lado, era também importante que a parturiente compreendesse que poderiam ocorrer alterações no seu padrão de eliminação intestinal habitual (NICE, 2006; Davis 2012).

A Trombose Venosa Profunda dos membros inferiores na gravidez e no período pós-parto eleva substancialmente a morbidade e mortalidade materna (Kalil et al., 2008). No que se refere ao Potencial de Risco no Processo Vascular (ICNP, 2011) eram aconselhadas as mobilizações ativas dos membros inferiores no leito, de forma a prevenir o comprometimento vascular, tais como a flexão e extensão alternada dos pés e das pernas,

movimentos de rotação da articulação tibiotársica e hiperextensão e relaxamento dos joelhos. Aconselhávamos ainda, o levantar e a deambulação precoces assim que tivesse desaparecido o efeito anestésico, já que estes são determinantes na prevenção e redução da incidência de tromboembolismo, para além de melhoram a função intestinal e vesical, promovem a involução uterina e libertação dos lóquios e promovem, ainda, a autonomia da mulher. (NICE, 2006; Montenegro e Rezende-Filho, 2013; Graça et al., 2010; Lowdermilk e Perry, 2008). Considerávamos fatores de risco como: idade materna, etnia, consumo tabágico, índice de massa corporal, pré-eclâmpsia, parto cirúrgico e antecedente pessoal ou familiar de trombose venosa (Bain et al., 2014). As mulheres eram incentivadas a deambular frequentemente após quatro horas num parto vaginal e após seis horas nos partos por cesariana, de acordo com o protocolo do serviço. O primeiro levantar era efetuado após o início da dieta e era assistido por uma enfermeira após a monitorização da TA e a vigilância de possível lipotimia.

Tendo em conta o Risco de Hipotensão e o Risco de Queda (ICNP, 2011) as mulheres eram aconselhadas a aguardar pelo menos oito horas antes de tomarem duche e depois deste período eram acompanhadas na ida à casa de banho, certificando-nos da presença de campainha para pedido de auxílio e de uma cadeira no chuveiro. O primeiro banho de chuveiro era supervisionado, como aconselha Campos et al. (2008).

Relativamente ao foco de Dor (ICNP, 2011) foram implementadas intervenções não farmacológicas e farmacológicas, das quais podemos salientar a aplicação de gelo protegido com compressas no períneo, o incentivo a duchas relaxantes, a aplicação de calor nas mamas. Eram ainda administrados fármacos como o paracetamol, ibuprofeno e diclofenac por via oral, intramuscular ou endovenosa, dependendo da prescrição médica de cada puérpera.

No âmbito dos cuidados de enfermagem que prestamos nesta fase de puerpério outros diagnósticos que estavam presentes foram a Ferida Cirúrgica abdominal ou perineal e a Laceração (ICNP, 2011). Relativamente à episiorrafia ou lacerações os cuidados já foram descritos. No que se refere à ferida operatória decorrente de uma cesariana, fazíamos a remoção do penso compressivo aquando do primeiro levantar e executávamos a limpeza da ferida com soro fisiológico. Era observado o aspeto da ferida quanto à presença de sinais inflamatórios ou exsudado. Seguidamente, era colocado um penso oclusivo impermeável. Não havendo sinais inflamatórios o tratamento à ferida era realizado, novamente, no dia da alta clínica.

Durante a permanência no internamento era assegurada a vigilância da evolução fisiológica das puérperas pondo em prática atividades de diagnóstico dos focos de enfermagem já descritos. Seguidamente, descreveremos as intervenções que foram postas em prática em todos os turnos. Procedíamos à avaliação dos sinais vitais (TA, frequência cardíaca, temperatura e dor) e observação da coloração da pele e mucosas. Numa perspectiva céfalo-caudal, observávamos as mamas e possíveis lesões mamilares como fissuras ou maceração. Avaliávamos a involução uterina e massajávamos o fundo uterino. A observação da coloração, quantidade e cheiro dos lóquios era também fundamental na nossa avaliação. Vigíavamos o períneo com o objetivo de avaliar o estado cicatricial e sinais de infeção a todas as puérperas, principalmente nas que tiveram episiorrafias ou lacerações, assim como foi avaliada a presença de dor, desconforto, ou edema. Avaliávamos as funções vesical e intestinal. Estas avaliações foram realizadas de quatro em quatro horas nas primeiras 24 horas e posteriormente, uma vez por turno (NICE, 2006).

Foi assegurada a profilaxia da isoimunização Rh a todas as puérperas cujo tipo de sangue era do tipo Rh negativo, não-sensibilizadas previamente isto é, com teste de Coombs indireto negativo e o recém-nascido era Rh positivo; com a administração de 300 ug de imunoglobulina anti-D via intramuscular, num período máximo de 72 horas pós-parto, com o intuito de promover a saúde para futuras gestações (NICE, 2006; Direção Geral de Saúde, 2007; Freitas et al., 2001; Nasim et al., 2011). As mulheres eram esclarecidas quanto à importância deste procedimento já que a ocorrência de isoimunização é uma causa comum de anemia hemolítica e hiperbilirrubinemia no RN e, pedido o seu consentimento.

Os internamentos hospitalares são cada vez mais curtos, na maioria dos serviços o período estimado de internamento em partos vaginais são de 48 horas e cerca de 72 horas em partos por cesariana, não havendo complicações pós-parto (American Academy of Pediatrics e ACOG; 2007). Era fulcral que neste curto período de tempo a família fosse dotada de conhecimentos, preparando a alta hospitalar. No âmbito do foco do Autocuidado no pós-parto (ICNP, 2011) era avaliado o conhecimento da mulher sobre o processo de involução uterina, sobre a massagem no fundo uterina, a necessidade de trocar frequentemente os pensos absorventes (a cada micção e/ou dejeção ou num máximo de quatro em quatro horas) e sobre as características dos lóquios, a quantidade, cor e cheiro. Reforçávamos a importância de manter uma higiene adequada; a importância da lavagem das mãos antes de contactar com o períneo, lavar o períneo com água tépida e gel de limpeza com pH neutro ou ginecológico, no sentido antero-posterior e manter a zona

perineal o mais seca possível para facilitar a cicatrização. Eram avaliados conhecimentos acerca dos sinais de potenciais complicações da cicatrização perineal. Quando detetado edema e dor perineal era incentivada e facilitada a aplicação de gelo cerca de quatro vezes diárias (NICE, 2006; Lowdermilk e Perry, 2008; Davis, 2012). Nos casos das utentes submetidas a parto cirúrgico instruíamos a puérpera a não praticar esforços que aumentassem a pressão intra-abdominal, instruíamos a forma adequada para se levantar, deitar ou sentar; aconselhávamos a utilização de cinta abdominal, bem como, os cuidados de vigilância com a ferida abdominal (Graça, 2010). Era ainda avaliado, o conhecimento da puérpera sobre estratégias para a prevenção da maceração, fissuras do mamilo e ingurgitamento mamário; estratégias de conforto ou de gestão da dor; conhecimentos e estratégias a adotar para um funcionamento intestinal e urinário adequado. Como prevenção e ajuda na recuperação pós parto, prevenindo a incontinência urinária, as mulheres foram instruídas e incentivadas a executar exercícios de Kegel, abordávamos ainda a sexualidade e discutíamos métodos anticoncepcionais.

A Sexualidade continua a ser um tema tabu não sendo uma temática abordada frequentemente pelos casais. Contudo, quando era estabelecido diálogo acerca do tema mostravam-se recetivos e demonstravam ter dúvidas e até alguns receios para os quais procuravam esclarecimento. A nossa preocupação prendia-se em criar um clima de privacidade e confiança para que o casal pudesse expor os seus sentimentos. Em algumas situações pareceu-nos pertinente explorar esta questão individualmente com a mulher, quando esta demonstrava grande ansiedade em retomar a atividade sexual tentando explorar as suas razões. O parto e o nascimento de um filho poderá ter efeitos não só físicos, mas também psicológicos no ato sexual, intimidade do casal e relação conjugal. Alves (2008, p. 4) afirma que:

“A diminuição do desejo e do prazer sexual e a alteração dos padrões de actividade sexual são mudanças que se verificam depois do nascimento do bebé, o que não se reconhece geralmente é que estes problemas podem persistir muito depois do fim dos cuidados pós-natais convencionais.”

Relativamente ao foco Sexualidade, era importante ressaltar que a sexualidade poderia ser retomada quando ambos os elementos do casal se sentissem disponíveis e motivados para tal. É essencial que haja um relacionamento conjugal saudável, baseado em respeito mútuo, compreensão e cumplicidade; e que haja comunicação para que possam ser expressados sentimentos relativos à sexualidade. Assim como, é importante manterem algum tempo apenas para ambos. Neste sentido, os casais eram informados, que atendendo à parte física, poderiam recomeçar a atividade sexual de forma segura por volta

das quatro semanas após o parto vaginal, havendo cicatrização da ferida perineal e não havendo hemorragia ou sinais de infecção; e seis semanas após uma cesariana e preferencialmente, após a consulta de revisão de puerpério (NICE, 2006). Eram abordadas as alterações que poderiam experienciar no retorno à vida sexual, bem como estratégias para as ultrapassar. O pós-parto é um período de reduzida ou ausente atividade sexual para a maioria das mulheres, devido a vários fatores como o cansaço inerente à gravidez e ao parto e a preocupação em assegurar os cuidados necessários ao bebê. Para além disso, fisicamente o seu corpo sofreu alterações particularmente se ocorreu uma episiotomia ou laceração. Nas primeiras seis semanas e até ao sexto mês após o parto, o hipoestrogenismo reduz a lubrificação vaginal, podendo causar dispareunia. Existe depleção de esteroides que inibe a vasocongestão característica da tensão sexual, conseqüentemente as reações à estimulação sexual no pós-parto caracterizam-se por uma redução, na rapidez e intensidade de resposta. A vasocongestão dos grandes e pequenos lábios está diminuída no orgasmo, tendo este uma duração menor e a força das contrações orgásmicas estão reduzida (Alves, 2008). Por outro lado, a musculatura pélvica e abdominal também sofreu alterações o que poderá ter alguma influência. O uso de gel lubrificante à base de água para ajudar a aliviar o desconforto durante a relação sexual pode ser uma boa estratégia, especialmente se a mulher estiver a amamentar. Mais uma vez foram enfatizados os benefícios da execução de exercícios de Kegel e abdominais. Também a partilha das tarefas domésticas e da responsabilidade de cuidar do RN, pode ser um bom aliado, para a melhoria da sexualidade (Brtnicka, Weiss e Zverina, 2009).

As atividades de diagnóstico no âmbito do foco de Uso de Contraceptivo (ICNP, 2011) baseavam-se na avaliação do conhecimento relativamente aos métodos contraceptivos que poderão ser utilizados nesta fase, estando a mulher a amamentar ou não. A pílula progestativa apenas poderá ser iniciada seis semanas após o parto já que ainda não é conhecido o efeito sobre o desenvolvimento hepático ou cerebral do RN; não afetando a quantidade ou qualidade do leite materno. A mulher poderia também optar pela amenorreia lactacional, dispositivo intrauterino com cobre ou levogestrel (quatro semanas pós-parto) ou poderia ainda o casal optar por métodos definitivos. Eram informados acerca destes métodos e salientado que até à escolha do método era aconselhado o uso de preservativo (DGS, 2008; WHO, 2010).

As patologias associadas ou concomitantes maternas mais frequentes no puerpério são as doenças hipertensivas e a diabetes. As mulheres com HTA crónica ou gestacional grave têm maior potencialidade de desenvolver complicações pós-parto, como edema

pulmonar, agravamento da HTA, encefalopatia hipertensiva e insuficiência renal aguda (Graça, 2010; Campos et al., 2008). A vigilância nesta situação é muito importante principalmente nas primeiras 48 horas pós-parto, sendo que na MJD os casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia eram encaminhadas para a Unidade de Cuidados Intermédios de Ginecologia e Obstetrícia.

No caso da diabetes gestacional ou prévia foi identificado o diagnóstico de Risco de Metabolismo Alterado (ICNP, 2011) e o planeamento de cuidados incluiu a monitorização da glicemia capilar em jejum e pré-prandial e em alguns casos de duas em duas horas; vigilância dos sinais de hipoglicemia ou hiperglicemia. Mediante os valores de glicemia poderia ser administrada insulina de ação rápida subcutânea. Por norma, na diabetes gestacional os valores glicémicos revertiam para a normalidade no pós-parto. Os nossos cuidados foram também centrados no aconselhamento de uma dieta adequada à situação; e no incentivo à adoção de hábitos de vida saudáveis como a prática de exercício físico, já que no caso das mulheres com diabetes gestacional, a redução do peso e a atividade física diminuem o risco de desenvolvimento de diabetes no futuro (Lowdermilk e Perry, 2008; Graça, 2010). Estas mulheres foram ainda, encaminhadas para uma consulta de reavaliação da diabetes em que é efetuada a prova de tolerância à glicose oral entre as seis e as doze semanas pós-parto.

Demos também particularmente atenção a possíveis complicações pós-anestésicas sendo que detetamos em duas puérperas a presença de cefaleias intensas que apesar de melhorarem com a administração de analgésicos, agravavam com a tentativa de levantar. A punção da dura-máter e o conseqüente extravasamento de líquido cefalorraquidiano durante a colocação do cateter epidural poderá causar cefaleias, fotofobia e alterações auditivas (Lowdermilk e Perry, 2008). As nossas intervenções passaram por explicar à utente/casal que esta era uma situação decorrente da analgesia epidural bem como, assegurar o máximo de conforto possível através da manutenção de um ambiente calmo e escurecido, manter a cabeceira da cama baixa, administração de analgesia prescrita e incentivar a ingestão hídrica. Foi também fundamental assegurar os cuidados ao RN, auxiliar na amamentação, auxiliar ou substituir a mãe ou casal sempre que necessário e possível.

O período neonatal é caracterizado por adaptações fisiológicas e comportamentais à vida extrauterina e pelo estabelecimento de vínculos entre o RN e os cuidadores. Considerando o diagnóstico de Risco de Hipotermia e Ligação Mãe/Pai-Bebé (ICNP, 2011)

incentivávamos a colocação do bebé junto da mãe, preferivelmente em contacto pele com pele para promover o aquecimento do RN e a ligação que se começava a estabelecer.

A vigilância do bem-estar, adaptação e desenvolvimento do RN foi uma das nossas prioridades, considerando fatores de risco que pudessem existir. Foi identificado o diagnóstico de Risco de Desenvolvimento Infantil Inadequado (ICNP, 2011) a RN que cuidamos. Primeiramente observávamos o estado geral do RN; a cor para despiste de cianose ou icterícia neonatal, a permeabilidade das vias aéreas, os reflexos primários, o tamanho da cabeça e possíveis alterações, o tónus e reatividade. Vigiávamos a capacidade do bebé para se alimentar e a presença de dejeções e micções e as suas características; por ser um indicador de boa adaptação extrauterina e de ingestão nutricional adequada. Outro aspeto a considerar era o peso. O RN pode perder cerca de 10 a 12% do peso corporal com que nasceu nos primeiros dias. É contudo, esperado, que ao final de 14 dias tenham recuperado pelo menos, o peso do nascimento (González, 2011). Assim, uma das intervenções foi a monitorização do peso e glicemia capilar (se adequado), sempre que houvesse dúvidas na eficácia da alimentação e suspeita de perda de peso excessiva e também no dia da alta clínica. No turno da manhã eram ainda postas em prática intervenções como: colheitas de sangue, administração de vacinas e realização do diagnóstico precoce. Os pais eram informados acerca da perda de peso fisiológica, do tempo de recuperação esperado e sobre o procedimento executado no diagnóstico precoce, bem como sobre como poderiam aceder aos resultados. Relativamente à vacinação, os pais foram informados sobre os possíveis efeitos adversos, formas de proporcionar bem-estar ao RN e aspeto cicatricial. Foram ainda desaconselhados a utilizar pensos para tapar o local da vesícula ou aplicar quaisquer antissépticos (DGS, 2012). Observamos os cuidados prestados pelos pais e tentamos planear os horários da prestação de cuidados ao RN na presença do pai promovendo o envolvimento familiar.

O Risco de Hipoglicemia (ICNP, 2011) foi identificado em RN cujas mães tinham diabetes gestacional ou prévia, RN com pesos inferiores a 2500g ou superior a 4000g ou idade gestacional inferior a 37 ou superior a 42 semanas. Era monitorizada a glicemia capilar segundo o protocolo instituído. Avaliamos também a presença de sinais característicos de hipoglicemia como tremores, taquipneia, cianose, choro agudo ou fraco, hipertonicidade, dificuldade em mamar, sucção frenética das mãos, diminuição do sono, sudorese, espasmos, hiperbilirrubinemia, espirros, vómitos, instabilidade da temperatura, diarreia e convulsões (Freitas, 2009). Por norma, a hipoglicemia era resolvida com aumento

da ingestão alimentar. Em situações em que isto não era suficiente os bebês eram transferidos para a neonatologia onde faziam terapia endovenosa.

A icterícia neonatal está associada a prematuridade, baixo peso, história materna de diabetes mellitus ou pré-eclâmpsia, incompatibilidade ABO ou Rh, presença de equimoses e/ou cefalematoma, parto traumático, predisposição genética, desidratação, dificuldades na amamentação e com a própria amamentação (Mannel et al., 2011). O diagnóstico diferencial é realizado através do teste de branqueamento que deve ser realizado à luz do dia e consiste em pressionar uma área óssea (nariz, testa ou esterno) com um dedo durante alguns segundos para esvaziar a rede capilar dessa zona. Na presença de icterícia a área pressionada fica amarelada antes dos capilares voltarem a encher de sangue. Em bebês de pele escura devem ser observadas as conjuntivas oculares e a mucosa oral. A icterícia manifesta-se no sentido céfalo-caudal, iniciando-se na face e progredindo gradualmente em direção ao tórax, abdômen e extremidades (Rodríguez Miguélez e Figueras Aloy, 2008). Quando detetávamos que o RN apresentava icterícia explicávamos à mãe esta condição e aconselhávamos o aumento de mamadas e/ou suplementação com leite materno no final da mamada, de forma a aumentar a motilidade intestinal promovendo a excreção de bilirrubina (Hockenberry et al., 2006). Procedíamos à colheita de sangue capilar e dependendo dos valores séricos o RN poderia iniciar fototerapia. Observávamos a frequência, aspeto e quantidade das eliminações. Se o RN iniciasse fototerapia reforçávamos a importância do aumento da frequência de mamadas para prevenir a desidratação. Mantínhamos a vigilância da coloração da pele e as áreas atingidas.

Outro diagnóstico de enfermagem que importa referir é a Dor (ICNP, 2011). Aquando da realização de procedimentos que causavam dor como punção do calcanhar, punção venosa ou administração de medicação injetável, pedíamos a colaboração dos pais. Sempre que estes concordaram foram incentivados a segurar no bebé, afagá-lo, acaricia-lo e embalá-lo. Às mães que amamentavam era sugerido que o fizessem, durante e após o procedimento. Em casos de crianças com lesões corporais decorrentes do parto como bossa sero-hemática, fratura da clavícula, ou outra, era administrado paracetamol oral a cada seis ou oito horas, segundo prescrição médica.

A amamentação refere-se ao “padrão alimentar ou ingestão de líquidos: alimentar uma criança oferecendo leite materno”; sendo que a amamentação exclusiva consiste em “alimentar exclusivamente com leite materno, excluindo outros tipos de alimentos nos primeiros quatro a seis meses de vida da criança” (ICNP, 2011, p. 39). Assume-se como um dos aspetos mais desafiantes no período pós-parto. As vantagens da amamentação são

inúmeras para a mãe e para o RN. O leite materno possui todos os nutrientes que o RN necessita nas quantidades e à temperatura adequadas, é facilmente digerível, contém fatores anti-infecciosos e de crescimento ao contrário dos leites de fórmula. A amamentação reforça os laços afetivos entre a mãe e o RN. Promove uma rápida e eficaz perda de peso, melhorando a autoestima da mulher; contribuindo ainda para a prevenção de várias doenças. Para o meio ambiente, também é vantajoso já que não produz poluição (Galvão, 2006; Bértolo e Levy, 2008). Todavia, o ato de amamentar necessita de ser aprendido, não sendo um ato instintivo na espécie humana. As mulheres que amamentam, principalmente pela primeira vez, necessitam de modelos ou guias práticos para conduzir o processo. Existem diversas variáveis que podem influenciar a decisão e o sucesso do aleitamento materno. Variáveis demográficas como idade materna, presença paterna na estrutura familiar, número de filhos e experiências anteriores de amamentação. Variáveis socioeconômicas que dizem respeito à renda familiar e escolaridade materna e paterna. Variáveis associadas à assistência pré-natal como orientação sobre amamentação e desejo de amamentar. E ainda, variáveis relacionadas com a assistência no pós-parto imediato, que se referem a alojamento conjunto e apoio prestado pelos profissionais de saúde (Araújo et al. 2008). Com as mudanças familiares atuais, em que as famílias alargadas são cada vez menos; o EEESMO desempenha um papel crucial no apoio e promoção do aleitamento materno. Durante as primeiras experiências de amamentação a nossa presença era fundamental para auxiliar a lactante a estabelecer uma mamada eficaz.

A OMS preconiza que o aleitamento materno deve ser exclusivo até aos seis meses de vida e mantida até aos dois anos ou mais, conjuntamente com a alimentação diversificada. Na sua declaração em parceria com a United Nations Children's Fund (UNICEF) designada por Declaração de Innocenti (1992), reconhecem que este padrão de alimentação infantil constitui um processo único capaz de reduzir a mortalidade e morbidade infantil, onde se assumiram as “Dez Medidas para um Aleitamento Materno com sucesso” que devem ser preconizadas nos “Hospitais Amigos dos Bebés”. Estas dez medidas visam libertar os hospitais da dependência dos substitutos do leite materno e incentivá-los a apoiarem o aleitamento materno. A MJD foi uma das primeiras instituições a ser considerada “Amiga dos Bebés” a nível nacional, pondo em prática as dez medidas ou passos na rotina hospitalar de modo a promover a adesão ao aleitamento materno exclusivo, que são as seguintes: ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde; dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política; informar todas as grávidas sobre as

vantagens e a prática do aleitamento materno; ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento; mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente; não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica; praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia; dar de mamar sempre que o bebê o queira; não dar tetinas nem chupetas às crianças amamentadas até que esteja bem estabelecida a amamentação; encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno encaminhando as mães para estes, após a alta do hospital ou da maternidade. Também a nossa prática se baseou nestas medidas e assim foram concebidas, planeadas, implementadas e avaliadas intervenções durante todo o estágio que promovessem o aleitamento materno. Sempre que pertinente foi abordada a temática da “Amamentação”, durante todo o estágio e em algumas sessões de preparação para a parentalidade que pudemos efetuar. Promovemos o aleitamento materno na sala de partos, na primeira meia hora após o nascimento.

Na admissão da puérpera e RN no serviço de puerpério era abordada a temática do aleitamento materno com o objetivo de tentar perceber a sua motivação para amamentar, experiências de amamentação anteriores e dúvidas ou mitos que poderiam existir. Questionávamos a mulher sobre a forma como pretendia alimentar o bebê; observávamos as mamas, as características do mamilo e possíveis lesões; a presença de colostro ou secreção láctea. Perguntávamos se o bebê tinha sido amamentado após o nascimento, como se tinha sentido a amamentar e qual a sua perceção sobre a eficácia dessa mamada. A todas as puérperas foi identificado o diagnóstico de Potencial para melhorar o conhecimento sobre o amamentar (ICNP, 2011). E neste âmbito esclarecemos as dúvidas que foram sendo colocadas bem como implementamos intervenções como: ensinar e instruir sobre amamentar; instruir e treinar sobre técnica de amamentação; ensinar sobre vantagens da amamentação; ensinar sobre relação entre amamentação e vinculação mãe/filho e providenciar material de leitura sobre amamentação.

As dúvidas mais verbalizadas durante o internamento prendiam-se com a duração e número das mamadas, o uso de chupetas e tetinas, o posicionamento para amamentar e os sinais de boa pega. As puérperas foram aconselhadas a dar de mamar num total de oito a dez vezes por dia, acordando o RN se este dormisse para além das três horas. Após este período neonatal estando o RN bem adaptado à mama e a ganhar peso corretamente eram aconselhadas a amamentar em livre demanda (Hitos e Periotto, 2009). Foram também

aconselhadas a dar uma mama até que o RN a esvaziasse totalmente (parando espontaneamente ou verificando que a mama ficava mais mole) e só depois oferecer a outra, sendo que na mamada seguinte deveria iniciar pela mama mais cheia, devido às características nutricionais e tipos de leite produzido. Nesta fase a maioria dos RN mamava apenas numa mama. Foi enfatizada a importância de evitar o uso de chupeta ou utilizá-la apenas quando a amamentação já estivesse bem estabelecida, foram instruídas a dar suplemento alimentar ao RN, quando prescrito, por copinho. As mães foram instruídas acerca dos posicionamentos corretos que poderiam adotar para amamentar e incentivadas a experimentar diferentes posições para promover o esvaziamento de todos os ductos mamários e aumentar a confiança da puérpera na sua capacidade para variar as posições. Eram ainda abordados os sinais de boa pega e sucção vigorosa do RN como: boca bem aberta, lábio inferior virado para fora, bochechas arredondadas, queixo junto à mama, mais aréola visível acima do lábio superior, sinais do reflexo de ejeção de ocitocina, movimentos de sucção profundos e com algumas pausas. Observávamos a mãe e o RN durante pelo menos uma mamada e utilizávamos a grelha de verificação da mamada sugerida pela OMS/UNICEF (2006), que em 2008 foi adaptada pelo Comité de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno em Portugal (Gonzalez, 2011). Outro aspeto importante é a privacidade, que nem sempre é fácil de atender tendo em conta o contexto do internamento. De qualquer forma foi uma premissa que nos guiou sempre, tentamos manter o máximo de privacidade possível promovendo o conforto e um ambiente propício à amamentação. Procuramos informar as famílias de instituições ou grupos de apoio na comunidade promotoras da amamentação, preparando a alta.

Frequentemente as mães referiram preocupação com a possibilidade de não terem leite suficiente para o bebé ou o leite não ser de boa qualidade. Estas crenças surgiam algumas vezes por ainda não ter havido a subida ou descida de leite, por o bebé chorar ou demonstrar necessidades de sucção mesmo após as mamadas ou por o padrão das mamadas se ter alterado, estando o bebé a mamar com maior frequência ou a fazer mamadas mais prolongadas. Desta forma, foram explicados os sinais de fome e saciedade do RN, as características nutricionais do leite, verificamos a pega e o posicionamento, incentivamos o aumento da frequência das mamadas para que consequentemente houvesse aumento da produção de leite; referíamos a importância de amamentar durante a noite devido aos níveis de prolactina serem superiores, os mecanismos de ejeção de leite e elogiamos a mãe pelo seu esforço, realçando aspetos positivos com o objetivo de que a mãe se sentisse mais segura e confiante na sua capacidade de amamentar e ainda,

demonstramos apoio, já que estes são fatores importantes para o sucesso da amamentação (Gonzalez, 2011).

Algo que se verificava nos primeiros tempos pós parto era a dificuldade em acordar o bebê para mamar e mantê-lo acordado durante a mamada. Demonstramos estratégias para estimular o bebê antes e durante a mamada. Sugerimos mudar a fralda, conversar com o bebê, retirar-lhe alguma roupa, pegar no RN ao colo e deixá-lo em contacto com a pele da mãe, massajar a mama, durante a mamada para auxiliar na libertação do leite (Saraiva, 2010).

Outros focos de enfermagem identificados no âmbito do aleitamento materno foram o Ingurgitamento Mamário, a Maceração e Fissura Mamária e consequente Dor (ICNP, 2011) durante as mamadas. A nossa atuação passou pela prevenção destas complicações e, quando necessário, no tratamento das mesmas. O Ingurgitamento Mamário poderá surgir após a subida do leite. Pode ser prevenido com o início precoce da amamentação, com as mamadas em livre demanda e com pega e posicionamento corretos. Quando ocorreu o ingurgitamento para além das medidas anteriores, foram aconselhada a aplicação de calor e a execução de massagens circulares na mama antes de cada mamada para permitir que a mama ficasse menos tensa e dolorosa e facilitar a pega e sucção do RN. É fundamental aumentar o número de mamadas, ou fazer extração manual ou com bomba. Após cada mamada/extração de leite, as mulheres eram também aconselhadas a aplicar compressas frias, para diminuir a inflamação e aliviar a dor e desconforto, bem como a utilizar um sutiã que proporcionasse um bom suporte e adaptado ao tamanho da mama. Em alguns casos foram administrados analgésicos em intervalos regulares (Gonzalez, 2011). A principal causa das fissuras e maceração no mamilo está relacionada com a má pega do RN. Assim, foi fundamental identificar pegas inadequadas e corrigi-las, bem como instruir as mulheres sobre boa pega e a forma de interromper a mamada para corrigir a pega do RN (Mannel et al., 2011). Para além disto, as puérperas foram aconselhadas a realizar a higiene das mamas apenas com água no seu duche diário, a aplicar colostro ou leite no mamilo no final de cada mamada e exporem os mamilos ao ar sempre que fosse oportuno. O uso de cremes ou gel de banho com perfumes foram desaconselhados pois podem levar à recusa do RN em pegar na mama. Em alguns casos também advogamos o uso de pomada cicatrizante preferencialmente as que não precisavam de ser removidas antes de amamentar, ou apósitos de hidrocolóide. Desaconselhamos o uso de discos protetores de mamilo de algodão pelo risco de infeção (Levy e Bértolo, 2008; Saraiva, 2010).

Identificamos em algumas situações o diagnóstico de Amamentar Comprometido (ICNP, 2011), quando os RN tinham uma perda de peso maior que a desejada ou quando havia grande dificuldade em adaptar o bebê à mama, mesmo depois das intervenções já descritas. As intervenções implementadas passaram por verificar novamente a eficácia da pega e tentar arranjar estratégias com a mãe para a sua correção. Aconselhamos ainda que a mãe extraísse leite e que o oferecesse por copo após cada mamada. Se a produção de leite não fosse suficiente poderia ser necessária a suplementação com leite artificial. Estas intervenções visaram o aumento de peso rápido para que o bebê conseguisse mamar melhor e assim houvesse maior produção de leite e com o tempo, conseguirmos retirar esta suplementação restabelecendo a amamentação exclusiva (González, 2011).

O aleitamento materno traz benefícios inquestionáveis à mãe, bebê e sociedade. Contudo, é importante que se considere que a decisão de amamentar é individual estando sujeita a influências resultantes da socialização de cada mulher, a fatores emocionais e psicológicos (Levy e Bértolo, 2008) e que se aceite e respeite as suas decisões. As campanhas de promoção do aleitamento materno podem incutir na mãe o dever de amamentar, fazendo com que as mães que optam por não amamentar sintam que não são boas mães por terem tomado esta decisão. Contudo, a decisão de amamentar cabe à mãe. Durante o internamento contactamos com uma puérpera que decidiu não amamentar. Inicialmente, tentamos perceber o conhecimento que esta mãe tinha acerca das vantagens associadas à amamentação e se a sua decisão poderia estar a ser fundada em crenças ou mitos erróneos que muitas vezes se associam a esta temática. Depois de percebermos que tal não se verificava apoiamos a mulher na sua decisão abstraindo-nos de críticas ou juízos de valor, que poderão ter consequências graves numa fase tão delicada como o pós parto e, poderá ter grande influência na autoestima e confiança da mulher enquanto mãe. Orientamos esta família no caminho escolhido implementado um plano de cuidados, no âmbito do Papel Parental (ICNP, 2011), de forma a potenciar o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades acerca da preparação e administração de leite de fórmula.

No âmbito do foco Papel Parental desenvolvemos intervenções que visavam a aquisição, desenvolvimento e treino de competências parentais, aumentando o sentimento de segurança e mestria do casal na execução dos cuidados ao RN no regresso a casa. Começamos por afirmar a necessidade da lavagem correta das mãos antes e após a prestação de cuidados ao RN. Outro aspeto importante era a remoção de acessórios como relógios, pulseiras ou anéis por questões de higiene e segurança.

Relativamente aos cuidados de higiene ao RN, a evidência mais atual demonstra que o banho de banheira tem mais benefícios para o RN do que o banho parcial, adotando um procedimento de desinfecção do coto umbilical adequado, pois proporciona maior conforto, relaxamento e manutenção da temperatura corporal, durante cinco a 10 minutos e a uma temperatura de 36-37°C. Defende também, a utilização de agentes de limpeza líquidos adequados para bebés com pH neutro, sem parabenos ou álcool já que apresentam melhores resultados do que a utilização de água simples na manutenção do pH da pele do RN. A utilização de emolientes ou cremes hidratantes durante e após o banho criam uma barreira mecânica que auxilia na proteção da pele. O banho é aconselhado duas a três vezes por semana em que deve ser promovido um ambiente agradável e de relaxamento para o bebé. A temperatura ambiente deverá estar entre os 24/25°C, podendo ser utilizado aquecedor 15 minutos antes do banho (Blume-Peytavi et al., 2012; Cunha et al., 2002; Crozier e Macdonald, 2010). Contudo, na MJD o banho era dado por partes devido ao facto de não haver banheiras. Desta forma, foi feito o ensino à família da técnica do banho de banheira embora não fosse demonstrado. Os casais foram aconselhados a manter a temperatura da divisão onde fossem realizar os cuidados de higiene entre os 24/25°C, a preparar todo o material necessário previamente, assim como a fralda e roupa aberta e preparada pela ordem de vestir. A roupa poderá ser aquecida, no entanto deverá ser de forma uniforme e deverá ser sempre confirmada a temperatura de toda a roupa antes de colocar em contato com o RN. Foram informados sobre a importância da confirmação da temperatura da água pelo cotovelo, parte interna do pulso ou termómetro, como forma de evitar hipotermia ou, por outro lado, queimaduras e que deverá ter cerca de sete centímetros de altura. Para evitar perdas de calor eram também incentivados a iniciar o procedimento lavando a face (limpeza dos olhos, ouvidos e nariz) e a cabeça e secando; e posteriormente prosseguir com o resto do corpo. Os casais foram também alertados para nunca deixarem o RN sozinho, pelo risco de afogamento, ainda que isso envolvesse ter que recomeçar a técnica (Beck et al., 2004). Este era um momento em que frequentemente os pais verbalizavam algumas dúvidas acerca de características do RN, como vérnix, acrocianose, mancha mongólica ou acne miliar; que eram esclarecidas. Aproveitamos também para observar o comportamento do RN, o estado de consciência, prontidão e atividade. Era demonstrada a forma de cortar as unhas, preferencialmente enquanto o RN dormia, aconselhando para tal o uso de tesoura de pontas redondas ou limas de papel, destacando a polpa digital da unha antes de cortar; e segurando os restantes dedos do RN (Fernandes, Machado e Oliveira, 2011).

No seguimento dos cuidados de higiene, muitas vezes foram abordadas dúvidas acerca do coto umbilical e da muda da fralda. As nossas intervenções tiveram como objetivo dotar o casal de conhecimentos acerca do tempo de queda do coto umbilical, sensibilidade local, de sinais de onfalite, frequência de desinfecção, sinais de eritema de fralda e de competências para a desinfecção do coto umbilical e limpeza correta da zona perineal. Assim, foi dada a informação sobre as características que o coto iria apresentar ao longo dos dias, o intervalo de dias onde é esperada a queda e de sinais indicadores de potencial infeção. Instruímos e demonstramos a técnica de desinfecção do coto umbilical, e informamos acerca dos produtos que podem ser utilizados. Na MJD era utilizado o álcool a 70%, contudo os casais foram informados de que poderiam usar também, água e sabão neutro, cuidado seco, ou leite materno; não existindo diferenças significativas no que respeita à incidência de infeção, embora a utilização do cuidado seco ou leite humano encurte o tempo de queda (Vural et Kisa, 2006). Alguns casais questionaram acerca do enfaixamento abdominal, tendo sido informados de que esta técnica não previne infeção nem promove a cicatrização. Os pais foram aconselhados a utilizar toalhetes secos ou compressas, a utilizar um sabão neutro sem parabenos, limpar no sentido antero posterior e secar sempre a pele no final da muda de fralda. Frequentemente, esclarecemos dúvidas do casal acerca da presença na fralda de cristais de urato e/ou pseudomenstruação (Hockenberry, 2006).

Considerando a necessidade de manter a segurança do bebé, foi realizado o diagnóstico diferencial acerca de conhecimentos sobre prevenção de acidentes. Desta forma eram abordados temas como: prevenção de quedas, asfixia, engasgamento; afogamento, queimaduras, segurança rodoviária e posicionamento para dormir.

A gestão do choro do RN é um grande desafio para os pais. Durante o período de estágio tivemos a oportunidade de ajudar os casais na identificação e gestão de episódios de choro tendo por base a “Dustan Baby Language” que associa as três causas de choro, no primeiro mês de vida, ao som produzido pelo bebé. (Renanti et al., 2013; Beltran et al., 2013) Desta forma foram implementadas intervenções com o objetivo de promover o desenvolvimento de conhecimentos sobre os diferentes tipos de choro no RN no primeiro mês de vida: choro de fome, choro de desconforto e choro de dor. Para além disto, tínhamos por finalidade dotar os casais de conhecimentos sobre estratégias para a gestão da dor e do desconforto do RN, de forma a acalmar o bebé preferencialmente sem recurso ao uso de chupeta.

Relativamente à Vigilância de Saúde do RN (ICNP, 2011) explicamos os possíveis efeitos adversos das vacinas administradas no internamento (a RN com peso superior a 2000 g) como: dor local, sinais de infeção e reação da vacina anti-tuberculostática bem como, formas de proporcionar bem-estar ao RN. Informamos acerca do rastreio auditivo neonatal e rastreio de cardiopatias congénitas.

O puerpério envolve inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e sociais, que se podem refletir diretamente na saúde mental e humor da mãe. O nascimento do bebé e o assumir das competências parentais, a privação do sono, o isolamento social poderão causar ansiedade e sintomas depressivos. Para além disso, existem alterações na autoimagem, na sexualidade do casal e na identidade feminina (Cavalcanti, 2001 cit. por Cantilino et al., 2010). Estas alterações podem precipitar o início de doença mental ou influenciar o curso de qualquer doença mental pré-existente. As mulheres que tiveram filhos recentemente estão particularmente vulneráveis a doença psiquiátrica, sendo que o risco de desenvolver qualquer perturbação mental é mais elevado nos primeiros doze meses após o parto do que em qualquer outra altura da vida da mulher (Pereira, 2008).

Cerca de 50 a 85% das puérperas apresentam um estado depressivo brando e transitório, que aparece por volta do terceiro a quinto dia e que se resolve habitualmente de forma espontânea até ao final da segunda semana pós parto, denominado de Baby Blues (Cantilino, 2003 cit. por Camacho 2006). É considerada uma condição normal, comum e passageira devida, em grande parte, às alterações hormonais e ao nível de stresse que caracterizam os primeiros dias após o nascimento. Por norma não requer tratamento profissional sendo que o apoio por parte da família e amigos costumam ser suficiente para acelerar a sua resolução. Contudo, a sua ocorrência está associada ao desenvolvimento posterior de depressão pós parto (Pereira, 2008). Esta perturbação emocional é caracterizada por alterações do humor e labilidade emocional. É muitas vezes manifestada irritabilidade, ansiedade, diminuição da concentração, fadiga, insónias, tristeza, raiva, inquietação, sentimentos de incapacidade, e choro fácil (Correia, 2006). Durante o curto período de internamento era fundamental a vigilância de sinais indicativos de risco ou presença de Blues pós parto, bem como, dotar os casais de conhecimentos que permitissem a identificação desta condição, já que a mesma se poderia revelar já no contexto do domicílio. Durante o internamento, foram identificados alguns casos que poderão ser considerados de blues puerperal ou apenas exaustão, cujos sintomas mais frequentes eram irritabilidade e choro fácil. As intervenções de enfermagem envolveram dar informação acerca desta condição efeitos e manifestações; à puérpera e família, escuta-

ativa e incentivo a expressar emoções e sentimentos. Em alguns casos disponibilizamo-nos para cuidar do RN. Para além disto, era fundamental que a puérpera encontrasse estratégias para conseguir descansar e ainda suprir as necessidades do RN. Para tal, enfatizamos a importância de conversar com o companheiro partilhando sentimentos e inseguranças, pedir e aceitar ajuda nas tarefas domésticas e nos cuidados ao bebé; manter contacto social com pessoas próximas e atividades que anteriormente realizava (Cantilino et al., 2010; Zinga et al., 2005).

A depressão pós parto é uma alteração emocional mais grave e que habitualmente começa a manifestar-se a partir do quarta a oitava semana ou em qualquer momento durante o primeiro ano pós parto, com tendência a agravar-se com o tempo, e que pode persistir por mais de um ano (Kennel e Klaus, 2000 cit. por Schmidt, 2005). Tem uma incidência de oito a 10% das mulheres pondo em risco não só a saúde da mulher como o desenvolvimento e saúde adequados da criança e a relação conjugal. Assim sendo, o tratamento desta condição é fundamental (Boyce e Hickey, 2005 cit. por Camacho 2006). A sua etiologia é multifatorial sendo que os fatores mais influentes são a depressão pré-natal, o stresse do papel parental, o stresse recorrente, a falta de suporte social, a ansiedade pré-natal, a relação conjugal problemática, antecedentes de depressão prévia à gravidez, o temperamento “difícil” do bebé, disforia ou blues pós-parto, a baixa autoestima, as baixas condições socioeconómicas, ser solteira, a gravidez não desejada ou não planeada (Correia, 2006; Austin et al., 2007). Os sintomas incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo, desespero, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, queixas psicossomáticas e pensamentos de morte e suicídio. Os sintomas podem também ser físicos como cefaleias, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente (Kennel & Klaus, 2000 cit. por Schmidt, 2005). Uma vez que, a sintomatologia da depressão pós parto não se manifesta no puerpério imediato, os cuidados de enfermagem neste âmbito passaram por informar a puérpera e a família sobre esta patologia bem como dos sinais a que devem estar atentos e as estratégias que podem utilizar para prevenir o seu aparecimento reforçando a importância de recorrer a ajuda profissional o mais precocemente possível (NICE, 2006). Por outro lado, identificamos as mulheres com maior risco para o desenvolvimento deste transtorno, tendo em conta os fatores de risco anteriormente descritos; fazendo menção deste diagnóstico na carta de alta hospitalar.

A psicose puerperal é a doença psicológica mais grave no período do pós-parto é, contudo rara, tendo uma incidência de cerca de 1,1 a quatro em cada 1000 nascimentos (Bloch et al., 2003 cit. por Camacho 2006). Costuma ter um início súbito e abrupto nas duas primeiras semanas após o nascimento. Do quadro clínico fazem parte alucinações, delírios que podem envolver o bebé, estado confusional e comportamento bizarro. Começando geralmente com sintomas de insónia, agitação, paranoia, ansiedade e hiperatividade (Brockington, 2004 cit. por Pereira, 2008). Curiosamente, dada a baixa incidência na população, em contexto de estágio contactei com uma puérpera que desenvolveu este tipo de complicação, tendo sido uma situação difícil de gerir. A utente em questão tinha alucinações auditivas e a convicção de que ela e o seu bebé estariam em perigo, e que os profissionais de saúde lhe queriam “roubar” o bebé. Os cuidados de enfermagem nesta situação em particular passaram por tentar estabelecer diálogo com a puérpera, tentando orientá-la para a realidade, assumindo uma conduta calma e assertiva. O envolvimento e apoio à família foram fundamentais, sobretudo explicando a patologia. No âmbito do Papel Parental (ICNP, 2011) foram planeadas, concebidas, implementadas e avaliadas intervenções dirigidas ao pai e à avó do RN. Tendo a utente sido seguida por psiquiatria.

Outro aspeto de relevo e que altera o bem-estar emocional das famílias é a necessidade de alguns bebés ficarem internados na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia, o que representa para ele e para a sua família uma fase crítica marcada por reações emocionais intensas, caracterizada por confusão e stresse (Barros e Brandão, 2002 cit. por Barros, 2008). Ao longo do estágio contactamos com alguns casais cujos filhos não se encontravam junto deles. Perante o nascimento de um bebé que necessita deste tipo de cuidados, a família não tem tempo de viver a felicidade do parto, sendo invadida por preocupação, ansiedade e agitação. A família inicia o processo de luto/perda do bebé idealizado ao mesmo tempo que se culpabilizam, consciente ou inconscientemente; ou culpabilizam terceiros na tentativa de encontrar uma justificação para a sua situação. Os pais de um bebé de risco necessitam que seja criado um ambiente que permita o processo de luto, bem como a sua verbalização e que este seja recebido como adequado e necessário pelos profissionais de saúde (Brum e Schermann, 2004; Barros, 2008). Devido ao facto de o serviço de puerpério exigir muito apoio às díades mãe-bebé, principalmente no que diz respeito à amamentação, muitas vezes os profissionais acabam por disponibilizar menos tempo a estes casais, não atendendo às suas necessidades emocionais. Sempre que possível, estas famílias eram instaladas em quartos sozinhos ou com casais na mesma situação. Asseguramos o apoio emocional mostrando disponibilidade para a escutar os pais,

permitindo que expressassem as suas emoções. O estabelecimento de uma relação terapêutica conduz a que haja uma maior probabilidade dos pais verbalizarem os seus sentimentos e pedirem apoio permitindo uma melhor adaptação à situação que estão a vivenciar. A nossa atuação tinha por objetivo não só potenciar a transição para a parentalidade satisfatória como promover a Ligação Mãe/Pai-Filho (ICNP, 2011), que poderá estar alterada nestas situações; aconselhando as visitas ao serviço de neonatologia sempre que possível; a técnica canguru se as condições do RN permitissem, tirar fotografias ao RN que pudessem ser partilhadas com a restante família. Para além disto, enfatizamos a importância de que o RN sentisse o toque, o cheiro da mãe e ouvisse a sua voz. O relato de uma puérpera abalou-nos particularmente. Esta mãe demonstrava uma grande angústia e até hesitação por ir pela primeira vez ao Serviço de Neonatologia. Após termos conversado um pouco a puérpera acabou por verbalizar que a sua principal preocupação naquele momento era que não iria ser capaz de reconhecer a sua filha, culpabilizando-se por isso. Perante isto, optamos por questioná-la se pretendia que a acompanhássemos e se de alguma forma isso a poderia ajudar, ao que esta respondeu afirmativamente. Assim, acompanhamos a utente neste momento. Esta situação permitiu-nos refletir na importância de escutar, e que por vezes não é fácil percebermos à partida qual a melhor atitude a tomar.

A preparação para a alta clínica deve ser iniciada aquando da admissão da díade mãe-RN no serviço de internamento. Era desenvolvido um plano de cuidados, individualizado, com vista a que os casais no momento da alta se sentissem empoderados. Durante o internamento foi fulcral identificar o Potencial para a Aquisição de Conhecimentos acerca de sinais de alerta maternos e neonatais, vigilância puerperal, vigilância de saúde infantil, amamentação, dieta, exercícios, contraceção e atividade sexual, entre outros (Lowdermilk e Perry 2008). Antes da alta hospitalar eram reforçados ensinamentos sobre a importância da consulta de revisão do puerpério, da primeira consulta de saúde infantil; alertamos para a importância de efetuar o peso semanal, da vacinação e do diagnóstico precoce, caso não fosse feito no hospital. Os casais foram também informados sobre a linha das parteiras da MJD à qual poderiam recorrer para obter esclarecimentos e, também sobre o atendimento pediátrico. Sugerimos ainda, que se informassem acerca dos recursos existentes na comunidade que deveriam estar disponíveis nas suas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, nas quais poderiam ter apoio. No momento da alta clínica, o casal era instruído sobre a colocação do RN na cadeira auto, colocação dos cintos de segurança e colocação da cadeira no carro. Verificamos também se as cadeiras estavam adequadas ao peso do RN e

se estavam homologadas, tendo por base as normas estabelecidas pela Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) (DGS, 2010).

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

O percurso efetuado durante o estágio de cariz profissionalizante, a elaboração deste relatório e a investigação no âmbito do parto na água proporcionou-nos uma importante oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

O pensamento crítico-reflexivo, para além de ter contribuído para o nosso crescimento e desenvolvimento profissional foi um instrumento de uniformização das práticas e de produção do conhecimento da enfermagem enquanto ciência; traduzindo-se na autonomia na prestação de cuidados especializados de qualidade e holísticos. A prática baseada na evidência foi uma constante; e por vezes constituiu-se como fonte de discussão conjunta da equipa de profissionais, nos contextos da prática clínica. Neste sentido, a nossa passagem pela instituição contribuiu também para melhoria de cuidados através da análise reflexiva das práticas e sugestões de mudança; justificação de intervenções e partilha de conhecimentos e evidências atualizados acerca de temas que nos iam sendo solicitados.

A implementação de cuidados exigiu o domínio de conhecimentos e competências que nos permitiram acompanhar os casais numa das mais importantes transições do seu ciclo vital. Todas as atividades realizadas implicaram a mobilização de diversos conhecimentos e competências adquiridos ao longo de todo o percurso académico não só na área da enfermagem de saúde materna e obstetrícia mas também na área da socioantropologia, da psicologia, farmacologia, investigação, entre outras.

Prestamos cuidados e acompanhamento ao casal com gravidez com complicações com vista a contribuir para a vivência de gravidez e da parentalidade positivas. Acompanhamos os casais durante o TP e parto e no pós-parto imediato, com a perspectiva de potenciar uma experiência de parto satisfatória e gratificante. Prestamos ainda cuidados à família, durante os primeiros dias, de forma a contribuir positivamente para a assunção do papel de mãe e pai e uma vivência positiva da parentalidade. Durante todo este processo, identificamos fatores ou dados relevantes que nos permitiram identificar desvios ao processo fisiológico para que os nossos utentes recebessem cuidados adequados. Sentimos que como futuros EEESMO, planeamos e implementamos cuidados especializados de

qualidade desde a concepção até aos 28 dias pós-parto, centrados no utente; de forma a contribuir para o exercício profissional de excelência.

A aquisição e o desenvolvimento das competências específicas foram sustentadas pela Diretiva 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e transportas para direito interno pela Lei n.º9/2009 de 4 de março; sendo fundamentais para a obtenção do título do enfermeiro especialista e atribuição do grau de mestre em enfermagem de saúde materna e obstetria. O número de experiências exigido em diretivas europeias que asseguram a equidade entre os percursos formativos e o exercício profissional dos enfermeiros nos diferentes países pertencentes à Comunidade Europeia foram cumpridos. Assim, como estudante fizemos o acompanhamento de mais de 100 grávidas, a prestação de cuidados a mais de 40 parturientes; realizamos 43 partos eutócicos e assistimos seis partos distócicos. Também experienciamos a prática de episiotomia e iniciação à sutura; vigilância e cuidados prestados a mais de 40 grávidas, durante ou depois do parto, em situação de risco; vigilância e prestação de cuidados a mais de 100 puérperas e RN saudáveis, observação e prestação de cuidados a RN de risco e mulheres com situações patológicas do foro obstétrico e ginecológico, tal como preconiza a diretiva, tendo em todos os casos ultrapassado o número exigido. Não foi possível a assistência de partos com apresentações fetais pélvicas, sendo o estudo, a simulação e o procedimento realizado em contexto de sala de aula.

Os seguintes gráficos apresentam os dados referentes aos utentes cuidados ao longo do estágio realizado. O gráfico 1 ilustra o número de mulheres grávidas cuidadas. O gráfico 2 evidencia o número de partos eutócicos (com ou sem episiotomia) realizados e partos distócicos participados. O número de puérperas e RN alvo de vigilância e prestação de cuidados especializados estão presentes no gráfico 3.

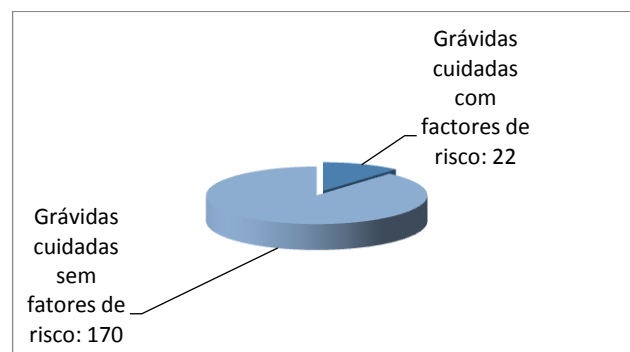


Figura 2: Grávidas Cuidadas durante o Estágio Profissionalizante

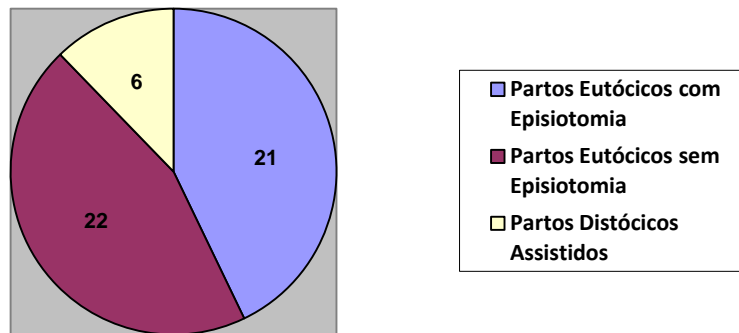


Figura 3: Partos Realizados durante o Estágio Profissionalizante

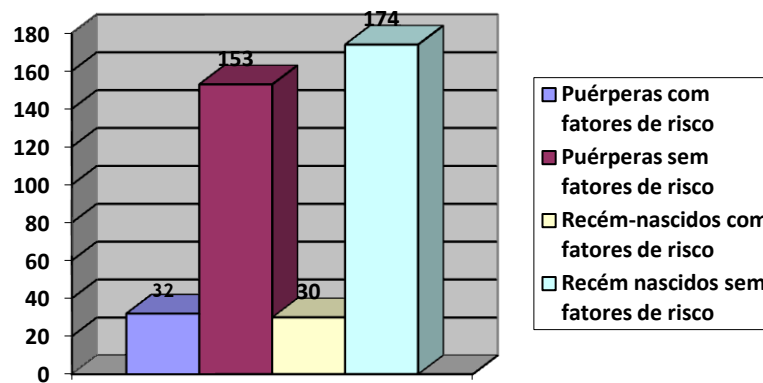


Figura 4: Puérperas e RN Cuidados durante o Estágio Profissionalizante

A análise e reflexão acerca das experiências e as atividades realizadas durante o estágio permite-nos afirmar que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, TP, parto e pós parto e RN foi realizado sistematicamente.

As atividades realizadas no decorrer do estágio e as experiências vivenciadas facilitaram a integração de conhecimentos prévios e a aquisição e desenvolvimento de competências necessárias para o acompanhamento dos casais facilitando o processo de transição para a parentalidade. Todo este percurso foi assente na necessidade de problematizar e refletir acerca das práticas, para que os cuidados prestados fossem eficazes e baseados em evidência científica. O apoio das enfermeiras tutoras bem como da restante equipa de trabalho teve um papel preponderante e fundamental potenciando a aquisição e desenvolvimento de competências.

Numa fase inicial a integração na equipa de enfermagem consistiu a nossa meta, pelo que desenvolvemos também competências relacionais e estabelecemos relação empática que foi muito facilitadora durante o estágio. Um dos principais desafios foi adquirir autonomia nos cuidados durante o TP e parto sendo que as nossas intervenções foram sempre discutidas e ponderadas em equipa. Tendo sido esta, a área mais exigente e em que sentimos maior dificuldade. Inicialmente sentimos insegurança nas tomadas de decisão, frequentemente encontramos necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos integrando-os na prática, assim como o conhecimento dos diferentes protocolos existentes. Contudo, a carga horária do estágio associada ao horário profissional foi, sem dúvida, a maior dificuldade, tanto a nível físico como, a nível intelectual e emocional, nesta fase de formação.

A problematização da temática – parto na água é de grande interesse para a área de intervenção do EEESMO, visto ser uma opção para o parto natural, ainda pouco utilizada. Desta forma, a revisão integrativa da literatura produzida é um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem, dando resposta às expectativas de casais que queiram optar por este método.

Após a realização de uma revisão integrativa da literatura, as principais conclusões a que chegamos são que, de uma forma geral, a imersão em água tem resultados semelhantes ou melhores no que diz respeito aos resultados maternos. Os autores concordam que o uso de imersão em água durante o TP diminui a necessidade de episiotomia, a utilização de analgesia, não aumenta a incidência de infeção materna e aumenta satisfação com a experiência de parto e/ou preferência para partos futuros; comparativamente com o método convencional de assistência ao parto.

Não parece haver diferença significativa relativamente à perda de sangue e hemorragia pós-parto embora um estudo apontasse haver uma diminuição na taxa de hemorragia pós-parto nas mulheres que utilizaram a imersão em água. Da mesma forma, apenas um estudo indicou que o parto na água diminui a incidência de cesarianas embora nos restantes não tenham sido encontradas diferenças significativas na incidência de partos instrumentados e cesarianas. Sendo portanto, necessária mais investigação.

É, também necessário mais conhecimento no que se refere à duração do TP, já que os resultados não foram coincidentes entre os diferentes autores, existe também pouco conhecimento produzido acerca da duração da terceira fase do TP. Outra lacuna foi o facto de algumas investigações estudaram a duração do TP na sua totalidade, não considerando

as diferentes fases isoladamente o que nos impossibilita de tirar conclusões sobre a possibilidade de haver fases que beneficiam mais ou menos da imersão em água.

Relativamente à amniotomia e uso de ocitocina para a aceleração do TP, os resultados também são inconclusivos variando entre não haver uma diferença significativa ou melhores resultados no parto na água.

Os resultados neonatais parecem ser também semelhantes, contudo devem ser realizados mais estudos. Relativamente aos scores de apgar em três estudos não foram encontradas diferenças significativas enquanto em dois estudos indicaram ter havido piores scores de apgar ao primeiro minuto de vida em RN que nasceram na água. Todavia, os valores de apgar ao quinto minuto foram mais favoráveis em três investigações nos RN que nasceram em água, as restantes consideraram não haver diferenças significativas.

O pH do cordão, infecção neonatal e a mortalidade neonatal não foram avaliadas frequentemente, embora todos os artigos que fazem referência a estas variáveis considerem não haver diferenças significativas no parto na água comparativamente com o parto convencional.

No que diz respeito à admissão em UCIN, na maioria dos estudos não foram encontradas diferenças significativas, apenas num se demonstrou haver um aumento de admissões na UCIN no grupo da imersão. Contudo, alguns motivos de internamento não eram decorrentes do método de parto (baixo peso, problemas na adaptação à amamentação). Em algumas publicações também não são claros os motivos de internamento.

Os resultados desta investigação demonstram a necessidade de desenvolvimento de novos processos de investigação, principalmente estudos randomizados controlados que comparem os resultados da imersão em água com a não imersão em água; para o RN e parturiente; tendo em consideração dados demográficos, paridade e características do RN (peso, diâmetro cefálico, entre outros). Relativamente aos resultados maternos são necessários mais estudos que comparem a hemorragia pós-parto e a perda de sangue, a incidência de partos instrumentados e cesarianas, a duração do TP, a necessidade de aceleração do TP, a realização de amniotomia e uso de ocitocina. No que se refere aos resultados neonatais importa haver mais estudos que comparem os scores de apgar, o pH do cordão, a incidência de infecção neonatal, a mortalidade neonatal e os internamentos em UCIN. Parece-nos também pertinente haver a clarificação de algumas variáveis como: motivos de internamento em UCIN, duração das diferentes fases de TP, métodos utilizados para acelerar o TP e no caso da ocitocina quais as quantidades e a duração da

administração e ainda, a forma de avaliação da perda de sangue e hemorragia pós-parto. Todos os autores sugerem que é necessária mais investigação acerca dos efeitos da imersão em água, principalmente na segunda e terceira fases de TP. Parece-nos ainda pertinente a elaboração de investigações que comparem os resultados do uso de imersão em água com resultados decorrentes do uso de epidural.

Podemos afirmar que quer os objetivos delineados no início do estágio, o número e tipo de experiências exigidas pela Diretiva Comunitária e as Competências esperadas pela OE necessárias à prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez, TP e pós-parto foram atingidas devido ao nosso empenho e determinação. Procuramos sempre corresponder às exigências dos cuidados de qualidade para que estes se traduzissem em ganhos em saúde. Verificamos, também que a relação terapêutica que se estabelece com a família é fundamental para o sucesso das intervenções e que a relação empática e de confiança estabelecida com os utentes assumiu-se de grande importância na transição para a parentalidade.

Estamos conscientes que este percurso que aparentemente damos como concluído constitui o início de um caminho, que nos conduzirá rumo ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências, uma plataforma de suporte, para busca sistemática de atualização e renovação do conhecimento, para um desempenho profissional de qualidade.

CONCLUSÃO

Ao longo deste documento foi apresentado o processo de desenvolvimento do estágio profissionalizante. Estruturado em diferentes capítulos, para demonstrar a nossa atuação nos domínios do cuidado de enfermagem especializado, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências assim como, o enfoque colocado num foco de atenção tendo por base uma temática relevante relacionada com a prática: o parto na água.

A elaboração deste relatório além de relatar todo o processo de desenvolvimento de competências, contribuiu para o crescimento e desenvolvimento profissional, através da reflexão das práticas de forma a traduzir-se numa prestação de cuidados especializados de qualidade, tendo em conta o contexto cultural e social dos utentes que foram objeto dos nossos cuidados, bem como a transição para a parentalidade por eles vivenciada.

Foram descritas as atividades autónomas e resultantes de prescrição que fizeram parte dos processos de enfermagem realizados com mais frequência, assim como os dados, diagnósticos e intervenções realizadas e fundamentadas pela evidência científica, em cada uma das áreas de atuação, durante o estágio. As nossas intervenções foram sustentadas pela evidência científica no sentido de proporcionar ao casal e família experiências de gravidez, TP, parto e pós-parto significativas e gratificantes.

Numa retrospectiva em como todo o projeto de estágio se desenvolveu, podemos afirmar que os objetivos inicialmente definidos, no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências do EEESMO foram atingidos. Todos os campos de estágio tinham recursos técnicos apropriados e condições necessárias que proporcionaram uma prestação de cuidados de qualidade.

Contactamos com vários profissionais que tiveram um papel determinante e facilitador neste processo e que se revelaram sempre disponíveis para ajudar e, obviamente, contribuíram para o desenvolvimento de competências.

Foram prestados cuidados específicos, a casais com gravidez comprometida por doenças crónicas ou patologias da gravidez atual; a casais em TP e à família no pós-parto tendo por principal objetivo contribuir para uma transição para a parentalidade mais segura e satisfatória. Os cuidados transicionais foram adaptados a cada indivíduo, preocupando-nos

por atender às suas singularidades e expectativas, e resistir a enveredar por práticas rotineiras, mas antes trilhar um caminho através de uma reflexão contínua.

Foi fundamental a problematização da prática de cuidados, através da prática baseada em evidência para podermos prestar cuidados baseados na melhor evidência disponível, seguros e adequados aos valores e escolhas do casal e família e de cada um.

Recorremos e recontextualizamos saberes, a partir dos resultados de investigação em enfermagem, por considerarmos fundamental para a sua construção enquanto ciência ao conferir a produção e renovação do seu corpo de conhecimento próprio. A revisão integrativa da literatura teve por base um tema que suscitou a nossa reflexão no decorrer do estágio, por nos parecer haver uma lacuna na prestação de cuidados aos casais que pretendem uma alternativa ao método convencional de assistência ao parto. O objetivo desta investigação foi compreender quais os efeitos que a imersão em água poderá ter no RN e parturiente e comparar os resultados com o método de parto convencional com vista a perceber se este é um método que pode ser oferecido às nossas utentes e de que forma isso alteraria as nossas intervenções enquanto enfermeiros especialistas na assistência ao parto. Desta forma, foi feita uma seleção de artigos científicos com base no nível de evidência e que respondessem da melhor forma à questão de partida.

A revisão integrativa da literatura realizada permitiu-nos chegar à conclusão que a imersão em água tem resultados semelhantes ou melhores no que diz respeito aos resultados maternos. O parto na água diminui a necessidade de episiotomia, a utilização de analgesia, não aumenta a incidência de infeção materna e aumenta satisfação com a experiência de parto e/ou preferência para partos futuros; comparativamente com o método convencional de assistência ao parto.

Relativamente às restantes variáveis estudadas: perda de sangue e hemorragia pós-parto, incidência de partos instrumentados e cesarianas; duração do TP, realização de amniotomia e uso de oxitocina para a aceleração do TP, os resultados também são inconclusivos variando entre não haver uma diferença significativa ou melhores resultados no parto na água.

Os resultados neonatais parecem ser também semelhantes, contudo é necessária mais investigação acerca de todas as variáveis em estudo como: scores de apgar ao quinto minuto de vida, ph do cordão, infeção neonatal, admissão em UCIN e a mortalidade neonatal. Do nosso ponto de vista, a realização de estudos que comparem os resultados do parto na água com os resultados do uso de epidural durante o TP e parto, quer para a parturiente quer para o RN é de grande pertinência.

Há evidência de que a imersão em água na primeira fase do TP deve ser considerada e proposta. Não há evidência que permita aconselhar ou desaconselhar o parto na água na segunda fase de TP. Os riscos e os benefícios potenciais decorrentes do parto na água, existentes de acordo com os dados descritos na literatura, devem ser discutidos com as mulheres interessadas neste método de nascimento paralelamente com os potenciais riscos e benefícios do parto convencional; garantindo uma escolha informada. Este método é bem aceite pelas associações profissionais de EEESMO de outros países, como: Royal College of Midwives, Matronas e American College of Nurse-Midwives (RCM, 2012; Mallén-Pérez et al., 2015; Nutter et al., 2014). Concordando todas que deve haver uma vigilância da gravidez adequada de forma a estabelecer o risco obstétrico da grávida e protocolos de atuação e vigilância do parto.

Considera-se que a elaboração da revisão integrativa contribuiu para a evolução da construção do conhecimento em enfermagem, demonstrando de forma segura recomendações para a opção pelo parto na água e esclarece em relação às suas implicações. Também que, assegura práticas que sejam garante do bem-estar da mulher e do casal e confira saberes para uma prática baseada em evidências.

Em jeito de uma breve síntese, podemos afirmar que este percurso teve tanto de insinuoso como também de fascinante, pois apesar das dificuldades inerentes ao desenvolvimento de competências foi um processo e percurso, que deixou marcas positivas que incentiva e motiva para o exercício como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

BIBLIOGRAFIA

AASHEIM V; et al. - Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [Em linha].n.º 12 (2011), 1-3. [Consult. em 18 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub2/abstract>>. ISSN 1465-1858.

ADAMS, Jon et al. - Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: Examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women. **Midwifery**. [Em linha]. 31:4 (2015), 458-463. [Consult. em 18 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1054/midw.2001.0283>>. ISSN 0266-6138.

AGUIAR R; et al. - Orientações de Enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. **Cogitare em Enfermagem**. [Em linha]. 18:3 (2013), 527-531. [Consult. em 18 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/33567/21065>>. ISSN 2176-9133.

ALBA, V. - Qualidade de vida em gestantes no terceiro trimestre com pirose e/ou regurgitação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. [Em linha]. 14:3 (2003), 1-123. [Consult. em 18 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://hdl.handle.net/10183/5539>>. ISSN 2175-6783.

ALFIREVIC, Z; DEVANE, D; GYTE, GM. - Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [Em linha]. n.º. 3 (2013), 1-135. [Consult. em 18 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub2>>. ISSN 1465-1858.

ALMEIDA, E; MARTINS FILHO, J. - O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Revista Ciência Médica**. [Em linha]. 13:4 (2004), 381-388. [Consult. em 18 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1214/1189>>. ISSN 2318-0897.

ALMEIDA, J. - **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. ISBN 8585239174.

ALMEIDA, J; NOVAK, F. - Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria**. [Em linha]. 80:5 (2004), 119-125. [Consult. em 18 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a02.pdf>>. ISSN 0021-7557.

ALTHABE, F; et al. - A pilot randomized controlled trial of controlled cord traction to reduce postpartum blood loss. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. [Em linha]. 107:1 (2009), 4-7. [Consult. em 19 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <[http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(09\)00272-0/abstract](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(09)00272-0/abstract)>. ISSN 0020-7292.

ALVES, GC. - **Fatores que influenciam a Sexualidade depois do parto**. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2008. ISBN 10451/1117.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - Immersion in water during labor and delivery. **Pediatrics**. [Em linha]. 133:4 (2014) 758-76. [Consult. em 19 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/133/4/758.short>>. ISSN 0031-4005.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - **Guidelines for Perinatal Care**. 6ªed, Washington, DC: ACOG, 2007. ISBN 978-1-58110-734-0.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - Induction of labor. **ACOG Practice Bulletin** [Em linha]. 114:2 (2009), 386–397. [Consult. em 19 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2009/08000/ACOG_Practice_Bulletin_No__107__Induction_of_Labor.30.aspx>. ISSN 0029-7844.

AMORIM, MR; PORTO, MF; SOUZA, AS. - Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**. [Em linha]. 38:11 (2010), 583-591. [Consult. em 19 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=575018&indexSearch=ID>>.

ANIM-SOMUAH, M; SMYTH, L. - Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. **The Cochrane Library**. [Em linha]. 12:1 (2011) [Consult. em 19 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD000331.pub3>>. ISSN 1465-1858.

ARAÚJO, O; et al. - Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Em linha]. 61:4 (2008), 488–492. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=492449&indexSearch=ID>>. ISSN 0034-7167.

ARAÚJO, N. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V. - Uso de vaselina líquida na prevenção de laceração perineal durante o parto. **Revista Latino-am Enfermagem**. [Em linha]. 16:3, (2008), 375-381. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/07.pdf>>. ISSN 1518-8345.

ASSOCIATION OF ONTARIO MIDWIVES - Hypertensive Disorders of Pregnancy. **Hypertensive Disorders. Clinical Practice Guideline**. [Em linha]. 25:9 (2012), 1-46. [Consult. em 10 Out. 2015]. Disponível em WWW: <http://www.ontariomidwives.ca/images/uploads/guidelines/No15_CPG_HDP_062612.pdf>. ISSN 0263-6352.

AUGUSTO, MB; SOARES, MI; BASTO, ML. - Certificação Individual de Competências. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**, n.º 14 (2004), 29-38.

AUSTIN MP; TULLY L; PARKER G - Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. **Journal of Affective Disorders**. [Em linha]. 101:1 (2007), 169-174. [Consult. em 24 Out. 2015]. Disponível em WWW: <[http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(06\)00497-6/abstract](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(06)00497-6/abstract)>. ISSN 0165-0327.

AYRES DE CAMPOS D e BERNARDES J. - Twenty-five years after the FIGO guidelines for the use of fetal monitoring. A time for a more simplified approach?. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**. [Em linha]. 110:1 (2010), 1-6. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <[http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(10\)00150-5/abstract](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(10)00150-5/abstract)> ISSN 0020-7292.

AYRES DE CAMPOS, D; MONTENEGRO, N; RODRIGUES, T. - **Protocolos de Medicina Materno Fetal**. 2ª ed. Lisboa: Lidel, 2008. ISBN: 978-972-757-467-4.

BAIN, E; et al. - Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. **Cochrane Database Syst Rev**. [Em linha]. 11:2 (2014), 1-93., [Consult. em 19 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001689.pub3/epdf>>. ISSN 1465-1858.

BASTON, H; HALL, J. - **Midwifery Essentials: Labour**. Vol. 3. Edinburgo: Churchill Livingstone, 2010. ISBN 978-0-702-04255-3.

BARROS, I. - **Necessidades e stress dos pais de bebés prematuros hospitalizados**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2008. Tese de Mestrado.

BECERRA, M. - El parto natural genera un trance hipnótico espontáneo que controla el dolor. **Revista Ob Stare**. [Em linha]. Vol.12 (2004), 5-14. [Consult. em 19 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://centrohipnoterapia.com/articulos/Parto&trance%20Natural.pdf>>.

BECK, S; et al. - **Care of the newborn: reference manual**. Washington, DC: Save the Children Federation, 2004.

BEGLEY, CM; et al. - Active versus expectant management for women in the third stage of labour. **Cochrane Database Syst Rev**. [Em linha]. 9:1 (2011), 1-10. [Consult. em 23 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22071837>>. ISSN 1465-1858.

BELLAD, M; KAMAL, P; PATIL, JR. - Does Artificial Rupture of Membranes (ARM) Reduce Duration of Labor in Primigravidae: A Randomized Controlled Trial. **Journal of South Asian Federation of Obstetrics & Gynecology**. [Em linha]. 2:1 (2012), 37-39. [Consult. em 18 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.jaypeejournals.com/eJournals/ShowText.aspx?ID=441&Type=FREE&TYP=TOP&IN=~eJournals/images/JPLOGO.gif&IID=45&isPDF=NO>>. ISSN 4872-2402.

BELLIENI, Carlo - Alternative birthing ways: the neonatologist's point of view. **Early Human Development**. [Em linha]. 89:4 (2013), 54-55. [Consult. em 19 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <http://www.neonatologia.it/upload/1235_ehd89_suppl4_3rd_low-res.pdf#page=72>. ISSN 0378-3782.

BELTRAN, J; et al. - A Context-Aware Baby Monitor for the Automatic Selective Archiving of the Language of Infants. **Mexican International Conference on Computer Science**. [Em linha]. (2013), 60-67. [Consult. em 19 Dez. 2015]. Disponível em WWW: <<http://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?tp=&arnumber=6679821>>. ISSN 1550-4069.

BERGHELLA, V; BAXTER, J; CHAUHAN, S. - Evidence-based labor and delivery management. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**. [Em linha]. 199:5 (2008), 445-454. [Consult. em 19 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)00775-8/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)00775-8/pdf)>. ISSN 0002-9378.

BLAKE, D. - Pinards: out of use and out of date?. **British Journal of Midwifery**. [Em linha]. 16:6 (2008), 364-365. [Consult. em 19 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2008.16.6.29598>>.

BLUME-PEYTAVI, U; et al. - Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Clinical Evidence for Best Practices. **Pediatric Dermatology**. [Em linha]. 29:1 (2012), 1-14. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1470.2011.01594.x/pdf>>. ISSN 1525-1470.

BOCCOLINI, C; et al. - Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **Jornal de Pediatria**. [Em linha]. 89:2 (2013),131-136. [Consult. em 18 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n2/en_v89n2a05.pdf>. ISSN 0021-7557.

BOTELHO, L; CUNHA, C; MACEDO, M. - O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. **Gestão e Sociedade Belo Horizonte**. [Em linha]. 5:11 (2011), 121-136. [Consult. em 18 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<file:///C:/Users/Diana/Downloads/O+M%C3%89TODO+DA+REVIS%C3%83O+INTEGRATIVA+NOS+ESTUDOS+ORGANIZACIONAIS.pdf>>. ISSN 1980-5756.

BOVBJERG, M; CHEYNEY, M; EVERSON, C. - Maternal and Newborn Outcomes Following Waterbirth: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 Cohort. **Journal of Midwifery & Women's Health**. [Em linha] 61:1 (2016), 11-20. [Consult. em 18 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12394/pdf>>. ISSN 1542-2011.

BRANDÃO, A; TOUÇA, O; BRANDÃO, S. - Das qualificações às competências: autonomia da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica: a excelência do cuidar. **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**. ISSN.1646- 3625. n.º 10 (2009), 9-11.

BRANDAO, S. - **Envolvimento emocional do pai com o bebé: impacto da experiência de parto**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de mestrado.

BRANDAO, S; FIGUEIREDO, B. - Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. **Journal of Advanced Nursing**. [Em linha] 68:12 (2012), 2730-2739. [Consult. em 17 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2012.05978.x/pdf>>. ISSN 1365-2648.

BRAMSON, L; et al. - Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. **Journal of Human Lactation**. [Em linha] 26:2 (2010), 130-137. [Consult. em 17 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://jhl.sagepub.com/content/early/2010/01/28/0890334409355779.abstract>>. ISSN 1552-5732.

BRIDGES, W. - **Transitions: Making sense of life's changes**. 2ªed. New York: Addison-Wesley, 2004. ISBN 0738211427.

BRTNICKA, H; WEISS, P; ZVERINA, J. - Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. **Bratisl Lek Listy**. [Em linha]. 7:110 (2009), 427-431. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <https://www.researchgate.net/profile/Jaroslav_Zverina/publication/26771769_Human_sexuality_during_pregnancy_and_the_postpartum_period/links/0912f507e7ef18d9cb000000.pdf>.

BRUGGEMANN, O; P ARPINELLI, M; OSIS, M. - Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**. [Em linha]. 21:5 (2005), 1316-1327. [Consult. em 18 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/03.pdf>. ISSN 1678-4464.

BRUM, Evanisa; SCHERMANN, Lígia - Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situações de nascimento de risco. **Ciências & Saúde Colectiva**. [Em linha] 9:2 (2004), 457-467. [Consult. em 27 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n2/20399.pdf>>. ISSN 1678-4561.

BURNS, Ethel; et al. - Characteristics, interventions, and outcomes of women who used a birthing pool: A prospective observational study. **Birth**. [Em linha] 39:3 (2012), 192-202. [Consult. em 2 Fev. 2016]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2012.00548.x/pdf>>. ISSN 1523-536X.

BURKE, E; KILFOYLE, A. - A comparative study waterbirth and bedbirth. **Midwives**. [Em linha] 108:1284 (1995), 3-7. [Consult. em 26 Fev. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.waterbirth.org/assets/documents/MIDIRS%20Waterbirth.pdf>>.

CALAIS-GERMAN, B; PARÉS, N. - La movilidad de la pelvis en el expulsivo. **Matronas Profesionales**. [Em linha]. 11:1 (2010), 18-25. [Consult. em 18 Ago. 2015]. Disponível em

WWW:

<http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:OTa97kuiQd0J:scholar.google.com/+La+movilidad+de+la+pelvis+en+el+expulsivo&hl=pt-PT&as_sdt=0,5&as_vis=1>.

CAMACHO, R; et al. - Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**. [Em linha] 33:2 (2006), 92-102. [Consult. em 24 Set. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.revistas.usp.br/acp/article/viewFile/17071/19066>>. ISSN 1806-938X.

CANAVARRO, M. - **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 978-989-558-081-1.

CANTILINO, A; et al. - Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Revista de Psiquiatria Clínica**. [Em linha]. 37:6 (2010), 278-84. [Consult. em 25 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <https://scholar.google.pt/scholar?q=Transtornos+psiqui%C3%A1tricos+no+p%C3%B3s-parto.+&btnG=&hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&as_vis=1>. ISSN 0101-6083.

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

CARROLI, G; MIGNINI, L. - Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database Systematic Reviews**. [Em linha]. n.º 1 (2012). [Consult. em 25 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/abstract>>. ISSN 1465-1858.

CARVALHO, C; SOUZA, A; FILHO, O. - Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina**. [Em linha] 38:5 (2010), 265-270. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=546439&indexSearch=ID>>.

CENTER OF EXCELLENCE FOR EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT - Tabagismo e gravidez – Síntese. In **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância**. [Em linha]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development, 2012. [Consult. em 16 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/sintese-tabagismo.pdf>>.

CÊPEDA, T; BRITO, I; HEITOR, M. - **Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de Orientação para Profissionais**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2005. ISBN 972-675-121-7.

CERRI, V; et al. - Intravenous glucose infusion in labor does not affect maternal and fetal acid-base balance. **The Journal of Maternal-Fetal Medicine**. [Em linha] 9:4 (2000), 204-208. [Consult. em 11 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/14767050009020532>>. ISSN 1520-6661.

CHAPARRO, C; LUTTER, C. - Incorporating nutrition into delivery care: delivery care practices that affect child nutrition and maternal health. **Maternal & Child Nutrition** [Em linha]. 5:4 (2009), 322–333. [Consult. em 18 Dez. 2015]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1740-8709.2009.00182.x/pdf>>. ISSN 1740-8709.

CHENG, Y; HOPKINS, L; CAUGHEY, A. - How long is too long: Does a prolonged second stage of labour in nulliparous women effect maternal and neonatal outcomes?. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**. [Em linha] 191:3 (2004), 933-938. [Consult. em 18 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(04\)00528-9/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(04)00528-9/pdf)>. ISSN 0002-9378.

CHICK, N; MELEIS, A. - Transitions: A Nursing Concern. In **Nursing Research Methodology - Issues and implementation**. New York: Aspen Publication, 1986. ISBN 9780871893734.

CHMIDT, E., PICCOLOTO, N., MULLER, M. - Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**. ISSN. 1413-8271.10:1 (2005), 61-68.

CLUETT, E.R.; BURNS, E. - **Immersion in water in labour and birth**. (Cochrane Review). The Cochrane Library, [Em linha] n.º 2. Oxford: Update Software, 2010. [Consult. em 18 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub3>> ISSN 1465-1858.

COLSON, S. - Biological nurturing (2).The physiology of lactation revisited. **The Practising Midwife**. [Em linha]. 10:10 (2007), 14-8. [Consult. em 26 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18051914>>.

CONDE, Ana; FIGUEIREDO, Bárbara - Ansiedade na gravidez: implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. **Sociedade Portuguesa de Pediatria**. [Em linha]. 1:36 (2005), 41-49. [Consult. em 25 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <http://hdl.handle.net/1822/4646>. ISSN 0301-147X.

CONDE, A; et al. - Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. **Psicologia saúde & doenças**. [Em linha] 8:1 (2007), 49-66. [Consult. em 18 Dez. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a04.pdf>>. ISSN 1645-0086.

CONSELHO DE ENFERMAGEM - **Realização de Cardiotocografia, parecer Nº275**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

COOPER, Tracey; et al. - Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: Immersion in water for labour and birth. **The Royal College of Midwives**. [Em linha] (2012), 1-9. [Consult. em 18 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Immersion%20in%20Water%20%20for%20Labour%20and%20Birth_0.pdf>.

COOKE, A. - When will we change practice and stop directing pushing in labour?. **British Journal of Midwifery**. [Em linha] 18:2 (2010), 77-81. [Consult. em 23 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2010.18.2.46403>>. ISSN 0969-4900.

CORREIA, A. - **Prevalência e fatores de risco associados à depressão pós-parto em um serviço de referência da cidade João Pessoa**. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco, 2006. Tese de Mestrado.

CORTES, Eduardo; BASRA, Ramandeep, KELLEHER, Con - Waterbirth and pelvic floor injury: a retrospective study and postal survey using ICIQ modular long form questionnaires. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**. [Em linha] 155:1 (2011), 27-30. [Consult. em 18 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21185644>>. ISSN 0301-2115.

COTTER, A; NESS, A; TOLOSA, J. - **Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage (Cochrane Review)** [Em linha]. n.º 10. Oxford: Update Software, 2013). [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001808.pub2/abstract>> ISSN 1465-1858.

COUTINHO, E. - A experiência de ser cuidada na sala de partos. **Revista de Enfermagem**. [Em linha]. (2004), 29-37 [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/3.pdf>>. ISSN 1647-662X.

COUTINHO, Evandro; CUNHA, Geraldo - Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. [Em linha]

27:2 (2005), 146-151. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n2/a15v27n2.pdf>>. ISSN 1809-452X.

CULLUM, N; et al. - **Enfermagem baseada em evidência: Uma introdução**. Porto Alegre: Artmed editor, 2010. ISBN 9788536322162.

CUNHA, A. - Indução do trabalho de parto com feto vivo. **Femina**. [Em linha] 38:9 (2010), 469-480. [Consult. em 22 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a469-480.pdf>>.

CUNHA, M; et al. - O Cuidado com a pele do Recém-nascido. **Revista de Enfermagem**. [Em linha]. 23:2 (2002), 6-15. [Consult. em 18 Dez. 2015]. Disponível em WWW: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4444>>. ISSN 0102-6933.

CUNNINGHAM, F; et al. - **Obstetrícia de Williams**. 23ª ed. Brasil: McGraw Hill, 2011. ISBN 9788563308696.

CRAIG, J; SMYTH, R. - **Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 978-972-8383-61-9.

CROZIER, Kenda; MACDONALD, Sue - Effective skin-care regimes for term newborn infants: a structured literature review. **Royal College of Midwives**. [Em linha]. 8:4 (2010), 128-135. [Consult. em 19 Jan. 2016]. Disponível em WWW:<<https://www.rcm.org.uk/learning-and-career/learning-and-research/ebm-articles/effective-skin-care-regimes-for-term-newborn>>.

DAHLEN, H.; et al. - Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. **Midwifery**. [Em linha]. 29:7 (2013), 759–764. [Consult. em 19 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22884894>> ISSN 0266-6138.

DARBY-STEWART, A; STRICKLAND, C; JAMIESON, B. - Do abnormal fetal Kick counts predict intrauterine death in average-risk pregnancies?. **The Journal of Family Practice**. [Em linha]. 58:4 (2009), 220a-220c. [Consult. em 24 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.jfponline.com/home/article/do-abnormal-fetal-kick-counts-predict-intrauterine-death-in-average-risk-pregnancies/ddcb9c96f400bf5bba9104484db9df67.html>>. ISSN 9021-9022.

DAVIES, Mark - Water births and the research required to assess the benefits versus the harms. **Journal of Paediatrics and Child Health**. [Em linha]. 48:9 (2012), 726–729. [Consult.

em 18 Fev. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20598065>>. ISSN 1440-1754.

DAVIM, R; TORRES, G; MELO, E. - Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante o trabalho de parto: Pré teste de um instrumento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [Em linha] 15:6 (2007), 1-7. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_14.pdf>. ISSN 0104-1169.

DAVIS, E. - **Heart and Hands: A Midwife's Guide to Pregnancy and Birth**. 5ª ed. Berkeley, California: Ten Speed Press, 2012. ISBN 978-1-60774-243-2.

DAWOOD, F; et al. - Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. **The Cochrane Collaboration**. [Em linha] 18:6 (2013), 1-57. [Consult. em 22 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23780639>>. ISSN 1465-1858.

DEMIREL, G; et al. - The effects of water birth on neonatal outcomes: a five-year result of referral tertiary centre. **European Review for Medical and Pharmacological Sciences**. [Em linha] 7:10 (2013), p. 1395-1398. [Consult. em 20 Fev. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23740455>>. ISSN 2284-0729.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Profilaxia da Isoimunização Rh**. Circular Normativa Nº 2/DSMIA de 15 de jan. 2007.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde reprodutiva/Planeamento familiar/Direcção Geral da Saúde**. Lisboa: DGS, 2008. ISBN 978-972-675-182-3.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade**. Orientação da Direcção Geral de Saúde nº 001/2010.

DOMENICO, E.; IDE, C. - Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. [Em linha] 11:1 (2003), 115-118. [Consult. em 24 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1743/1788>>. ISSN 1518-8345.

ENKIN, M; et al. - **A guide to effective care in pregnancy and childbirth**. Oxford: Oxford University Press, 2000. ISBN 9780192631732.

FEDERACION DE ASSOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA - **Iniciativa Parto Normal: documento de consenso**. Barcelona: FAME, 2008. ISBN 978-84-615-6515-3.

FERNANDES, J; MACHADO, M; OLIVEIRA, Z. - Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **Anais Brasileiros de Dermatologia** [Em linha] 86:1 (2011), 102-10. [Consult. em 27 Out. 2015]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/en_v86n1a14.pdf>. ISSN 0365-0596.

FLEURY, M; FLEURY, A. - Construindo o Conceito de Competência. **Revista de Administração Contemporânea Especial**. [Em linha]. 5 (2001), 183-196. [Consult. em 18 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>>. ISSN 1982-7849.

FONSECA, António - **Desenvolvimento humano e envelhecimento**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

FONSECA, Clara; et al. - **Investigação passo a passo: Perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica**. 1ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. 2008. ISBN 9789727961566.

FRASER, D; COOPER, M. - **Myles Textbook for Midwives**. 15ª ed. Edinburgo: Churchill Livingstone/Elsevier, 2009. ISBN 978-0-443-06939-0.

FREIRE, C; TEDOLDI, C. - Hipertensão arterial na gestação. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia**. [Em linha] 93:6 (2009), e110-e178. [Consult. em 17 Ago 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6s1/v93n6s1a17.pdf>>.

FREITAS, F; et al. - **Rotinas em Obstetrícia**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. ISBN 978-85-363-2472-2.

FREITAS, Patrícia. - **Prevalência e fatores associados à hipoglicemia transitória em recém-nascidos internados em Hospital Amigo da Criança**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009. Tese de Mestrado.

GALVÃO, M. - **Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-11-9.

GAU, M; et al. - Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomized controlled trial in Taiwan. **Midwifery**. [Em linha] 27:6 (2011), 293-300. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21459499>>. ISSN 0266-6138.

GAYESKI, M; BRÜGGEMANN, O. - Non-pharmacological approach to pain relief during labor as hard-light care technology: a systematic review. **Texto e Contexto Enfermagem**. [Em linha] 19:4 (2010), 774-782. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>>. ISSN 0104-0707.

GAYITI, M.; et al. - Comparison of the effects of water and traditional delivery on birthing women and newborns. **European Review for Medical and Pharmacological Sciences**. [Em linha] 19:1 (2015), 1554-1558. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.europeanreview.org/article/8873>>. ISSN 2284-0729.

GOMES, N. - **Um olhar retrospectivo sobre o processo de aquisição de competências: contributo para a gestão eficaz do terceiro período do trabalho de parto**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Tese de Mestrado.

GRAÇA, L. - **Medicina Materno-Fetal**. 4ª ed. Lisboa: Lidel, 2010. ISBN 9789727576548.

GONZÁLEZ, Carlos. - **Manual Prático do Aleitamento Materno**. Edição Portuguesa. Parede: Mama Mater Associação, 2011. ISBN 9788569404019.

GUPTA, J; HOFMEYER, G; SMITH, R. - Position for women during second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [Em linha] 16:5 (2012), 1-3. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub3/pdf/abstract/>>. ISSN 1465-1858.

HENDERSON, J.; et al. - Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study. **BMC Pregnancy and Childbirth**. [Em linha] 14:17 (2014), 1-7. [Consult. em 22 Dez. 2015]. Disponível em WWW: <[http://download.springer.com/static/pdf/871/art%253A10.1186%252F1471-2393-14-17.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1186%25252F1471-2393-14-17&token2=exp=1460910975~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F871%2Fart%25253A10.1186%25252F1471-2393-14-17.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1186%252F1471-2393-14-17*~hmac=b7421fd097811b13dad4adb8b63bd02834f0be819affacc003dd0dc98678ac75](http://download.springer.com/static/pdf/871/art%253A10.1186%252F1471-2393-14-17.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1186%2F1471-2393-14-17&token2=exp=1460910975~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F871%2Fart%25253A10.1186%25252F1471-2393-14-17.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%252F10.1186%252F1471-2393-14-17*~hmac=b7421fd097811b13dad4adb8b63bd02834f0be819affacc003dd0dc98678ac75)>. ISSN 1471-2393.

HERMANSSON, Evelyn; MARTENSSON, Lena - Empowerment in the midwifery context – a concept analysis. **Midwifery**. [Em linha] 27:6 (2011), 811-816. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20932613>>. ISSN 0266-6138.

HITOS, S; PERIOTTO, M. - **Amamentação: atuação fonoaudiológica - Uma abordagem prática e atual**. Brasil: Revinter, 2009. ISBN 9788537202197.

HODNETT, ED; et al. - Continuous support for women during childbirth (Review). **The Cochrane Library**. [Em linha] n.º 7 (2013), 1-114. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://childbirthconnection.org/pdfs/CochraneDatabaseSystRev.pdf>>. ISSN 1465-1858.

HOCKENBERRY, M; WILSON, D; BARRER, P. - Implementing evidence-based nursing practice in a pediatric hospital. **Pediatric Nursing**. [Em linha] 32:4 (2006), 371-377. [Consult. em 11 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://digilib.bc.edu/reserves/nu660/sief/nu66009.pdf>>. ISSN 0266-6138.

HOCKENBERRY, M; WILSON, D; WINKELSTEIN, M. - **Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2006. ISBN 9788535219180.

HOMER, C; et al. - Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. **Midwifery**. [Em linha] 18:2 (2002), 102-12. [Consult. em 20 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12139908>>. ISSN 0266-6138.

HUTTON, EK; HASSAN, ES. - Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. **The Journal of the American Medical Association**. [Em linha] 297:11 (2007), 1241-1252. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17374818>>. ISSN 0098-7484.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE - **CIPE 2: Classificação Internacional para a prática de enfermagem versão 2**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 9789729814952.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS - Global initiative to prevent post-partum hemorrhage. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**. [Em linha].94:3 (2004), 1100-1102. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW:

<<http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/152E-JPS-December2004.pdf>>. ISSN 0020-7292.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. - **Management of Labor** [Em linha]. 5ª ed. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement, 2007. [Consult. em 11 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <https://www.icsi.org/_asset/br063k/LaborMgmt.pdf>. ISSN 1074-861X.

JAHDI, F; et al. - A randomized controlled trial comparing the physiological and directed pushing on the duration of the second stage of labor, the mode of delivery and Apgar score. **International Journal of Nursing and Midwifery**. [Em linha] 3:5 (2011), 55-59. [Consult. em 18 Dez. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.iomcworld.com/ijcrimph/files/v03-n02-04.pdf>>. ISSN 2141-2456.

JAMES, Joyce et al. - Awareness and attitudes towards labour pain and labour pain relief of urban women attending a private antenatal clinic in Chennai India. **Indian Journal of Anaesthesia**. [Em linha] 56:2 (2012), 195-198. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3371503/>>. ISSN 0019-5049.

JONGE, A; TEUNISSEN, T; LAGRO-JANSSEN, A. - Supine position compared to other positions during the second stage of labor: A meta-analytic review. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**. [Em linha]. 25:1 (2004), 35-45. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://search.proquest.com/openview/1e9267516f5d7ec8c41062c999cead9a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=34267>>. ISSN 0167-482X.

JONGE, A; et al. - Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? a qualitative interview study in the Netherlands. **BMC Pregnancy Childbirth**. [Em linha]. 14:1 (2014), 1-3. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-103>>. ISSN 1471-2393.

JONGKOLSIRI, P; MANOTAYA, S. - Placental cord drainage and the effect on the duration of third stage labour, a randomized controlled trial. **Journal of the Medical Association of Thailand**. [Em linha]. 92:4 (2009), 457-60. [Consult. em 2 Dez. 2015] Disponível em WWW :<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19374293>>. ISSN 0125-2208.

JUDA, Wioletta et al. - Personal experiences of water birth. **Zdrowie Publiczne**. [Em linha].122:3 (2012), 279-284. [Consult. em 13 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.pjph.eu/issues/volume122/no3/a11/>>.

KALIL, J; et al. - Investigação da trombose venosa na gravidez. **Jornal Vascular Brasileiro**. [Em linha] Vol. 7 (2008), 28-37. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v7n1/v7n1a06>>. ISSN 1677-730.

KAVOZI, Z et al. - A comparison of mothers' quality of life after normal vaginal, cesarean, and water birth deliveries. **International Journal of Community Based Nursing and Midwifery**. [Em linha] 3:3 (2015), 198-204. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26171408>>. ISSN 2322-4835.

KEEGAN, Joan; et al. - Addiction in Pregnancy. **Journal of Addictive Diseases**. [Em linha] 2:29 (2010), 175-191. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20407975>>. ISSN 1545-0848.

KETTLE, C; HILLS, R; ISMAIL, K. - Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. **Cochrane Pregnancy and Childbirth Group**. [Em linha].14:11 (2012), [Consult. em 22 Dez. 2015]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000947.pub3/abstract>>. ISSN 0140-6736.

KETTLE, C; et al. - Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. **Cochrane Pregnancy and Childbirth Group**. [Em linha]. 3:3 (2010), 185-185. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <https://www.researchgate.net/publication/47381836_Empowerment_in_midwifery_context_-_a_concept_analysis>. ISSN 1756-5391.

KOLIVAND, M; ALMASI, A; HEYDARPOUR, S. - Comparison between the outcomes of water birth and normal vaginal delivery. **Journal of Midwifery and Reproductive Health** [Em linha]. 2:4 (2014), p. 220-226. [Consult. em 18 Fev. 2016]. Disponível em WWW: <http://jmrh.mums.ac.ir/article_3241_4f533ab7d84a9517fb43b2ffd2898b58.pdf>.

LAFRANCE, Joséé; MAILHOT, Lyne - Empowerment: a concept well-suited to midwifery **Canadian Journal of Midwifery Research and Practice**. [Em linha]. 4:2 (2005), 811-816. [Consult. em 25 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://ojs.library.ubc.ca/index.php/cjmrp/article/view/132/113>>. ISSN 1703-2121.

LAWRENCE, A; et al. - Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [Em linha]. 9:10 (2013), 1-163. [Consult. em 11 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub3/epdf>>.

LEAL, Isabel. - **Psicologia da Gravidez e da Parentalidade**. Lisboa: Fim de Século, 2005. ISBN 9727542352.

LEÃO, M; et al. - Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. [Em linha]. 18:8 (2013), [Consult. em 23 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/24.pdf>>. ISSN 1413-8123.

LEITE, L; et al. - **Documento de Consenso “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada”**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. - **Manual do Aleitamento Materno**. 2ª ed.. Lisboa: Comité Português para a Unicef/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, 2008. ISBN 978-972-96436-1-3.

LIABSUETRAKUL, T; et al. - Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. **Cochrane. Database of Systematic Reviews**. [Em linha] Vol. 2 (2007), 1-114. [Consult. em 11 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005456.pub2/pdf>>. ISSN 1465-1858.

LIU, Yinglin; et. al. - A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. **Biomed Central Pregnancy and Childbirth**. [Em linha] 14:160 (2014), p. 1-14. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-160>>.

LONDON, M; et al. - **Maternal Child Nursing Care**. 4ª ed. Pearson Education, 2010. ISBN 978-0133046007.

LOPES, E; et al. - Sleep disorders in pregnancy. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. [Em linha] 62:2 (2004), 217-21. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n2a/a05v622a.pdf>>. ISSN 1678-4227.

LOTHIAN, Judith - The Journey of Becoming a Mother. **Journal of Perinatal Education**. [Em linha]. 17:4 (2008), 43–47. [Consult. em 13 Nov. 2015]. Disponível em WWW:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2582416/pdf/JPE170043.pdf>>. ISSN 1058-1243.

LOURENCO, Cátia et al. - Ventosa Obstétrica: Uma Revisão da Literatura. **Arq Med** [Em linha]. 26:6 (2012), 254-263. [Consult. em 5 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v26n6/v26n6a04.pdf>>. ISSN 0871-3413.

LOWDERMILK, D; PERRY, S. - **Enfermagem na Maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1.

MACEDO, P; et al. - Percepção da dor pela mulher no pré-parto: A influência do ambiente. **Revista Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. [Em linha]. Vol.13 (2005), 306-312. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a03.pdf>>.

MACHADO, Camila; VINHOLES, Daniele; FELDENS, Viviane - Avaliação da autoestima de gestantes atendidas em um ambulatório no município de Tubarão, SC. **Revista da Associação Catarinense de Medicina**. [Em linha]. 42:2 (2013), 50-55. [Consult. em 3 Dez. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1228.pdf>>. ISSN 1806-4280.

MACHADO, Margareth; ZAGONEL, Ivete - O Processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno. **Cogitare Enfermagem**. [Em linha].8:2 (2003), 26-33. [Consult. em 11 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1691/1399>>. ISSN 2176-9133.

MAÇOLA, Ligia; NOGUEIRA DO VALE, Ianê; CARMONA, Elenice - Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. [Em linha] 44:3 (2010), p. 570-577. [Consult. em 9 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_04.pdf>. ISSN0080-6234.

MAGALHÃES, Sandra - **A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011.Tese de Mestrado.

MALLÉN-PÉREZ, Laura; TERRÉ-RULL, Carme; PALACIO RIERA, Montse - Inmersión en agua durante el parto: revisión bibliográfica. **Matronas Profissão**. [Em linha] 16:3 (2015), 108-113. [Consult. em 23 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<https://medes.com/publication/104722>>. ISSN 1578-0740.

MANGESI, L; HOFMEYR, G; SMITH, V. - Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [Em linha].Vol. 10 (2015), 1-4. [Consult. Em 11 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004909.pub3/abstract>>. ISSN 1465-1858.

MANNEL, R; MARTENS, P; WALKER, M. - **Manual prático para consultores de lactação**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-59-2.

MARINHEIRO, Providência Pereira - **Enfermagem de ligação: cuidados pediátricos no domicílio**. Coimbra: Quarteto, 2002. ISBN 972-8717-16-4.

MARTINHO, Júlia; et al. - Formação e desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico em saúde mental e psiquiatria. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** [Em linha]. (2014), 97-102. [Consult. em 18 Set. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a16.pdf>>. ISSN 1647-2160.

MARTINS, Cristina - **A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem**. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2013. Tese de Doutoramento.

MCDONALD, S; ABBOTT, J; HIGGINS, S. - Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [Em linha]. Vol.1 (2010) [Consult. em 11 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000201.pub2/abstract>>. ISSN1465-1858.

MCDONALD, S; et al. - Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [Em linha]. Versão 7. Nova Jérsea: John Wiley & Sons, 2013. [Consult. em 11 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ebch.1971/epdf>>. ISSN 1465-1858.

MCKENNA, Jennifer; SYMON, Andrew - Water VBAC: Exploring a new frontier for women's autonomy. **Midwifery**. [Em linha] 30:1 (2013), 20–25. [Consult. em 18 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24225432>>. ISSN 0266-6138.

MEIS, P. - Caproato de 17 α -Hidroxiprogesterona para Prevenção do Parto pré-termo. In **Gestação de Alto Risco – Diagnóstico e Tratamento Baseados em Evidência**. Porto Alegre: Artmed, 2010. ISBN 978853632182.

MELEIS, A; et al. - Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**. [Em linha]. 376:9756 (2010), 1923-58. [Consult. em 11 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112623>>. ISSN 0140-6736.

MELEIS, A; et al. - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**. [Em linha]. 23:1 (2000), 12-28. [Consult. em 11 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>>.

MENAKAYA, U.; et al. - A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia. **Woman and Birth**. [Em linha] 26:2 (2013), 114-118. [Consult. em 11 Dez. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519212000728>>. ISSN 1871-5192.

MENDES, Isabel M. - **Ligação materno-fetal: contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento**. Coimbra: Quarteto Editora, 2002. ISBN 972-8717-67-9.

MENDES, Anabela; BASTOS, Fernanda; PAIVA, Abel - A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/ dificultam a transição saúde/doença. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em linha] 3:2 (2010), p. 7-16. [Consult. em 17 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a01.pdf>>. ISSN 0874-0283.

MENDES, Karina; SILVEIRA, Renata; GALVÃO, Cristina - Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. [Em linha] 17:4 (2008), p. 758-764. [Consult. em 25 Fev. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. ISSN 1980-265X.

MERCER, Ramona; WALKER, Lorraine - A review of nursing interventions to foster becoming a mother. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**. [Em linha] 35:5 (2006), p. 568-582. [Consult. em 18 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16958712>>.

MELNYK, Bernardette; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen - **Evidence-based practise in nursing & healthcare: A guide to best practice**. 2ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins, 2011. ISBN 978-1605477787.

MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA - **Realização e posicionamento da Grávida durante a monitorização/registo**

cardiotocográfico eletrônico externo em consulta de vigilância pré-natal [Em linha]. Parecer nº16, 2011. [Consult. em 18 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer16_MCEESMO.pdf>.

MEYER, Shaunette; WEIBLE, Christopher; WOEBER, Kate - Perceptions and practice of waterbirth: A survey of Georgia midwives. **Journal of Midwifery & Women's Health**. [Em linha] 55:1 (2010), 55-59. [Consult. em 18 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20129230>>.

MINDEL, Jodi; JACOBSON, Barry - Sleep disturbances during pregnancy. **Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing**. [Em linha] 29:6 (2006), 590-597. [Consult. em 18 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2000.tb02072.x/pdf>>. ISSN 0884-2175.

MOLLAMAHMUTOĞLU, L; et al. - The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery. **Journal of the Turkish German Gynecological Association**. [Em linha], 13:1 (2012), 45-49. [Consult. em 12 Jan. 2015]. Disponível em WWW: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3940223/#__ffn_sectitle>. ISSN 1309-0399.

MONTENEGRO, C; REZENDE FILHO, J. - **Rezende Obstetrícia Fundamental**. 12ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ltda, 2013. ISBN 9788527725941.

MOORE, E; et al. - Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. [Em linha]. Versão 5. Nova Jérícia: John Wiley & Sons, 2012. [Consult. em 11 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/pdf>>. ISSN 1465-1858.

MOUSA, W; METWALLI, R; MOSTAFA, M. - Epidural analgesia during labor vs no analgesia: A comparative study. **Saudi Journal of Anaesthesia**. [Em linha] 6:1 (2012), 36-40. [Consult. em 22 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3299112/>>. ISSN 1658-354X.

NASIM, S; MUSTAFA, M; SHAHID, A. - Rhesus Negative Blood Incompatibility: Knowledge of Primiparous in a Community. **Pakistan Journal of Medical Sciences**. [Em linha] 50:3 (2011), p. 108-110. [Consult. em 22 Out. 2015]. Disponível em WWW:

<https://www.researchgate.net/publication/216022012_Rhesus_Negative_Blood_Incompatibility_Knowledge_of_Primiparous_in_a_Community>.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH - **Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. NICE Clinical Guidelines. 2^a ed.** London: RCOG Press, 2008. ISBN 978-1-4731-0891-2.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE - **Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance.** Londres: NICE Clinical Guidelines, 2007. ISBN 978-1-4731-0875-2.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE - **Caesarean section.** Londres: NICE Clinical Guidelines, 2011. ISBN 0845 033 7780.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE - **Induction of labour.** Londres: NICE Clinical Guidelines, 2008. ISBN 978-1-904752—48-6.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE - **Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth.** Londres: NICE Clinical Guidelines, 2007. ISBN 978-1-904752-36-3.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE - **Intrapartum care for healthy women and babies.** Londres: NICE Clinical Guidelines. 2014. ISBN 978-1-4731-0862-2.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE - **Maternal and child nutrition.** Londres: NICE Clinical Guidelines, 2008. ISBN 978-1-4731-0894-3.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE - **Quitting smoking in pregnancy and following childbirth.** Londres: NICE Clinical Guidelines, 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE - **Routine postnatal care of women and their babies.** Londres: NICE Clinical Guidelines, 2006.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE - **The use of fetal electronic monitoring: and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance.** Londres: NICE Clinical Guidelines, 2001. ISBN 1-84257-094-3.

NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT - **What is prenatal care and why is it important?.** Washington, DC: NICE Clinical Guidelines, 2010. ISBN 978-1-887748-70-4.

NETO, C; SOUZA, A; AMORIM, M. - Pre-eclampsia treatment according to scientific evidence. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. [Em linha] 32:9 (2010), 459-468. [Consult. em 18 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21271152>>. ISSN 0100-7203.

NICHOLLS, Sarah; et al. - Exploring midwives' perception of confidence around facilitating water birth in Western Australia: A qualitative descriptive study. **Midwifery**. [Em linha] 33:1 (2016), 73-81. [Consult. em 1 Mar. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26549568>>. ISSN 0266-6138.

NILSSON, L; et al. - Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. **Nursing Research and Practice**. [Em linha] (2013), 1-6. [Consult. em 16 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/349124/>>. ISSN 2090-1429.

NOVAES, F; SHIMO, A; LOPES, M. - Lombalgia na gestação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [Em linha] 14:4 (2006), 620-624. [Consult. em 11 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a22.pdf>>. ISSN 1518-8345.

NOGUEIRA, J. - Posições alternativas em trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, nº12, 2012.

NOGUEIRA, J; FERREIRA, M. - O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em linha] 3:8 (2012), 57-66. [Consult. em 11 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln8/serlln8a06.pdf>>. ISSN 0874-0283.

NUTTER, Elizabeth; et al. - Waterbirth: An integrative analysis of peer-reviewed literature. **Journal of Midwifery & Women's Health**. [Em linha] 59:3 (2014), 286-319. [Consult. em 11 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24850284>>. ISSN 1526-9523.

NUTTER, Elizabeth; SHAW-BATTISTA, Jenna; MAROWITZ, Amy - Waterbirth Fundamentals for Clinicians. **Journal of Midwifery & Women's Health**. [Em linha] 59:3 (2014), p. 350-354. [Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<https://translate.google.pt/translate?hl=pt-PT&sl=en&u=http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12193/abstract&prev=search>>. ISSN 1542-2011.

OLIVEIRA, A. - **Duração da manobra de valsalva no período expulsivo do parto: repercussões maternas e nas condições do nascimento do recém-nascido.** Pernambuco: Universidade Federal De Pernambuco Centro De Ciências Biológicas, 2003. Tese de Mestrado.

OLIVEIRA, G; et al. - Intervenções de Enfermagem nas adaptações fisiológicas da gestação. **Veredas Faria - Revista Eletrônica de Ciências.** [Em linha] 3:1 (2010), p. 58-67. [Consult. em 16 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/view/109/224>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

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

PACHECO, Alice; BARREIROS, Nathália; SANTOS, Iná. - Consumo de cafeína entre gestantes e a prevalência do baixo peso ao nascer e da prematuridade: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública.** [Em linha] 23:12 (2007), 2807-2819. [Consult. em 13 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/01.pdf>>. ISSN 1678-4464.

PAGANO, E.; et al. - An economic evaluation of water birth: the cost-effectiveness of mother well-being. **Journal of Evaluation in Clinical Practice.** [Em linha] 16:5 (2010), 916–919. [Consult. em 16 Fev. 2016]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2009.01220.x/pdf>>. ISSN 1365-2753.

PEATE, Ian; HAMILTON, Cathy - **Becoming a Midwife in the 21st Century.** USA: Jonh Wiley & Sons, 2008. ISBN 978-1-118-77304-8.

PEREIRA, A. - **Postpartum depression screening scale - validação para a população portuguesa**. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2008. Tese de Mestrado.

PEREIRA, A; BENTO, A. - Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. [Em linha] 12:3 (2011), 471-417. [Consult. em 23 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/251/pdf>>. ISSN 1517-3852.

PEREIRA, G; PINTO, F. - Episiotomia: uma revisão de literatura. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. [Em linha] 15:3 (2011), p. 183-196. [Consult. em 14 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.redalyc.org/pdf/260/26021120015.pdf>>. ISSN 1415-6938.

PEREIRA, Sandra; BACHION, Maria - Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em linha] 58:6 (2005), p. 659-664. [Consult. em 7 Set. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a06v58n6.pdf>>. ISSN 1984-0446.

PLUNKETT, B; et al. - Management of the second stage of labor in nulliparas with continuous epidural analgesia. **Obstetrics and Gynecology**. [Em linha]. 102:1 (2003), 109-114. [Consult. em 20 Dez. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12850615>>.

PODER, T.; LARIVIÈRE, M. - Advantages and disadvantages of water birth. A systematic review of the literature. **Gynécologie Obstétrique & Fertilité**. [Em linha]. 42:10 (2014), p. 706–713. [Consult. em 11 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://europepmc.org/abstract/med/24996877>>.

PORFÍRIO, A; PROGIANTI, J; SOUZA, D. - As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Em linha]. 12:2 (2010), 331-336. [Consult. em 11 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a16.htm>.

PORTO, A; AMORIM, H; SOUZA, A. - Assistance to the first period of labor based on evidence. **Revista Femina** [Em linha] 38:10 (2010), 527-537. [Consult. em 17 Nov. 2015]. Disponível em WWW:

<http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_1.pdf>.

PRATA, N; et al. - Prevention of postpartum hemorrhage in low-resource settings: current perspectives. **International Journal of Women's Health** [Em linha] Vol. 5 (2013), 737-752. [Consult. em 6 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833941/>>. ISSN 1179-1411.

PREMBERG, A; et al. - Father for the first time - development and validation of a questionnaire to assess fathers' experiences of first childbirth (FTFQ). **BMC Pregnancy and Childbirth**. [Em linha] 12:35 (2012), [Consult. Em 6 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22594834>>. ISSN 1471-2393.

PRINS, M; BOXEM, J; LUCAS, C. et al. - Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**. [Em linha] 118:6 (2011), 662-670. [Consult. em 10 Dez. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21392242>>. ISSN 1471-0528.

QUEENAN, John. - **Gestação de Risco: Diagnóstico e tratamento baseados em evidência**. Porto Alegre: Artemed, 2010. ISBN 9788536321820.

RABE, H; REYNOLDS, G; DIAZ-ROSELLO, J. - Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes (Review). **The Cochrane Library**. [Em linha]. Vol. 8 (2012), 1-3. [Consult. em 6 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003248.pub3/pdf/abstract>>. ISSN 1465-1858.

REBERTE, L; HOGA, L. - O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Revista Texto e Contexto-Enfermagem**. [Em linha]. 14:2 (2005), 186-192. [Consult. em 6 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a05v14n2.pdf>>. ISSN 1980-265X.

RENANTI, M; et al. - Infant Cries Identification By Using Codebook As Feature Matching, And MFCC As Feature Extraction. **Journal of Theoretical & Applied Information Technology** [Em linha]. 56:3 (2013), p. 437-442. [Consult. em 11 Set. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.jatit.org/volumes/Vol56No3/14Vol56No3.pdf>>. ISSN 1817-3195.

REZENDE, M. - **Obstetrícia fundamental**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2007. ISBN 9788527713603.

REVEIZ, L.; GAITÁN, H.G.; CUERVO, L.G. - Enemas during labour (Review). **The Cochrane Library**. [Em linha]. (2013), 1-3. [Consult. em 17 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000330.pub4/pdf/abstract>>. ISSN 1465-1858.

RICCI, S.S.; KYLE, T. - **Maternity and Pediatric Nursing**. Lippincott Wilkins, 2009. ISBN 0781780551.

RÍMOLO, M. - **Crítérios para a realização da episiotomia: uma revisão integrativa**. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011. Tese de Mestrado.

RODRÍGUEZ MIGUÉLEZ, J; FIGUERAS ALOY, J. - Ictericia neonatal. In **Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría: Neonatología**. [Em linha] (2008), p. 373-383. [Consult. em 12 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf>>.

Ros, H. - Effects of waterbirths and traditional bedbirths on outcomes for neonates. **Curationis**. [Em linha].32:2 (2009), 46-52. [Consult. em 12 Jan. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/934>>. ISSN 2223-6279.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS - **Intrapartum care – care of healthy women and their babies during 115 childbirth. RCOG Clinical guidelines**. Londres: National Collaborating Centre for Women’s and Childrens’s Health, 2007. ISBN 978-1-904572-36-2.

RUSSEL, Kim, et al. - Effecting change in midwives' waterbirth practice behaviours on labour ward: An action research study. **Midwifery**. [Em linha]. 30:3 (2014), 96-101. [Consult. em 12 Jan. 2015]. Disponível em WWW: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00331-8/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00331-8/pdf)>. ISSN 0266-6138.

SACKETT, David - Evidence-based medicine. **Elsevier**. [Em linha]. 21:1 (1997), 3-5. [Consult. em 18 Fev. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000597800134>> ISSN 0146-0005.

SAMPAIO, RF; MANCINI, MC. - Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa de evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. [Em linha]. 11:1

(2007), 83-89. [Consult. em 20 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>>. ISSN 1413-3555.

SANCHEZ-RAMOS, L, DELKEM, I. - **Induction of labor and termination of the previable pregnancy**. In High Risk Pregnancy – Management Option. 4ª ed. Canadá: Elsevier, 2011.vol.4. ISBN 978-1-4160-5908-0.

SANTOS, Ana; CARDOSO, Ana - A qualidade de vida e o suporte social da grávida. **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**. ISSN 2182-3006. n.º 11. (2010), 26-31.

SANTOS, C.; et al. - A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidência. **Rev Latino-am Enfermagem**. [Em linha] 15:3 (2007), 1-4. [Consult. em 20 Jan. 2016] Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23>. ISSN 1518-8345.

SANTOS, E D. - **Puerpério Normal**. In Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: textos fundamentais. 2ª ed. Florianópolis: Cidade Futura. 2002. ISBN 85-88612-42X.

SARAIVA, H. - **Aleitamento Materno: Promoção e Manutenção**. Lousã: Lidel. 2010. ISBN 978-972-757-659-3.

SASS, Nelson; OLIVEIRA, Leandro - **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013. ISBN 978-85-227-2339-8.

SCHAFER, Robyn - Umbilical cord avulsion in waterbirth. **Journal of Midwifery & Women's Health**. [Em linha] 59:1 (2014), 91-94. [Consult. em 18 Fev. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24588881>>. ISSN 1542-2011.

SCHMIDT, E; PICCOLOTO, N; MULLER, M. - Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psico-USF**. [Em linha] 10:1 (2005), 61-68. [Consult. em 18 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n1/v10n1a08.pdf>>. ISSN 1413-8271.

SENGPIEL, Verena; et al. - Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with birth. **BMC Medicine**. [Em linha] 11:42 (2013), 3-18. [Consult. em 18 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-11-42>>. ISSN 1741-7015.

SESCATO, A; SOUZA, S; WALL, M. - Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem** [Em linha] 13:4 (2008), 585-590. [Consult. em 15 Set. 2015]. Disponível em WWW:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/13120/8879>>. ISSN 2176-9133

SHELDON, WR; et al. - How effective are the components of active management of the third stage of labor?. **BMC Pregnancy and Childbirth** [Em linha] 13:46 (2013), 2-8. [Consult. em 25 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23433172>>. ISSN1471-2393.

SILVA, D; et al. - Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**. [Em linha] Vol.7 (2013), 4161-4170. [Consult. em 29 Dez. 2015]. Disponível em WWW: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf_2608>. ISSN 1981-8963.

SILVA, Jean; et al. - Fatores relacionados à presença de recém-nascidos grandes para a idade gestacional em gestantes com diabetes mellitus gestacional. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**. [Em linha]. 231:1 (2009), 5-9. [Consult. em 23 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n1/v31n1a02.pdf>>. ISSN 1806-9339.

SILVA, M N; et al. - Maternal Health: the importance of the antenatal attendance. **Cadernos UniFOA**. [Em linha]. 1:1 (2009), p. 97-101. [Consult. em 23 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/especiais/pos-graduacao/02/97.pdf>>.

SILVA, S; MURA, J. - **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007. ISBN 9788572418720.

SILVA, T. - Assistência ao parto: significados para as mulheres. **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**. ISSN 2182-3006. nº12 (2012), p. 29-33.

SIMKIN, P; ANCHETA, R. - **The Labor Progress Handbook**. 2ª ed. Oxford: Blackwell Science Ltd. 2005. ISBN 978-1-4443-3771-6.

SIMKIN, P; O'HARA, M A. - Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. **American Journal Obstetrics Gynecology**. [Em linha] 186:5 (2002), 131-159. [Consult. em 18 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(02\)70188-9/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)70188-9/pdf)>. ISSN 0002-9378.

SMAILL, F.M. - Withdrawn: Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation. **Cochrane Database Syst Rev**. ISSN 1465-1858 .20:1 (2010), 1-10.

SMITH, A. - Dustan Baby language: Decoding baby talk. [Em linha]. Sydney: **Grey-Bruce Kids Magazine**. [Consult. em 19 Set. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.dunstanbaby.com/decoding-baby-talk/>>

SMYTH, R M; MARKHAM, C; DOWSWELL, T. - Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). **Cochrane Database Syst Rev**. [Em linha]. 6:1 (2013), [Consult. em 20 SET. 2015]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/epdf/standard>> ISSN.1465-1858.

SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA – Diagnosis, Evaluation and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy. SOGC Clinical Practice Guideline. **The Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**. ISSN 1701-2163. 35:5 (2014), 416-438.

SODRÉ, T M; et al.- Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto Contexto Enfermagem**. ISSN 0034-7167. 19:3 (2010), 452-460.

SOLTANI, H; DICKINSON, F; SYMONDS, I. - **Placental cord drainage after spontaneous vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour**. Oxford: Update Software. 2010.

SOLTANI, H; HUTCHON, D R; POULOSE, T. A - Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. **Cochrane Database Syst Rev**. [Em linha]. 4:8 (2010), 1-17. [Consult. em 11 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20687079>>. ISSN 1465-1858.

SOUZA, A S R; AMORIM, M M R; PORTO, A M F. - Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. **Femina**. [Em linha]. 38:9 (2010), 459-468. [Consult. em 19 Out. 2015]. Disponível em WWW: <http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_em_evidencias_parte_II.pdf> ISSN 0100-7254.

SOUZA, A S R; et al.- Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. **Femina**. [Em linha]. 38:4 (2010), 185-194. [Consult. em 13 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>>.

SOUZA, Marcela; SILVA, Michelly; CARVALHO, Rachel. - Revisão integrativa: o que é e como fazer Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein**. [Em linha]. 8:1 (2010), 102-106.

[Consult. em 24 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. ISSN 0080-6234.

SUNDSTROM, A K; ROSÉN, D, ROSÉN, K G. - **Vigilância Fetal**. [Em linha]. 1ª ed. Goteburgo: Neoventa Medical AB, 2006. [Consult. em 19 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/106.pdf>>.

SUZUMURA, Erica et al. - Como avaliar criticamente estudos de coorte em terapia intensiva?. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. ISSN 1982-4335. 20:1 (2008), 93-98.

SWAIN, Dharitri - Water birth is an alternative to air birth- A comprehensive review article. **Asian Journal of Nursing Education and Research**. ISSN 2231-1149. 3:2 (2013), 69-78.

TAAVONI, S; et al. - Effect of Birth Ball Usage on Pain in the Active Phase of Labor: A Randomized Controlled Trial. American College of Nurse-Midwives. **Journal of Midwifery & Women's Health**. [Em linha]. 56:2 (2011), 137-140. [Consult. em 19 Nov. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21429078>> ISSN 1542-2011.

THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES - Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Immersion in Water for Labour and Birth, 2012.

TORKAMANI, Soheila; KANGANI, Akbari; JANANI, Fatemeh - The effects of delivery in water on duration of delivery and pain compared with normal delivery. **Pakistan Journal of Medical Sciences**. ISSN 1681-715X. 26:3 (2010), 551-555.

TUNÇALP, O; et al. - Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. **The Cochrane Library**. [Em linha]. 15:8 (2012), 1-3. [Consult. em 17 Ago. 2015]. Disponível em WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000494.pub4/pdf/abstract>>. ISSN 1465-1858.

UCEIRA-REY, Sonia et al. - Procedimiento de inmersión en el agua para el trabajo de parto en el Hospital da Barban. **Matronas Profissionais**. ISSN 1578-0740. 16:1 (2015), 12-17.

VAN DEN BERGH, Bea; SIMONS, Annelies - A review of scales to measure the mother-foetus relationship. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**. [Em linha]. 27:2 (2009), 114-126. [Consult. em 14 Jan. 2016]. Disponível em WWW: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830802007480>>. ISSN 0264-6838.

VERINGA, I; et al. - Pain cognitions as predictors of the request for pain relief during the first stage of labor: a prospective study. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**.

[Em linha]. 32:3 (2011), 119-125. [Consult. em 19 Jun. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21824042>>. ISSN 0167-482X.

VIEIRA, Francisco - **Pesquisa científica em enfermagem: Guia prático**. Saarbrücken: Novas Edições Académicas. 2013. ISBN 9783639610673.

VILLAR, C L; ACEBO, A S - Parto activo y acompañamiento respetuoso. Estudios multidisciplinares para la humanización del parto. **Jornadas Universitarias Multidisciplinares para la Humanización del Parto**. [Em linha]. 1:2 (2011), 147-162. [Consult. em 10 Dez. 2015]. Disponível em WWW: <<http://ruc.udc.es/bitstream/2183/9090/1/CC119-art9.pdf>>

VURAL, G.; KISA, S. - Umbilical cord care: a pilot study comparing topical human milk, povidone-iodine, and dry care. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**. [Em linha]. 35:1 (2006), 123-128. [Consult. em 11 Out. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16466360>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors**. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, 2007. ISBN 92-4-154587-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - **Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills**. Genebra: WHO. 2013. ISBN 9241547626.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors**. 2ª ed. Genebra: WHO Department of Reproductive Health and Research. 2003. ISBN 9241545879.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Managing eclâmpsia – Education material for teachers of midwifery: midwifery education modules**. Genebra: WHO. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 4ª ed. Genebra: WHO. 2010. ISBN 9241563885.

YILDIRIM, G; BEJI, N K. - Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. **Birth**. [Em linha]. 35:1 (2008), 25-30. [Consult. em 21 Maio. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18307484>>. ISSN 1523-536X.

ZAGONEL, Ivete. - O Cuidado de Enfermagem na Perspectiva dos Eventos Transicionais Humanos. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. [Em linha]. 11:2 (1998), 56-63. [Consult.

em 11 Dez. 2015]. Disponível em WWW:
<http://www.unifesp.br/denf/acta/1998/11_2/pdf/art6.pdf> ISSN 0103-2100.

ZAGONEL, Ivete. - O cuidado humano transacional na trajetória de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. [Em linha].7:3 (1999), 25-32. [Consult. em 19 Mai. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1376/1406>>. ISSN 0104-1169,

ZINGA, et al. - Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. [Em linha]. Vol. 27 (2005), 56-64. [Consult. em 19 Mai. 2015]. Disponível em WWW: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/a05v27s2.pdf>>.

ZWELLING, E. Overcoming the Challenges: Maternal Movement. **The American Journal of maternal Childbirth**. [Em linha]. 35:2 (2010), 72-78. [Consult. em 18 Out. 2015]. Disponível em WWW:
<<http://journals.lww.com/mcnjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2010&issue=03000&article=00003&type=abstract>>.

ANEXOS

Anexo 1 – Matriz de Síntese

1º Artigo	Título	Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: Immersion in water for labour and birth			
Autores	Cooper, T.; Fairlie, F.; Henshaw, A.; Shallow, H.				
Publicação	British Journal of Midwifery	Ano	2012	Local	Reino Unido
Tipo de Estudo	Guideline – Royal College of Midwives	Nível de Evidência	I		
Objetivos	Aceder á evidência dos resultados de estudos randomizados sobre a imersão em água durante o TP e o Parto para a mãe e RN.				
Metodologia	Foi feita uma pesquisa nas seguintes plataformas: the Cochrane Database of Systematic Reviews, MEDLINE, Embase e MIDIRS. A pesquisa foi restringida para publicações entre 2008 e março de 2011. Foram utilizadas diferentes estratégias de pesquisa para as diferentes secções da revisão. Os termos iniciais de pesquisa foram identificados pelos autores. Para cada pesquisa foi feita combinações de termos MeSH e palavras-chave.				

Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Sem diferenças significativas relativamente ao trauma perineal; • Sem diferença na incidência de infeções maternas; • Diminuição da intensidade da dor; • Diminuição do uso de analgesia epidural; • Mais mulheres do grupo de imersão expressaram querer repetir a experiência comparativamente com o grupo de controlo; • Diminuição da duração da primeira fase de TP; • Sem diferença na duração da segunda fase de TP; • Diminuição da prática de amniotomia; • Sem diferença quanto ao número de cesarianas e partos instrumentados; • Sem diferenças quanto ao score de Apgar; • Sem diferenças quanto ao ph do sangue do cordão; • Sem diferença quanto as infeções neonatais; • Sem diferenças na admissão em UCIN; • Sem diferenças na mortalidade neonatal.
Conclusões	<p>As mulheres que utilizam a imersão em água durante o TP na generalidade sentem-se mais relaxadas, envolvidas na tomada de decisão e em controlo do parto (Richmond 2003;Hall and Holloway 1998). O uso da água como método de alívio da dor é eficiente e resulta num menor uso de analgesia epidural (Cluett and Burns 2009). Não é aconselhada a utilização de analgésicos narcóticos em mulher em imersão em água. O uso do óxido nitroso (Entonox) é comum em associação com a imersão em água. O parto na água associa-se a semelhantes <i>scores</i> de apgar aos 5 minutos e a semelhantes taxas de internamento em Unidades de Cuidados Neonatais (UCN). Não se associa a uma diferença na incidência de partos instrumentados ou cesarianas (Cluett and Burns 2009). Há alguma evidência que sugere que pode diminuir a primeira fase de TP. Não há evidência que demonstre que uso de água durante o TP se deve limitar a uma determinada duração. Dois inquéritos</p>

	nacionais sugerem que não há evidência que demonstre um aumento de morbidade ou mortalidade neonatal (Gilbert and Tookey 1999; Alderdice et al. 1995). Os EEESMO's devem ter acesso à aprendizagem deste método, e devem existir protocolos que sustentem a prática (RCOG/RCM 2006). Medidas de garantia de qualidade são importantes, assim como a verificação da qualidade da água e procedimentos de controlo da infeção (NICE 2007; Kingsley et al. 1999; Hawkins 1995). A temperatura da água e da mulher deve ser monitorizada e assegurado que a mulher está confortável mas apirética. A temperatura da água deve ser acima de 37.5° C (NICE 2007).				
2º Artigo	Título	Immersion in water in labour and birth			
Autores	Elizabeth R Cluett and Ethel Burns				
Publicação	Cochrane Database	Ano	2014	Local	Reino Unido
Tipo de Estudo	Revisão Sistemática da Literatura		Nível de Evidência	I	
Objetivos	Aceder á evidência dos resultados de estudos randomizados sobre a imersão em água durante o TP e o Parto para a mãe e RN.				
Metodologia	Foi feita uma pesquisa no grupo da Cochrane Pregnancy and Childbirth. Foram utilizados apenas estudos randomizados controlados comparando os resultados da imersão e não imersão em água durante o TP. Foi feita uma análise estatística usando o Review Manager software (RevMan 2011).				
Resultados	<p>Foram incluídos doze estudos, oito relacionados com a primeira fase do TP, um relacionado com a imersão precoce ou mais tardia na primeira fase de TP, dois envolviam a imersão na primeira e segunda fase do TP e um referia-se apenas à segunda fase de TP. Não se identificaram estudos acerca do terceiro período de TP. As participantes, 3243 mulheres eram nulíparas ou multíparas em TP, de baixo risco, independentemente da IG.</p> <p>Os resultados da imersão <i>versus</i> não imersão na primeira fase do TP foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sem diferenças significativas relativamente ao trauma perineal, períneo intacto (236/678 <i>versus</i> 200/659), episiotomia (207/644 <i>versus</i> 219/628), lacerações de segundo (110/658 <i>versus</i> 112/628), terceiro e quarto graus (40/1202 <i>versus</i> 29/1199); • Sem diferenças significativas na incidência de infeções maternas durante o TP, e no pós-parto (15/647 <i>versus</i> 15/648); 				

- Sem diferenças na perda de sangue no primeiro, segundo, terceiro estadio de TP e no pós-parto imediato (Diferença Média (DM) -14.33; 95% Intervalo de Confiança (IC) -63.03 a 34.37);
- Sem diferenças na incidência de Hemorragia Pós-parto (Risco Relativo (RR) 1.58; 95% IC 0.80 a 3.13);
- Sem diferenças na incidência de amniotomia (240/465 *versus* 233/461);
- Sem diferenças no uso de oxitocina (RR 0.64; 95% IC 0.32 a 1.28);
- As mulheres no grupo da imersão em água experimentaram menos dor “moderada a severa” (75% *versus* 40%);
- Sem diferença quanto ao uso de analgesia não farmacológica (RR 1.05; 95% IC 0.37 a 2.94);
- O uso de analgesia epidural foi menor (478/1254 *versus* 529/1245);
- Apenas um dos estudos demonstrou haver maior incidência de parto normal no grupo da imersão, nos restantes estudos não houve diferença quanto ao número de cesarianas (72/1358 *versus* 58/1354) e partos instrumentados (156/1313 *versus* 181/1315);
- Diminuição da duração da primeira fase de TP (DM -32.4 minutos; 95% IC -58.67 minutos a 6.13 minutos);
- Sem diferença na duração da segunda fase de TP (DM 0.47 minutos; 95% IC -3.45 minutos a 4.38 minutos);
- Sem diferença na duração da terceira fase de TP (DM -0.52 minutos; 95% IC -1.84 minutos a 0.79 minutos);
- Diminuição da pressão arterial (sistólica Média (M) 120.3 mmHg *versus* 127.5 mmHg; DM -7.20; 95% IC -13.12 a -1.28; diastólica M 62.8 mmHg *versus* 73 mmHg DM -10.20; 95% IC -13.70 a -6.70);
- Relativamente à preferência para futuros partos foram menos as mulheres do grupo de imersão que expressaram não quererem outro parto com imersão comparativamente com o grupo de controlo (RR 0.38; 95% IC 0.14 a 0.98);
- Sem diferenças na incidência de depressão pós-parto (RR 1.38; 95% IC 0.85 a 2.24);
- Sem diferença nos níveis de ritmos cardíacos fetais anormais (RR 0.75; 95% IC 0.34 a 1.67);
- Sem diferenças quanto á presença de mecónio no líquido amniótico (RR 0.95; 95% IC 0.76 a 1.19);
- Sem diferenças quanto à IG de nascimento (DM -0.01; 95% IC -0.82 a 0.80);

- Sem diferenças quanto ao peso de nascimento (DM -22.74; 95% IC -66.44 a 20.96);
- Sem diferenças quanto ao score de Apgar (10/907 *versus* 6/927);
- Sem diferenças quanto ao ph do sangue do cordão (RR 5.18; 95% IC 0.25 a 105.51);
- Sem diferenças na admissão em UCIN (48/789 *versus* 45/782);
- Sem diferença quanto as infecções neonatais (6/647 *versus* 3/648);
- Sem diferença quanto ao número de mulheres a amamentar seis semanas após o parto (RR 1.17; 95% IC 0.64 a 2.15);

Principais resultados da imersão em água *versus* não imersão na segunda fase do TP foram:

- Sem diferenças significativas relativamente ao trauma perineal: episiotomia (12/100 *versus* 10/79) lacerações de segundo grau (21/100 *versus* 14/79), terceiro e quarto graus (RR 1.54; 95% IC 0.07 a 36.11);
- Sem diferenças quanto à hemorragia pós-parto (RR 0.14; 95% IC 0.01 a 2.71);
- Sem diferenças quanto ao número de mulheres que experienciaram dor “moderada a severa” (RR 1.06; 95% IC 0.73 a 1.53);
- Sem diferença na duração da segunda fase de TP (DM 1.24 minutos; 95% IC 8.05 minutos a 5.56 minutos);
- Sem diferença quanto ao número de cesarianas (RR 0.33; 95% IC 0.07 a 1.52) e partos instrumentados (RR 0.73; 95% IC 0.21 a 2.54);
- Sem diferença quanto à temperatura materna (DM 0.20; 95% IC -0.18 a 0.58);
- As mulheres do grupo de imersão demonstraram maior satisfação com a experiência de parto (RR 0.24; 95% IC 0.07 a 0.80);
- Sem diferenças quanto à preferência das mulheres relativamente a futuros partos (RR 0.57; 95% IC 0.18 a 1.55)
- Sem diferenças quanto á presença de mecônio no líquido amniótico (RR 1.32; 95% IC 0.63 a 2.80);
- Sem diferenças quanto à IG de nascimento (DM -1.00; 95% IC -5.13 a 3.13);
- Sem diferença quanto à mortalidade neonatal (RR 3.00; 95% IC 0.12 a 72.20);
- Sem diferenças quanto ao score de Apgar (RR 1.54; 95% IC 0.07 a 36.11);
- Sem diferenças quanto ao ph do sangue do cordão (RR 0.89; 95% IC 0.45 a 1.75);

	<ul style="list-style-type: none"> • Sem diferenças na admissão em UCIN (RR 0.79; 95% IC 0.25 to 2.49); • Sem diferença quanto as infecções neonatais (RR 1.89; 95% IC 0.90 a 3.96); • Sem diferença quanto ao número de mulheres a amamentar seis semanas após o parto (RR 0.86; 95% IC 0.69 a 1.08). 				
Conclusões	<p>Existe uma significativa redução de analgesia epidural nas mulheres que usaram a imersão em água na primeira fase do TP. A analgesia epidural é uma técnica invasiva que altera a dinâmica fisiológica do TP e que se associa a mais intervenções. Não se encontraram resultados que se associem a piores resultados neonatais, maior duração do TP ou mais complicações. As mulheres devem ser informadas que o uso de água na primeira fase do TP reduz a utilização de analgesia epidural e os EEESMO's ou outros profissionais que assistam partos devem sugerir esta opção. Existe evidência insuficiente acerca do uso de água na segunda fase do TP. Contudo, existe evidência que a imersão em água na primeira fase do TP pode ser uma boa opção para as mulheres de baixo risco. A imersão em água durante a segunda fase de TP necessita de ser mais investigada, presentemente não existe evidência para suportar ou não suportar esta opção da mulher.</p>				
3º Artigo	Título	Bénéfices et risques de l'accouchement dans l'eau: une revue systématique			
Autores	T.G. Poder, M. Larivière				
Publicação	Elsevier	Ano	2014	Local	Canadá
Tipo de Estudo	Revisão Sistemática da Literatura		Nível de Evidência	I	
Objetivos	Perceber se o parto na água é uma prática que pode ser generalizada nos hospitais.				
Metodologia	<p>Os motores de pesquisa utilizados para a realização da revisão foram: PubMed, Embase e Cochrane Database. Foram consultados os <i>sites</i> das principais agências de avaliação de tecnologias e modos de intervenção em saúde (INESSS, HAS, CADTH e CRD), a Ordem de Sages-femmes du Québec, de l'Ontario e a Colombie britannique ont également. As referências bibliográficas dos artigos foram examinadas com a finalidade de complementar a pesquisa. A pesquisa de artigos foi feita no período de janeiro de 1989 a maio de 2013. As palavras chave utilizadas foram: water birth, immersion, water, birth, bain d'accouchement, immersion, eau, accouchement, naissance aquatique. Os critérios de seleção</p>				

	<p>foram: estudos ou resumos em inglês ou francês, mulheres com baixo risco de complicações, estudos comparativos sobre a eficácia e segurança do procedimento. Todos estes critérios foram considerados para a seleção dos artigos. Os critérios de exclusão foram: distócia de ombros e estudos que utilizaram amostras de outros estudos. A seleção dos artigos por nível de evidência foi feita tendo por base os critérios da Haute Autorité de Santé de 2010.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Foram obtidos 6409 referências. Doze estudos randomizados e catorze estudos não randomizados. Os estudos randomizados apresentam os resultados de 3243 mulheres e os estudos não randomizados de 21 886 mulheres.</p> <p>Os principais resultados indicam que a imersão em água na primeira fase de TP conduz a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redução do uso de analgesia (cinco a 10 % menos); • Diminuição da duração da primeira fase de TP (30 a 60 minutos menos); • Diminuição do consumo de oxitocina; • Diminuição da dor de severa para moderada; • Não há diferença quanto as infecções maternas e neonatais; • Sem diferença quanto à incidência de partos instrumentados; • Sem diferença quanto ao número de cesarianas; • Satisfação materna elevada; • Diminuição da pressão arterial; • Menos lacerações perineais (um a cinco por cento); • Menos episiotomias (três por cento); • Sem diferenças quanto à perda de sangue; • Sem diferenças quanto ao score de Apgar (ou ligeiramente melhor); • Sem diferenças na admissão em UCIN;

- Sem diferença nos níveis de ritmos cardíacos fetais anormais.

Principais resultados da imersão em água durante o TP e o parto:

- Diminuição da duração da expulsão (um a 15 minutos menos);
- Sem diferença quanto à incidência de partos instrumentados;
- Sem diferença quanto ao número de cesarianas;
- Menos lacerações perineais (cinco a 10 %);
- Menos episiotomias (um a 20%);
- Aumento das lacerações perineais de primeiro e segundo graus (15%);
- Diminuição das lacerações perineais de terceiro e quarto graus (um por cento);
- Sem alterações quanto à temperatura materna;
- Sem diferenças quanto à perda de sangue ou ligeiramente menos;
- Não há diferença quanto as infecções maternas e neonatais;
- Sem diferenças na mortalidade neonatal;
- Satisfação materna elevada;
- Sem diferenças quanto à percepção de dor ou ligeira diminuição;
- Sem diferenças quanto ao score de Apgar (ou ligeiramente melhor);
- Sem diferenças de ph no sangue do cordão;
- Sem diferenças na admissão em UCIN;
- Diminuição do consumo de oxitocina.

Apenas dois estudos fazem referência à dequitação, sendo os dois não randomizados. No primeiro foi utilizada cinco unidade de Syntocinon em 85% do grupo de imersão e 100% no grupo sem imersão. No segundo estudo houve maior demora na expulsão da placenta no grupo sem imersão (14 minutos versus nove minutos).

Conclusões	De uma forma geral, a literatura científica fornece provas de que os efeitos do parto na água são semelhantes aos do parto normal ou ligeiramente melhores. O nível de evidência dos resultados das diferentes variáveis não é igual. Para além disso, não se pode afirmar que os bons resultados do parto na água (redução do consumo de oxitocina, diminuição da duração das fases de TP, diminuição nas taxas de episiotomia) são devidas à imersão em água ou se são devidas a outras condições como: possibilidade de movimento, apoio contínuo, mais atenção às necessidades da mulher. Na fase de dequitação é necessário haver mais estudos.				
4º Artigo	Título	Maternal and Newborn Outcomes Following Waterbirth: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 Cohort			
Autores	Marit L. Bovbjerg, PhD, MS, Melissa Cheyney, PhD, CPM, LDM, Courtney Everson, MA, PhD				
Publicação	Journal of Midwifery and Reproductive Health	Ano	2016	Local	Estados Unidos da América
Tipo de Estudo	Estudo de Coorte	Nível de Evidência	IV		
Objetivos	Reportar os resultados de uma grande amostra de partos realizados por EEESMO em casa ou em centros de partos nos Estados Unidos da América.				
Metodologia	Foram usados dados de um projeto estatístico da Midwives Alliance of North America entre 2004 e 2009. Comparamos os resultados neonatais e maternos do parto na água e os resultados neonatais e maternos da forma tradicional e os resultados neonatais e maternos de mulheres que pretendiam ter um parto na água mas não tiveram. Os resultados neonatais incluíram: Score de Apgar inferior a sete, transferência para UCIN, ou admissão numa UCIN nas primeiras seis semanas pós-parto. Os resultados maternos incluíram: trauma genital, transferência para o hospital ou hospitalização nas primeiras seis semanas.				
Resultados	Reportamos resultados de 18343 partos que incluíram 18397 RN. 10252 Mulheres (10290 RN) pertenceram ao grupo sem imersão, 6521 mulheres (6534 RN) ao grupo de imersão em água e 1570 mulheres (1573 RN) pertenceram ao grupo das mulheres que pretenderam imersão em água mas não foi possível a concretização. Todos os partos foram eutócicos já que a amostra se refere a partos realizados em casa e em				

casas de partos. 968 Tiveram um parto vaginal tendo uma cesariana anterior, 134 tiveram um parto em apresentação pélvica e 54 tiveram gémeos. Os RN do grupo da água tiveram melhores resultados. Os resultados serão apresentados fazendo referência ao grupo de Imersão *versus* não imersão *versus* pretendiam imersão:

- Apgar aos cinco minutos inferior a sete - 1.0% *versus* 1.2% *versus* 1.4%;
- Transferência para o hospital durante pós-parto por necessidade do RN – 0.5% *versus* 1.2% *versus* 1.6%;
- Hospitalização da criança nas primeiras seis semanas de vida – 3.4% *versus* 4.5% *versus* 5.5%;
- Admissão numa UCIN nas primeiras seis semanas de vida – 1.4‰ *versus* 2.4‰ *versus* 2.9‰;
- Mortes neonatais antes dos sete dias de vida – 0.31‰ *versus* 0.58‰ *versus* 1.27‰.
- Mortes neonatais após os sete dias de vida e antes dos vinte e oito dias de vida – 0.15‰ *versus* 0.29‰ *versus* 0.64‰;

Não houve evidencia que demonstrasse que os scores de apgar inferior a sete fossem mais comuns no grupo da imersão em água. Os piores resultados foram no grupo das mulheres que pretenderam ter um parto na água mas não puderam ter. Os RN deste grupo tiveram 102% mais probabilidade de ter um apgar inferior a sete aos cinco minutos. Contudo, o número de eventos foi tão raro que foi impossível tirar conclusões. Não houve evidência de aumento de mortes neonatais no grupo do parto na água. Ocorreram nove mortes no grupo da não imersão em água (uma por hipoxia, uma por anomalias congénitas, três por acidentes com o cordão, três por causas desconhecidas). No grupo da imersão em água ocorreram três mortes (uma por hipoxia, uma por falha congestiva cardíaca, uma por causas desconhecidas). No grupo das mulheres que pretendiam ter o parto na água também houve três mortes neonatais (uma por descolamento da placenta, uma por distócia de ombros com compressão do cordão e uma por hipoxia).

As mulheres que tiveram na segunda fase de TP em imersão tiveram uma redução de 35 % nas possibilidades de serem transferidas para o hospital no pós-parto. As mulheres que pretendiam ter o parto na água experimentaram mais traumas genitais. Os resultados serão apresentados fazendo referência ao grupo de Imersão *versus* não imersão *versus* pretendiam imersão:

- Périneo íntegro – 48.9% *versus* 50.6% *versus* 37.3%;

	<ul style="list-style-type: none"> • Episiotomia – 0.02% <i>versus</i> 0.2% <i>versus</i> 0.7%; • Lacerações de primeiro e segundo graus – 30.4% <i>versus</i> 30.8% <i>versus</i> 35.1%; • Lacerações de terceiro e quarto graus – 0.4% <i>versus</i> 0.6% <i>versus</i> 0.8%. 				
Conclusões	<p>Este é o maior estudo de coorte realizado nos estados Unidos e o primeiro a reportar separadamente os resultados maternos e neonatais das mulheres que pretenderam um parto na água mas não tiveram por apresentarem fatores de risco. Os resultados demonstram que o parto na água não aumenta a morbidade ou mortalidade neonatal. A maior percentagem de períneos íntegros verificou-se no grupo da não imersão. Todavia, houve maior incidência de episiotomias neste grupo. Os nossos resultados sugerem que o parto na água é uma opção segura para mulheres de baixo risco obstétrico, associa-se a menor número de intervenções e por isso estão diminuídos os riscos associados ao uso farmacológico para o controlo da dor.</p>				
5ºArtigo	Título	Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years			
Autores	G. Dahlen, Helen Dowling, Mark Tracy, Virginia Schmied, Sally Tracy				
Publicação	Elsevier	Ano	2013	Local	Australia
Tipo de Estudo	Estudo de coorte		Nível de Evidência	VI	
Objetivos	Determinar as taxas de trauma perineal, hemorragia pós-parto e scores de apgar ao primeiro minuto em mulheres de baixo risco obstétrico que pariram num centro de partos na água, comparativamente com mulheres que pariram sem imersão em água em seis posições diferentes.				
Metodologia	Foram utilizados os registos de EEESMO num centro de partos na Austrália desde janeiro de 1996 a abril de 2008 (doze anos e quatro meses). Durante este tempo houve 8338 mulheres que iniciaram o TP no centro de partos, 6144 pariram no centro de partos e 2194 (26%) foram transferidas para um serviço de obstetrícia que se situa no mesmo edifício. Estas últimas não foram incluídas no estudo. As mulheres transferidas no pós-parto por complicações foram incluídas. Estes dados recolhidos durante 12 anos incluem as posições que as mulheres				

	<p>assumiram para parir, assim como: paridade, duração do TP, perda de sangue, trauma perineal com necessidade de sutura ou não, distócica de ombros, conduta ativa ou não da terceira fase de TP, uso de oxitocina na terceira fase e de analgesia e profissional que assistiu ao parto. Os dados foram tratados através do SPSS. Os dados das admissões em UCIN e a duração da estadia não eram claros pelo que não foram colhidos. As mulheres que pariram no centro de partos foram encorajadas a estarem ativas durante o TP, assumirem qualquer posição para parir e a iniciarem esforços expulsivos quando preferissem. As mulheres que pariram no centro de partos ou no serviço de partos não diferiam quanto ao risco obstétrico.</p>
Resultados	<p>Das 6144 mulheres que pariram no centro de partos, 40% eram primíparas e 60% eram múltiparas. 70% não usaram analgesia farmacológica. O fármaco mais utilizado foi o óxido nítrico. A duração da primeira fase do TP foi em média 356.8 minutos, na segunda fase foi 40.3 minutos e na terceira fase foi 22.6 minutos. As mulheres que tiveram o parto na água foram 819 e as mulheres que adotaram as outras posições foram 5220. Cerca de 60% das mulheres tiveram uma terceira fase fisiológica, havendo 10% das mulheres que tiveram hemorragia pós parto, oito por cento entre 500 a 999 ml e um por cento mais de 1500 ml. Vinte e quatro por cento das mulheres tiveram o períneo íntegro, 16% tiveram uma laceração de primeiro grau, 39% tiveram uma laceração de segundo grau, 1.9% tiveram uma laceração de terceiro ou quarto graus e 2.4% tiveram uma episiotomia.</p> <p>Foram comparados os resultados do parto na água (13%) e seis posições sem imersão em água: apoiada nos quatro membros/ajoelhada (48%), semi-reclinada (12%), lateral (5%), em pé (8%), cadeira de parto (10%) e agachada (3%). Foi evidente que os EEESMO tinham preferência por determinadas posições sendo que a apoiada nos quatro membros/ajoelhada foi mais popular (48%). Os obstetras preferiram mais posições semi-reclinada enquanto os EEESMO preferiram o parto com imersão em água. O parto na cadeira de partos conduziu a maior incidência de trauma perineal. Isto tendo em conta variáveis como: peso de nascimento, paridade, duração da segunda fase de TP e profissional que assistiu ao parto. Mulheres que tiveram bebês com mais de 4000g, tiveram segundas fases de TP superiores a 120 minutos, eram primíparas e foram assistidas por obstetras tiveram taxas significativamente maiores de trauma perineal (superior a segundo grau). As taxas de hemorragia pós-parto (superiores a 500 ml) foram examinadas tendo em conta variáveis como: trauma perineal, trauma pequeno ou</p>

	<p>grande; posição assumida no parto, peso ao nascimento, paridade, duração da segunda fase de TP e profissional que assistiu ao parto. As mulheres que utilizaram a cadeira de partos tiveram maior incidência de hemorragia pós-parto. Mulheres que tiveram bebês com mais de 4000g, tiveram segundas fases de TP superiores a 120 minutos, eram primíparas e tiveram traumas perineais grandes, tiveram maior probabilidade de ter maior incidência de hemorragia pós-parto. Não houve diferença nas taxas de hemorragia pós-parto em partos assistidos por EEESMO ou por obstetras, contudo os obstetras assumiram mais frequentemente uma conduta ativa da terceira fase de TP (61% versus 36%). Não houve diferenças no score de apagar aos cinco minutos inferiores a sete, excetuando para a posição de semi-reclinada em que se verificou uma incidência significativamente maior tendo em conta variáveis como: peso de nascimento, paridade, duração da segunda fase de TP e profissional que assistiu ao parto (RR 4.61; CI 1.29–16.52). Mulheres que tiveram bebês com mais de 4000g, primíparas, assistidas por obstetras tiveram maior probabilidade de ter scores de apgar aos cinco minutos inferiores ou iguais a sete. As durações da segunda fase superiores a 120 minutos não se associaram a scores de apgar iguais ou inferiores a sete.</p>				
Conclusões	<p>As mulheres que pariram na água tiveram menos traumas perineais e taxas de hemorragia pós-parto inferiores, em comparação com as mulheres que pariram nas seis diferentes posições descritas, sem imersão em água. Os seus bebês tiveram taxas inferiores de scores de apgar inferiores a sete aos cinco minutos.</p>				
6º Artigo	Título	<p>A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia</p>			
Autores	<p>Uche Menakaya, Shakeeba Albayati, Elizabeth Vella, Jennifer Fenwick, Donald Angstetra.</p>				
Publicação	Elsevier	Ano	2013	Local	Austrália
Tipo de Estudo	Estudo de coorte		Nível de Evidência	IV	
Objetivos	<p>Descrever os resultados maternos e neonatais no parto na água em parturientes de baixo risco obstétrico comparativamente com mulheres de baixo risco obstétrico que tiveram um parto convencional.</p>				
Metodologia	<p>Foi realizada uma comparação retrospectiva dos resultados de mulheres que pariram na água com os resultados das mulheres que pariram de</p>				

	<p>forma convencional no hospital de Bankstown num período de dez anos (2000 a 2009). As mulheres incluídas em ambos os grupos tinham os mesmos critérios de inclusão: gravidez sem complicações, gravidez singular e de termo, apresentação cefálica, TP espontâneo, líquido amniótico sem alterações. Mulheres com análise positiva ao estreptococcus do grupo B e rutura prolongada de membranas também foram incluídas. Foram incluídas 219 mulheres em cada grupo. 42% Eram primíparas.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Serão apresentados os resultados do grupo de imersão <i>versus</i> o grupo de não imersão. Os resultados foram os seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sem diferença significativa na duração da primeira fase de TP (349,10 <i>versus</i> 352,20 minutos em primíparas e 231,39 <i>versus</i> 213,95 em multíparas); • Sem diferença significativa na duração da segunda fase do TP (50,45 <i>versus</i> 52,21 minutos em primíparas e 20,41 <i>versus</i> 20,16 minutos em multíparas); • Sem diferenças significativas na perda de sangue (282 <i>versus</i> 290 ml em primíparas e 293 <i>versus</i> 256 ml em multíparas), • Sem diferenças significativas na ocorrência de hemorragia pós-parto (4% <i>versus</i> 5% em primíparas e 6% <i>versus</i> 6% em multíparas); • Aumento da percentagem de mulheres com períneo íntegro (40% <i>versus</i> 31%); • Não foram realizadas episiotomias no grupo do parto na água sendo que no outro foram realizadas 33 episiotomias; • Sem diferenças significativas na incidência de lacerações de primeiro e segundo grau; • Diminuição da incidência de lacerações de segundo e terceiro grau (1 <i>versus</i> 4); • Houve mais bebés com score de apgar sete ou inferior ao primeiro minuto no grupo da imersão em água (7 <i>versus</i> 3 em primíparas e 18 <i>versus</i> 5 em multíparas); • Sem diferenças significativas no score de apgar sete ou inferior ao quinto minuto (1 <i>versus</i> 0 em primíparas e 1 <i>versus</i> 0 em multíparas); • Aumento de admissões na UCIN no grupo da imersão (8 <i>versus</i> 1). Os motivos de internamento foram: dois após ressuscitação, um por um evento de apneia e peso de 2560 g e outro após uma distócia de ombros; tendo ficado internados durante um dia. Outro bebé

	<p>foi internado por dificuldade respiratória tendo depois sido diagnosticada aspiração de mecónio e transferido para outro hospital. Três bebés foram admitidos por problemas na amamentação, o tempo de estadia variou entre um a seis dias. O bebé do grupo da não imersão foi admitido com dificuldade respiratória e ficou internado durante nove dias.</p>				
Conclusões	<p>Este é um estudo de coorte com uma amostra significativa. Apesar das deficiências associadas com a natureza retrospectiva do estudo as informações encontradas devem ser consideradas para que sejam implementadas as melhores práticas e a melhorar qualidade da assistência fornecida às mulheres que solicitam parto na água na Austrália. Para além disso, todos os bebés nascidos na água que necessitaram de internamento tiveram alta num tempo aceitável, sem a exigência de seguimento. As conclusões servem para lembrar aos profissionais que devem ser vigilantes na segunda fase de TP na água. Continua a haver uma necessidade de estudos adequadamente concebidos e dimensionados para contribuir para o conjunto de provas em torno da segurança de parir em água.</p>				
7º Artigo	Título	Waterbirth and pelvic floor injury: a retrospective study and postal survey using ICIQ modular long form questionnaires			
Autores	Eduardo Cortes, Ramandeep Basra, Con J. Kelleher				
Publicação	Elsevier	Ano	2011	Local	Reino Unido
Tipo de Estudo	Estudo de coorte		Nível de Evidência	IV	
Objetivos	Aceder à incidência de trauma perineal e função do pavimento pélvico depois de um parto na água comparativamente com um parto sem imersão em água.				
Metodologia	<p>Foi realizado um estudo de análise de coorte de base populacional utilizando dados do Banco de Dados de Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust Healthcare de 160 mulheres que pariram na água e 623 que pariram sem imersão em água. Esta é uma base de dados informatizada que codifica informações como: dados demográficos dos utentes, duração do TP, tipos de analgesia e tipo de parto. Para serem admitidas nesta unidade as mulheres têm que estar em TP espontâneo, de termo (37 a 42 semanas), serem de baixo risco obstétrico e não necessitarem, á partida de alguma intervenção médica durante o TP. A unidade tem cerca de 6.500 partos por ano, dos quais cerca de 1100 são realizadas na unidade de obstetrícia sem nenhuma intervenção médica. A gestão do TP é realizada seguindo as recomendações intraparto</p>				

	<p>da NICE para a gravidez sem complicações. Foram excluídas mulheres que relataram disfunção do assoalho pélvico antes do parto. Todas as participantes receberam dois questionários validados, passado um ano do parto, sobre o desempenho do assoalho pélvico: o International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ) para sintomas vaginais, e o ICIQ do King's health, que inclui: incontinência urinária, problemas sexuais e qualidade de vida. Foram ainda entregues dois questionários para avaliar a satisfação da utente e as razões para escolher um parto na água.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Foram comparados resultados de mulheres que estiveram em imersão em água na primeira e segunda fases de TP com mulheres que pariram sem imersão. Não houve diferença estatisticamente significativa na idade materna, índice de massa corporal (IMC) materno, peso de nascimento, duração da primeira fase do TP, na incidência de um períneo íntegro ou nas lacerações de primeiro e segundo graus, entre os dois grupos. As mulheres do parto na água tiveram duração da segunda fase de TP (Nível de significância (P) <0,01). Tal como observado em estudos anteriores, também revelou uma maior incidência de lacerações de terceiro grau no grupo da imersão em água 4/160 (2,5%) versus 8/623 (1,2%); (P> 0,05, RR: 1,9, 95% CI 0,58-6,23).</p> <p>Os resultados serão apresentados grupo de imersão em água versus grupo sem imersão em água:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Períneo íntegro: 34% versus 36%; • Laceração de primeiro grau - 19% versus 9%; • Laceração de segundo grau - 37% versus 40%; • Laceração de terceiro grau - 2.5% versus 1.3%; • Episiotomia – 0% versus 5%; • Duração da primeira fase - 6 horas versus 5.50 horas; • Duração da segunda fase 43 minutos versus 57 minutos; • Sem sintomas vaginais - 27% versus 28%; • Sintomas vaginais leves - 73% versus 72%;

	<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas vaginais moderados – 0% versus 0%; • Sintomas vaginais severos - 0% versus 0%; • Sem incontinência urinária - 5% versus 0%; • Incontinência urinária leve - 94% versus 100% • Incontinência urinária moderada - 1% versus 0%; • Incontinência urinária severa - 0% versus 0% <p>Em relação à satisfação as mulheres que tiveram um parto na água e a probabilidade de voltarem a ter um parto na água, 84% respondeu "muito provável"; cinco por cento respondeu "provável"; oito por cento estavam "indecisas"; um por cento respondeu "improvável"; e um por cento referiu "muito improvável". Entre as razões pelas quais as mulheres escolheriam um parto na água, o alívio da dor foi o principal fator relatado. Contudo, estes resultados não foram comparados com os do outro grupo.</p>				
Conclusões	O parto na água resulta na diminuição da segunda fase do TP. Contudo, não leva a menos trauma perineal ou melhor desempenho do assoalho pélvico no pós-parto. As limitações físicas para proteger o períneo durante a fase de expulsão poderá estar ser associada com um aumento na incidência lacerações de terceiro grau no grupo do parto na água.				
8º Artigo	Título	Labouring women who used a birthing pool in obsteric units in Italy: prospective observational study			
Autores	Jane Henderson, Ethel E Burns, Anna L Regalia, Giovanna Casarico, Mary G Boulton, Lesley A Smith.				
Publicação	BMC Pregnancy and Childbirth	Ano	2014	Local	Itália
Tipo de Estudo	Estudo coorte		Nível de Evidência	IV	
Objetivos	Descrever as características maternas, os eventos, intervenções e os resultados para a mãe e RN em partos que decorreram na água ou em mulheres que estiveram na primeira fase do TP na água comparativamente com mulheres que tiveram um parto convencional.				
Metodologia	Este é um estudo prospetivo observacional realizado em 19 unidades de obstetrícia italianas entre 2002 e 2005. As participantes foram 2505 parturientes que usaram imersão em água em 19 unidades obstétricas. 114 Parturientes que usaram a imersão em água em casa e 459				

	parturientes que tiveram um parto convencional numa unidade obstétrica no mesmo período de tempo O cálculo dos dados foi feito para as mulheres que pariram na água em conjunto e separadamente. Utilizou-se o qui-quadrado e o T-test. Os critérios de inclusão foram: gravidez sem complicações, gravidez de termo, feto único, apresentação cefálica, gravidez de baixo risco. Contudo, duas unidades que participaram no estudo permitiram que mulheres com um risco médio utilizassem a imersão em água. Foram incluídas mulheres em parto pré termo (34 a 37 semanas), cesariana anterior, indução de TP, líquido amniótico com mecónio, rutura de membranas prolongada ou mulheres a fazer antibioterapia por EGB vaginal positivo.				
Resultados	A proporção de nulíparas foi significativamente maior no grupo do parto na água (61% versus 44%) por isso a comparação foi feita tendo em conta a paridade. Não houve uma diferença evidente em relação à idade materna, gestação, rutura artificial de membranas ou indução. As mulheres que usaram a água tiveram mais probabilidade de adotar posições verticais e foi utilizada mais a técnica hands-off. A maioria das mulheres tiveram um parto espontâneo e não houve uma diferença evidente no tipo de parto entre nulíparas e múltíparas que usaram a imersão em água ou tiveram um parto tradicional. Houve um aumento significativo de mulheres a terem uma terceira fase de TP fisiológica no grupo da água. As nulíparas do grupo da água tiveram uma probabilidade significativamente maior de ter uma laceração de segundo grau e uma probabilidade significativamente menor de realizar uma episiotomia do que as nulíparas do grupo de controlo. Não houve evidência de diferenças nos resultados perineais nas múltíparas e nenhuma mulher teve um trauma perineal extenso. Não houve diferença significativa em termos de hemorragia pós-parto. Resultados adversos neonatais ocorreram tão raramente que não é possível fazer comparação.				
Conclusões	O estudo demonstra que para mulheres de baixo risco de complicações o uso de água durante o TP e o parto associa-se a menos intervenções comparativamente com o parto tradicional. Este estudo irá tranquilizar as mulheres que optam por usar uma piscina de parto durante o parto.				
9º Artigo	Título	An economic evaluation of water birth: the cost-effectiveness of mother well-being			
Autores	Eva Pagano, Barbara De Rota, Alberto Ferrando, Michele Petrinco, Franco Merletti and Dario Gregori				
Publicação	Journal of Evaluation in Clinical Practise	Ano	2010	Local	Itália

Tipo de Estudo	Estudo de coorte	Nível de Evidência	IV
Objetivos	Avaliar a relação custo-eficácia do parto na água em comparação com o parto convencional		
Metodologia	<p>Foi realizado um estudo retrospectivo controlado num período de dois anos num hospital do norte de Itália. Foi incluída uma coorte de 110 mulheres que realizaram parto em imersão em água e 110 mulheres que realizaram um parto convencional.</p> <p>Para cada parto na água, foi identificado o parto convencional subsequente desde que satisfizesse os critérios de inclusão como: parto normal espontâneo, não ocorrência de complicações na gravidez, sem doenças infeto-contagiosas, com EGB vaginal negativo, sem presença de mecónio no líquido amniótico e sem rutura de membranas prolongada.</p> <p>Os dois grupos foram comparados relativamente à duração do TP, o trauma perineal e o estado de saúde do RN.</p> <p>O trauma perineal incluiu lacerações de primeiro, segundo e terceiro grau e episiotomia. Lesões que não necessitaram de sutura não foram consideradas. O estado de saúde do RN foi avaliado através do score de apgar, foi feita uma escala de avaliação de zero a 10 em que zero representava a morte e 10 uma perfeita condição física, aplicado no primeiro e quinto minuto após o nascimento.</p>		
Resultados	<p>Os resultados serão apresentados do grupo de imersão em água versus grupo sem imersão em água:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sem diferenças significativas quanto à idade materna (28,8 <i>versus</i> 28,4); • Sem diferenças significativas quanto à idade gestacional (39,92 <i>versus</i> 39,91); • Sem diferenças significativas quanto ao sexo do RN (masculino 50% <i>versus</i> 51,8%); • Sem diferenças significativas quanto ao peso do RN (3346 <i>versus</i> 3400,5); • Sem diferenças significativas quanto à circunferência da cefálica (34 <i>versus</i> 34,1) ao nascimento. <p>A duração do TP foi similar nos dois grupos (4,82 horas <i>versus</i> 4,99 horas). No grupo da imersão 52,7 % das mulheres tiveram pelo menos uma laceração perineal sendo que no outro grupo a percentagem foi de 72,7%. A episiotomia representou 25% dos traumas perineais no grupo do parto convencional e apenas 1% no grupo do parto na água. O bem-estar neonatal, baseado no score de apgar, não diferiu significativamente entre os dois grupos, no primeiro minuto (9.28 <i>versus</i> 9.48) e foi significativamente mais alto no grupo do parto na água aos cinco minutos</p>		

	(9.95 <i>versus</i> 9.84; P = 0.0269). O parto na água demonstrou ser mais eficaz a evitar traumas perineais. O parto na água é mais caro, contudo, o custo dos cuidados de saúde incremental por laceração perineal evitado torna a relação custo-eficácia aceitável.				
Conclusões	O parto na água comparativamente com o parto convencional permite um aumento do bem-estar materno e tem boa relação custo-eficácia.				
10º Artigo	Título	The effects of immersion in water on labor, birth and newborn and comparison with epidural analgesia and conventional vaginal delivery			
Autores	Leyla Mollamahmutoğlu, Özlem Moraloğlu, Şebnem Özyer, Filiz Akın Su, Rana Karayalçın, Necati Hançerlioğlu, Özlem Uzunlar, Uğur Dilmen				
Publicação	Journal Turkish-German Gynecological Association	Ano	2012	Local	Turquia
Tipo de Estudo	Estudo de caso-controlo		Nível de Evidência	IV	
Objetivos	Documentar a prática do parto na água, aceder aos efeitos da imersão em água durante TP e parto para a mulher, feto e RN e comparar com os resultados e segurança do parto vaginal convencional e com uso de epidural.				
Metodologia	Foram comparados os resultados de 207 mulheres que tiveram um parto na água com 204 mulheres que tiveram um parto vaginal convencional com 191 mulheres que tiveram um parto vaginal com uso de epidural; entre junho de 2007 e setembro de 2008, num hospital da Turquia. Acedeu-se aos dados demográficos, duração da primeira, segunda e terceira fase do TP; necessidade de acelerar o TP e episiotomia; trauma perineal, scores de apgar, internamento em UCIN e scores da escala visual analógica (EVA). Os critérios de inclusão foram: idade gestacional entre as 37 e as 42 semanas, membranas intactas, sem história de cesariana anterior, sem inserção anormal de placenta, sem má apresentação, peso RN normal, gravidez singular, resultados normais em teste de bem-estar fetal. A terceira fase de TP decorreu fora da piscina.				
Resultados	276 Mulheres eram primíparas e 326 múltíparas. As médias de idade eram: 26.2±5.1, 26.1±4.5 e 25.5±5.1 (parto na água/parto com epidural/parto normal). A média de dilatação cervical na admissão não foi significativamente diferente nos grupos (5.3 cm <i>versus</i> 4.6 cm <i>versus</i> 4.7 cm). A duração da primeira fase de TP foi menor no grupo do parto normal. A duração da segunda e terceira fases foi menor no grupo do parto na água. Houve uma redução muito significativa da necessidade acelerar o parto e episiotomia no grupo do parto na água. Os				

scores da EVA no grupo do parto na água foram os mais baixos, por isso houve menor necessidade de uso de analgesia. As taxas de laceração perineal foram maiores no grupo do parto na água. A TA sistólica e diastólica foram menores no grupo da imersão em água, contudo as diferenças não foram significativas. A diferença dos níveis de hemoglobina como indicador de perda de sangue, não foi significativa. A média de peso dos RN do grupo da água eram maiores no entanto os scores de apgar foram ligeiramente menores no grupo nascimento na água. Não houve diferenças nas taxas de admissão em UCIN entre os grupos. Não houve infecções neonatais documentadas. Não houve resultados adversos neonatais nem mortes neonatais. Todos os bebés nasceram em boas condições.

A primeira fase do TP foi mais longa no grupo de imersão em água, contudo a segunda e terceira fases foram mais curtas, comparativamente com os grupos de controlo. A necessidade de acelerar o TP e episiotomia foi menor no grupo do parto na água. Houve maior incidência de lacerações perineais no grupo da imersão em água.

Os resultados serão apresentados da seguinte forma parto na água *versus* parto com epidural *versus* parto normal:

- Duração da primeira fase de TP - 265.6±546.6 minutos *versus* 268.7±177.4 minutos *versus* 240.1±190.8 minutos;
- Duração da segunda fase de TP 10.9±5.02 minutos *versus* 28.3±13.34 minutos *versus* 23.9±14 minutos;
- Duração da terceira fase de TP - 3.8±1.5 minutos *versus* 5.3±4.4 minutos *versus* 8.02±3.3 minutos;
- Necessidade de acelerar o TP - 5.3% *versus* 30.4% *versus* 27.9%;
- Episiotomia – 27.1% *versus* 69.1% *versus* 89.2%;
- Laceração perineal - 20.8% *versus* 6.8% *versus* 1.5%;
- Médias de Scores das Escala Analógica de dor - 4.7±1.3 *versus* 5.8±0.9 *versus* 5.6±1.1;
- Média de TA sistólica - 110±11mmHg *versus* 111±10 mmHg *versus* 113±9 0.016 mmHg;
- Média da TA diastólica - 69±8 mmHg *versus* 70±9 mmHg *versus* 72±8 mmHg;
- Média de pulso - 85±5 bpm *versus* 85±6 bpm *versus* 86±4 bpm;
- Níveis de hemoglobina - 0.22±1.1 g/dl *versus* 0.51±1.05 g/dl *versus* -0.12±5.89 g/dl

	<ul style="list-style-type: none"> • Peso ao nascimento - 3364.5±412.9 g <i>versus</i> 3228.1±370.2g <i>versus</i> 3275.3±377.5g; • Scores de Apgar ao primeiro minuto inferiores a sete - 12.6% <i>versus</i> 0.0% <i>versus</i> 1.5%; • Scores de Apgar ao primeiro minuto superiores ou iguais a sete - 87.4% <i>versus</i> 100% <i>versus</i> 98.5%; • Scores de Apgar ao quinto minuto inferiores a sete - 0.0% <i>versus</i> 0.0% <i>versus</i> 0.0%; • Scores de Apgar ao quinto minuto superiores ou iguais a sete - 100% <i>versus</i> 100% <i>versus</i> 100%; • Admissão em UCIN - 2.4% <i>versus</i> 3.7% <i>versus</i> 1%. 				
Conclusões	O estudo demonstra vantagens do parto na água na redução da segunda e terceira fases de TP, redução da dor, e de intervenções como aceleração do TP.				
11º Artigo	Título	Personal experiences of water birth			
Autores	Wioletta Juda, Marzena Madej, Maciej Zalewski, Jerzy Heimrath, Jerzy Zalewski				
Publicação	Zdrowie Publiczne	Ano	2012	Local	Polónia
Tipo de Estudo	Estudo de caso-controlo randomizado		Nível de Evidência	IV	
Objetivos	Avaliar a influência da imersão em água na progressão do TP, efeitos maternos e neonatais assim como a satisfação da mulher com a experiência de parto.				
Metodologia	A pesquisa decorreu entre outubro de 2009 e março de 2010 foram selecionadas aleatoriamente 74 mulheres que pariram no Regional Specialist Hospital em Wroclaw. Foram comparados os resultados de 34 mulheres que usaram a imersão em água e 34 que tiveram um parto convencional. As mulheres do parto na água tinham entre 21 a 33 anos e as mulheres do grupo de controlo tinham entre 18 e 36 anos. Foi tido em conta: habilitações literárias, condições económicas, condições habitacionais, frequência em preparação para o parto, satisfação, intensidade de dor, presença do parceiro e duração da primeira e segunda fases do TP.				
Resultados	Não houve diferenças significativas quanto às habilitações literárias das mães, mas uma proporção significativamente maior de pais com habilitações literárias superiores no grupo do parto na água. As condições financeiras e habitacionais eram semelhantes. O parceiro esteve				

	<p>presente em 86% dos casos no parto na água <i>versus</i> 84% no outro grupo. As primíparas no grupo da água eram 81% e as múltiparas 19%. No grupo de controlo as primíparas eram 43% e as múltiparas 57%. Quanto á preparação para o parto 62% das mulheres do grupo de imersão participaram <i>versus</i> 78% no grupo do parto convencional.</p> <p>Os resultados serão apresentados grupo de imersão em água <i>versus</i> grupo sem imersão em água:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A episiotomia no grupo do parto na água foi de 30% e no outro grupo de 46% (diminuição significativa); • Sem trauma perineal – 27% <i>versus</i> 8% (diminuição significativa); • Lacerações de quarto grau – 0% <i>versus</i> 0%; • Lacerações de terceiro grau – 8% <i>versus</i> 0% (aumento significativo); • Lacerações de segundo grau – 0% <i>versus</i> 3%; • Lacerações de primeiro grau – 16% <i>versus</i> 19%. <p>Um dos objetivos do estudo era perceber se a água aumenta a possibilidade de complicações na terceira fase de TP, já que alguns estudos sugerem que poderá haver maior risco de embolismo (Sipinski et al. 2000 cit. por Juda et al., 2012). As complicações na terceira fase de TP foram 11% <i>versus</i> 16% no grupo sem imersão.</p> <p>Mais mulheres no grupo da imersão em água escolheriam ter um próximo parto da mesma forma (94.6% <i>versus</i> 81.1%), justificando com a possibilidade de se poderem movimentar e pela diminuição da intensidade de dor.</p> <p>A intensidade da dor foi muito menor no grupo de mulheres que tiveram em imersão em água (este valor não foi comparado com o outro grupo).</p> <p>A duração do TP foi semelhante (primeira fase 7.3 horas <i>versus</i> 6.1 horas; segunda fase 0.74 horas <i>versus</i> 0.88 horas no grupo sem imersão).</p>
Conclusões	<p>A segurança da parturiente e RN durante o parto é sempre a meta principal do parto na água e exige como tal uma gestão adequada do parto. A imersão em água durante as contrações uterinas resulta em que sejam menos perceptíveis, aumenta a flexibilidade do períneo durante a segunda fase do TP e o relaxamento da mulher. A imersão em água durante a segunda fase do TP não aumenta a duração do TP. O parto na</p>

	<p>água contribui para um aumento na satisfação, alívio, relaxamento e aumenta a saúde mental da parturiente. A presença do companheiro intensifica a sensação de segurança e conforto. O parto na água permanece controverso, apesar do progresso científico considerável e o contentamento das mulheres.</p>				
12º Artigo	Título	Comparison of the effects of water and traditional delivery on birthing women and newborns			
Autores	M.-R.-Y. GAYITI, X.-Y. LI, A.K. ZULIFEIYA, Y. HUAN, T.-N. ZHAO				
Publicação	European Review for Medical and Pharmacological Sciences	Ano	2015	Local	China
Tipo de Estudo	Estudo caso-controlado randomizado		Nível de Evidência	IV	
Objetivos	O objetivo do estudo foi comparar os efeitos da água e o método tradicional de TP para a mulher e RN.				
Metodologia	120 primíparas com gravidez singular, feto em posição cefálica e de termo foram aleatoriamente divididas em dois grupos, 60 foram incluídas no grupo do parto tradicional e outras 60 no grupo do parto na água; num período entre junho de 2012 e julho de 2013, no hospital Jiamusi. A média de idades (27, 42 <i>versus</i> 27,49) e da idade gestacional era semelhante (39,43 <i>versus</i> 39,47). Foram comparados: a duração do TP, o volume de sangue perdido nas primeiras 24 horas; as condições perineais, grau de dor e scores de apgar (ao primeiro e quinto minuto).				
Resultados	A duração do TP no grupo do parto na água e no grupo do parto tradicional foi 5.27 ± 2.03 e 6.11 ± 2.42 horas, respetivamente. A perda de sangue nas primeiras 24 horas foi 184.38 ± 21.26 <i>versus</i> 190.47 ± 20.52 ml. Nenhuma destas variáveis foi significativamente diferente. A integridade perineal (25.00% <i>versus</i> 8.33%) e a episiotomia (1.67% <i>versus</i> 20.00%) apresentaram uma diferença significativa ($p < 0.05$). As lacerações de primeiro grau foram mais incidentes no grupo de imersão em água (65% <i>versus</i> 45%). Contudo, as lacerações de segundo grau foram mais frequentes no grupo do parto tradicional (5% <i>versus</i> 16%). Os níveis de dor também foram significativamente mais baixos no grupo do parto na água ($p < 0.05$). A dor de nível um foi de 83,3% <i>versus</i> 20%, o nível de dor dois foi 13,33 <i>versus</i> 56,67 e o nível de dor três foi de 3,33% <i>versus</i> 23,33%. Os scores de apgar foram semelhantes (primeiro minuto 9.26 ± 0.51 <i>versus</i> 9.28 ± 0.47 e ao quinto minuto 9.34 ± 0.49 <i>versus</i> 9.32 ± 0.52).				
Conclusões	O parto na água é eficaz a reduzir a duração do TP e reduz a dor maternal sem aumentar o risco materno ou neonatal durante o parto. Com				

	condições apropriadas a imersão em água pode ser utilizados por rotina como método de nascimento.				
13º Artigo	Título	Comparison between the Outcomes of Water Birth and Normal Vaginal Delivery			
Autores	Mitra Kolivand, Afshin Almasi, Sousan Heydarpour				
Publicação	Journal of Midwifery and Reproductive Health	Ano	2014	Local	Irão
Tipo de Estudo	Estudo caso-controlo		Nível de Evidência	IV	
Objetivos	O propósito do estudo é comparar os resultados maternos e neonatais associados ao parto na água e ao parto convencional.				
Metodologia	O grupo em estudo foi constituído por 43 casos de parto na água e o grupo de controlo foi constituído por 62 casos de parto vaginal convencional, de um hospital. O período foi entre 2009 e 2010. Os critérios de inclusão foram: gravidez de baixo risco, gravidez de termo, nado vivo, gravidez singular, apresentação cefálica, TP ativo, membranas intactas. Os dois grupos eram coincidentes em termos de idade, paridade e dilatação. A informação foi recolhida usando os registos das intervenções realizadas no hospital. Foi utilizado o t-test e realizado o qui-quadrado, usou-se a versão 15 do SPSS.				
Resultados	<p>A média de idades nos grupos era a mesmas (26±6.13 e 26±7.06, respetivamente). A maioria das mulheres (51.5%) em ambos os grupos tinham entre 21 a 35 anos. No grupo de estudo, 34.9% tinham escolaridade superior enquanto no grupo de controlo 58.1% tinham um nível de escolaridade básica. Havia uma diferença significativa em termos de escolaridade (P=0.037). Aproximadamente 97.7% do grupo de estudo e 100% do grupo de controlo trabalhavam em casa. Da mesma forma, 88.4% do grupo de estudo e 62.9% do grupo de controlo viviam em zonas urbanas. A diferença na frequência de cursos de preparação para a parentalidade não foi significativa (23.3% <i>versus</i> 14.5%). Não havia diferença significativa entre os dois grupos em termos de história obstétrica, paridade ou abortamentos.</p> <p>As complicações durante o TP não tiveram diferença significativa (P=0.590). Contudo, ocorreram três casos de parto assistido no grupo de controlo.</p> <p>As complicações neonatais até um mês pós parto no grupo de imersão (4.7% <i>versus</i> 1.6%), não tiveram diferenças significativas. Assim como as características dos RN como: sexo (P=0.058), peso de nascimento (P=0.738) e circunferência cefálica (P=0.069); não tiveram diferenças</p>				

	<p>significativas. Não houve diferença quanto aos scores de Apgar ao primeiro e quinto minutos ($P=0.499$ e $P=0.456$, respetivamente). No grupo de controlo ocorreram dois casos de scores de apgar ao primeiro minuto de seis ou sete; no grupo de imersão houve um caso que teve um score de oito. Necessidade de oxigenoterapia depois do nascimento não foi significativa (4,7% <i>versus</i> 4,8%). A diferença na Admissão em UCIN após o parto (0% <i>versus</i> 6,5%) e no período neonatal (4,7% <i>versus</i> 1,6%) também não foram significativas. Relativamente, aos resultados maternos não houve diferenças significativas na necessidade acelerar o TP (0% <i>versus</i> 6.5%) redução da dor (2.3% <i>versus</i> 11.3%), hemorragia pós-parto (2.3% <i>versus</i> 9.7%) ou infeções maternas (2.3% <i>versus</i> 1.6%). A diferença da execução de episiotomia foi significativa entre os grupos (14% <i>versus</i> 32.3%; $P=0.032$). Todavia, houve maior incidência de lacerações de primeiro grau no grupo de imersão (23.3% <i>versus</i> 6.5%; $P=0.032$). Os níveis de hemoglobina só foram registados em 42 casos, a média foi de 11.34 ± 4.11 <i>versus</i> 11.14 ± 1.14, portanto não houve diferença significativa. Não houve diferença na média da duração do trabalho de parto (primeira fase 86.9 ± 59.2 <i>versus</i> 75.7 ± 69.1; segunda fase 13.3 ± 16.1 <i>versus</i> 11.3 ± 14.0 e terceira fase 5.1 ± 1.5 <i>versus</i> $4.8\pm .51$).</p>				
Conclusões	<p>Não foram observadas complicações maternas e neonatais em ambos os grupos. Isto indica a segurança e vantagens da imersão em água durante o parto. A seleção apropriada das candidatas a este método é um fator muito importante. A evidência demonstra que o uso deste método em mulheres de baixo risco obstétrico reduz o uso de analgesia e a duração da primeira fase do TP.</p>				
14º Artigo	Título	The effects of delivery in water on duration of delivery and pain compared with normal delivery			
Autores	Soheila Akbari Torkamani, Farahnaz Kangani, Fatemeh Janani				
Publicação	Pakistan Journal of Medical Sciences	Ano	2010	Local	Irão
Tipo de Estudo	Estudo de caso-controlo		Nível de Evidência	IV	
Objetivos	Avaliar os efeitos do parto na água, como uma forma de parto mais natural sem intervenção, na redução da dor e na duração do TP.				
Metodologia	Este é um ensaio clínico realizado no Asalian Gynecological Hospital, entre 19 de fevereiro de 2006 e 19 de fevereiro de 2007. O número total foi de 100 grávidas igualmente divididas em dois grupos de parto na água e parto normal. Ambos os grupos foram semelhantes em termos de paridade, idade e idade gestacional. Os critérios de inclusão foram: grávidas entre os 16 e os 28 anos de idade, gravidez única ou gemelar e				

	idade gestacional entre as 38 e as 42 semanas. Em caso de necessidade de cesariana a mulher era excluída.
Resultados	<p>Os resultados dos dois grupos foram separados pelas nulíparas e multíparas. No parto na água a idade média foi de $21 \pm 2,5$ anos. No grupo do parto normal, a média de idades foi de $20 \pm 2,5$ anos. Os resultados obtidos foram os seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A duração média da primeira fase de TP nas nulíparas no grupo do parto na água foi $3,6 \pm 0,82$ horas <i>versus</i> $5,2 \pm 0,5$ horas; • A duração média da primeira fase de TP nas multíparas no grupo do parto na água foi de $2,8 \pm 0,8$ horas <i>versus</i> $4,32 \pm 0,8$ horas; • A média total da fase ativa foi de $3,1 \pm 0,8$ horas no grupo água <i>versus</i> $4,7 \pm 0,8$ horas para o grupo do parto normal; • A média total da segunda fase de TP foi de $0,53 \pm 0,22$ horas no grupo água <i>versus</i> $0,88 \pm 0,43$ horas para o grupo de parto normal; • A diminuição da duração do TP foi estatisticamente significativa em comparação com o parto normal ($p < 0,05$); • O uso de oxitocina foi de 83,7% no parto na água <i>versus</i> 43,1% no grupo do parto normal; • A redução do uso de oxitocina foi significativa em comparação com o grupo de parto normal ($P < 0,05$); • O uso de analgésicos (prometazina) foi de 85,7% no parto na água <i>versus</i> 41,2% no grupo de parto normal; • A redução na necessidade de analgésicos foi significativa em comparação com o grupo de parto normal ($p < 0,05$); • A intensidade da dor foi avaliada em ambos os grupos utilizando a EVA. Os resultados indicaram que a pontuação média da dor foi $3,53 \pm 0,79$ para o parto na água e $6,96 \pm 1,7$ para o grupo de parto normal; • A redução da intensidade da dor grupo da água foi significativo em comparação com o parto normal ($p < 0,05$); • A episiotomia foi realizada a 38,8% das mulheres do grupo do parto na água e a 64,4% das mulheres do parto normal. A redução na necessidade de episiotomia no parto na água foi significativa em comparação com o parto normal ($p < 0,05$); <p>Os recém-nascidos de mulheres do grupo de imersão em água não apresentaram score de apgar aos cinco minutos inferiores a oito; 7% tiveram apgar de dez, e 14,3% apresentaram Apgar entre oito a dez. No grupo do parto normal, 14,6% tiveram scores de apgar aos cinco minutos entre seis e oito; 54,1% tiveram apgar de dez e 31,3% tiveram apgar entre oito e dez. Apenas um RN do grupo do parto normal necessitou de ser transferido para UCIN.</p>

	<p>Relativamente à satisfação com o modo de parto, 72,3% das mulheres disseram que “certamente escolheriam” o parto na água na sua próxima gravidez, 21,3% mencionaram que “poderiam escolher” na próxima gravidez, e 6,4% afirmaram que “certamente não escolheriam”.</p> <p>No grupo de parto normal, 8,7% disseram que “certamente escolheriam” na sua próxima gravidez, 39,1% declararam que “poderiam escolher” para a sua próxima gravidez, e 52,2% disseram que “certamente não escolheriam” novamente o parto convencional.</p> <p>Quatro mulheres no grupo da imersão em água <i>versus</i> nove mulheres no grupo do parto normal necessitaram de cesariana.</p>
Conclusões	<p>O parto na água pode ser uma alternativa adequada para parto normal devido à redução da duração do TP, da dor, e de intervenção como a administração de analgésicos, oxitocina e episiotomia e ainda, pela falta de efeitos adversos neonatais. O parto na água se for acompanhado por uma rigorosa monitorização do bem-estar materno e fetal é totalmente seguro para ambos. Considerando a satisfação dos pacientes com este tipo de parto e seu desejo de experimentá-lo novamente para as suas gestações subsequentes, pode ser uma maneira adequada para evitar cesarianas eletivas a pedido da mulher. Finalmente, propomos incentivar grávida a selecionar esta modalidade de parto, que haja instituições com o equipamento necessário, formação do pessoal de saúde e aumento do conhecimento das gestantes sobre as vantagens deste modo de parto natural.</p>