

Relatório de Estágio

A Alimentação durante o Trabalho de Parto

Renata Filipa Moreira Santos

Porto, 2020

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

A ALIMENTAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE
PARTO

FEEDING DURING LABOR

Relatório de estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora Cândida Koch

Renata Filipa Moreira Santos

Porto, 2020

AGRADECIMENTOS

A construção deste relatório de estágio foi uma etapa importante do meu crescimento pessoal e profissional, o qual não teria sido possível sem o apoio incondicional de pessoas muito especiais que me acompanharam durante todo este processo. A todos vocês o meu muito obrigada.

Às Professoras Marinha Carneiro, Vitória Parreira e, especialmente, à Professora Cândida Koch, por todo o apoio, compreensão, disponibilidade e, acima de tudo, paciência. Sem a vossa orientação este percurso não teria sido possível.

À Enfermeira Olinda Bragança, por toda a garra e profissionalismo, por me ensinar a crescer, a ser responsável, por lutar comigo a cada parto e principalmente por me ensinar o que verdadeiramente significa ser uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

À Enfermeira Sandra Oliveira, por me ensinar a ver a mulher como um todo e a estar presente, apesar de todas as dificuldades, de corpo e alma para prestar cuidados de excelência, sempre.

À Enfermeira Bebiane Sousa, por todo o carinho e disponibilidade, por me mostrar que podemos sempre mais e melhor. Por me ensinar que o conhecimento é das armas mais importantes que temos.

A todas as Enfermeiras do CMIN, em especial às Enfermeiras Conceição Sousa, Mónica Almeida, Paula Miller e Sandra Ribeiro, pelo acolhimento ao serviço e por todo o apoio, oportunidades e amizade.

À minha família, os meus pais e irmãos, por me ensinarem que os sonhos são para serem perseguidos e por me incentivarem sempre a trabalhar mais e melhor, com o objetivo de ser a pessoa que sou aos olhos deles. Esta vitória é tanto minha quanto vossa.

Ao Hugo, por me acompanhar de coração neste percurso, por me orientar sempre no caminho certo e por me lembrar que desistir nunca foi opção. Obrigada por todo o apoio e dedicação, por me dares coragem para mais um dia.

E por último, mas não menos importante, a todas as mulheres/casais e recém-nascidos com quem tive o prazer de me cruzar neste percurso, o meu muito obrigada pelo privilégio de me deixarem fazer parte deste momento tão importante das vossas vidas.

ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists
APPT - Ameaça parto pré-termo
BPN - Baixo peso à nascença
BSG - Boletim de saúde da grávida
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMIN - Centro Materno Infantil do Norte
CS - Centro de Saúde
CTG - Cardiotocografia
DGNIT - Diabetes Gestacional não insulina-tratada
DGS - Direção Geral de Saúde
DHG - Distúrbios hipertensivos da gravidez
DM - Diabetes *mellitus*
DPNI - Descolamento de Placenta Normalmente Inserida
EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
EV - Endovenoso
FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España
FCF - Frequência Cardíaca Fetal
HELLP - *hemolyses, elevated liver enzymes, low platelet count*
HPP - Hemorragia pós-parto
HTA - Hipertensão arterial
ICM - International Confederation of Midwives
IG - Idade gestacional
IM - Intramuscular
ITP - Indução do trabalho de parto
ITU - Infecções do trato urinário
LA - Líquido amniótico
LM - Leite materno
MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
MF - Movimentos fetais
NE - Nível de evidência
NP - Núcleo de Partos
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial da Saúde

PBE - Prática baseada em evidência
PCEA - *Patient Controlled Epidural Analgesia* (analgesia epidural controlado pela paciente)
PE - Pré-eclâmpsia
PIG - Pequeno para Idade Gestacional
PO - per os (Via oral)
PPM - Pulsações por minuto
PPT - Parto pré-termo
RAM - Rotura Artificial das Membranas
RANU - Rastreio Auditivo Neonatal Universal
RCF - Ruídos cardíacos fetais
RCIU - Restrição de crescimento intrauterino
RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynecologists
Rh - Rhesus (antigénio sanguíneo)
RM - Rotura de membranas
RN - Recém-nascido
RPM - Rotura Prematura de Membranas
SCE - Serviço Cuidados Especiais
SDR - Síndrome de Dificuldade Respiratória
SU - Serviço de urgências
TA - Tensão arterial
TCC - Tração controlada do cordão
TORCH - Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovirus e Herpes simples
TP - Trabalho de parto
UC - Unidade Curricular
VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

RESUMO

O presente relatório de estágio, elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pretende descrever o processo associado ao desenvolvimento e aquisição de competências ao longo do estágio de natureza profissional decorrido no Centro Materno e Infantil do Norte, com o objetivo de pôr em prática os conhecimentos adquiridos ao longo das unidades curriculares teóricas de forma refletida e ponderada. O desenvolvimento deste documento permitiu uma reflexão crítica de todas as atividades e procedimentos desenvolvidos ao longo de todo o estágio, de forma a poder aprender numa base teórica atualizada em vez de aprender por observação, sem ser capaz de discernir o porquê das intervenções que eram implementadas nos cuidados à mulher, na condição de grávida com complicações associadas, parturiente e puérpera, bem como ao casal, recém-nascido e família. Assim, a construção de um relatório de estágio tem como objetivo a apresentação de um documento descritivo e refletido das competências especializadas, adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo de todo o processo de aprendizagem, evidenciando o recurso à evidência científica mais atualizada, de modo a desenvolver conhecimentos específicos para a prática de enfermagem de saúde materna e obstétrica. Desta forma, este documento foi dividido em capítulos, sendo um deles uma revisão integrativa da literatura sobre uma problemática de interesse. Assim, foi aprofundada a temática sobre a alimentação da parturiente durante o trabalho de parto, com o objetivo de compreender a razão porque as mulheres são privadas de qualquer alimento durante o trabalho de parto. Os resultados obtidos demonstraram-se díspares daquilo observado na prática clínica, uma vez que as mulheres saudáveis e sem risco obstétrico não só não deveriam ser impedidas da ingestão de alimentos, mas sim incentivadas a tal.

Palavras chave: Enfermagem; Alimentação; Trabalho de Parto.

ABSTRACT

This report, elaborated within the scope of the Master in Nursing of Maternal and Obstetric Health, aims to describe the process associated with the development and acquisition of skills throughout the professional internship that took place at the Centro Materno e Infantil do Norte, with the objective of setting into practice the knowledge acquired throughout the theoretical courses in a reflective and thoughtful manner. The development of this document allowed a critical reflection of all activities and procedures developed throughout the clinical stage, in order to be able to learn on an updated theoretical basis instead of learning by observation, without being able to discern why the interventions that were implemented in the care of a pregnant women, with or without associated complications, a parturient and a puerperal women, as well as the couple, newborn and family. The construction of a report aims to present a descriptive and reflected document of the specialized skills acquired and/or developed throughout the learning process, showing the use of the most up-to-date scientific evidence, in order to develop specific knowledge for maternal and obstetric health nursing practice. Thus, this document was divided into chapters, one of which is an integrative review of the literature on an issue of interest. The theme regarding the feeding of the parturient during labor was selected, aiming to understand the reason why women are prevented from eating from the moment they go into labor, by looking for scientific evidence. The results obtained proved to be different from what was observed in clinical practice, since healthy women without obstetric risk should not only, not be prevented from eating food, but in fact encouraged to do so.

Keywords: Nursing; Food intake; Labor.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. A GRÁVIDA E A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES: UMA EXPERIÊNCIA DE CUIDADOS	3
2. O TRABALHO DE PARTO E O PARTO: ACOMPANHAMENTO DA PARTURIENTE/CASAL ...	23
2.1. A Alimentação Durante O Trabalho De Parto	51
2.1.1. Introdução ao problema em estudo	51
2.1.2. Método	52
2.1.3. Apresentação dos resultados	57
2.1.4. Discussão dos resultados	57
2.1.5. Conclusão	60
3. O PÓS PARTO: CUIDAR DA PUÉRPERA E DO RECÉM NASCIDO.....	63
ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA	83
CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tabela de Goodwin Modificada.....	4
Quadro 2 - Classificação dos CTG	8
Quadro 3 - Definição e classificação dos distúrbios hipertensivos na gravidez	11
Quadro 4 - Conduta obstétrica nos distúrbios hipertensivos na gravidez.....	13
Quadro 5 - Fatores de risco da RCIU.....	15
Quadro 6 - Fatores de risco para o PPT	18
Quadro 7 - Agentes tocolíticos	19
Quadro 8 - Duração dos estádios do trabalho de parto	26
Quadro 9 - Indicações e condições para RAM	30
Quadro 10 - Estática fetal	33
Quadro 11 - Vantagens e desvantagens das diferentes posições para o período expulsivo. 35	
Quadro 12 - Índice de Apgar	40
Quadro 13 - Indicações terapêuticas e contraindicações da ITP	48
Quadro 14 - Índice de Bishop	48
Quadro 15 - Definição da questão PICO.....	53
Quadro 16 - Categorização do artigo nº1	55
Quadro 17 - Categorização do artigo nº2	55
Quadro 18 - Categorização do artigo nº3	56
Quadro 19 - Categorização do artigo nº4	56
Quadro 20 - Categorização do artigo nº5	57

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Motivo de internamento no SCE do CMIN	10
---	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio, que é elaborado no âmbito do “Estágio de natureza profissional: Gravidez, Trabalho de Parto, Pós-parto e Parentalidade”, que se insere no plano curricular do segundo ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no ano letivo de 2018/2019, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, visando a obtenção do título de Mestre na referida área, permite uma prática clínica com os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem, visando a assistência especializada à mulher e à família na gravidez com complicações, durante o trabalho de parto e no parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco;
- Desenvolver competências de análise crítico-reflexiva das práticas, considerando a evidência científica;
- Desenvolver competências no âmbito da investigação.

A construção deste relatório de estágio, que visa descrever o desenvolvimento de competências na prática clínica, é uma ferramenta para atingir estes objetivos, no sentido em que possibilita um desenvolvimento ao nível do pensamento reflexivo em todas as decisões tomadas e práticas executadas, permitindo assim um crescimento a nível pessoal e profissional.

Tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados à mulher, no âmbito da saúde materna e obstétrica, é da competência do Enfermeiro Especialista a implementação de intervenções suportadas na mais recente evidência científica, de modo a proporcionar à mulher experiências de parto com segurança e mais gratificantes, visto que mulheres com melhores percursos de parto estão mais predispostas a interagir precocemente com o recém-nascido.

O estágio decorreu entre o mês de setembro de 2018 e maio de 2019 no Centro Materno e Infantil do Norte (CMIN) e foi dividido entre os serviços de Cuidados Especiais, Núcleo de Partos e Puerpério. Desta forma o estágio de natureza profissional, tal como a construção deste relatório, divide-se em três áreas: o acompanhamento à mulher em situação de gravidez com complicações, à mulher em situação de trabalho de parto e parto e à mulher em período de puerpério e ao recém-nascido de baixo risco. Era também pretendido que os estudantes identificassem uma problemática dentro de uma destas áreas de atuação, que carecesse de ser investigada e que permitisse extrair resultados pertinentes para a prática.

A escolha deste tema demonstrou-se complexa pela quantidade de temas disponíveis para estudo, porém, o interesse na temática escolhida deveu-se pela diferença que esta apresentava das restantes, isto é, num período em que a prática clínica se baseia na

evidência, é impressionante que uma prática como alimentar a mulher em trabalho de parto, envolvimento do trabalho de parto ainda se baseie num artigo desatualizado, que Curtis Mendelson publicou em 1946, em vez de se adaptar face às novas evidências disponíveis, como qualquer outro procedimento clínico fez ao longo dos anos.

Assim, de forma a facilitar a sua construção e a leitura, o seguinte relatório foi estruturado em três capítulos principais que descrevem as atividades desenvolvidas durante o estágio nas diferentes áreas de atuação de enfermagem: a grávida e a gravidez com complicações; o acompanhamento da parturiente/casal durante o parto; o acompanhamento da puérpera e do recém-nascido no pós-parto. No segundo capítulo é apresentado um subcapítulo em que é discutida a alimentação durante o trabalho de parto, cuja metodologia se baseou numa revisão da literatura fundamentada por uma prática baseada na evidência. No final dos capítulos insere-se uma análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento e o acompanhamento do percurso formativo.

Para o desenvolvimento deste relatório de estágio utilizou-se uma vasta pesquisa bibliográfica contínua, de modo a fundamentar os procedimentos efetuados com a evidência científica mais atualizada, com recurso a bases de dados como a EBSCO host da Escola Superior de Enfermagem do Porto, SciELO, PubMed, MEDLINE, CINAHL e The Cochrane Library.

1. A GRÁVIDA E A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES: UMA EXPERIÊNCIA DE CUIDADOS

O módulo do estágio, intitulado “Gravidez com complicações”, que decorreu ao longo de 8 semanas no serviço de Cuidados Especiais do CMIN, pretende que o estudante desenvolva e demonstre competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam uma assistência especializada à mulher e à família, em situação de gravidez com complicações. É por isso pretendido que o estudante seja capaz de rastrear, orientar e cuidar a mulher grávida em situação de risco e a sua família, de uma forma culturalmente coerente, com o objetivo de promoção da saúde da mãe e do feto, em ambiente seguro, de acordo com as competências definidas e aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

A gravidez é um estado fisiológico da mulher, durante o qual se desenvolve o produto da concepção, o feto, considerando-se o período entre a concepção e o parto. É um estado considerado normal, em que um novo ser cresce e se desenvolve dentro do organismo materno, tendo como duração aproximadamente 40 semanas, ou 9 meses, ou 280 dias ou 10 ciclos lunares (Néné et al, 2016). Grande parte das gestações, apesar de serem acompanhadas por alguns efeitos colaterais desagradáveis, alterações hormonais e emocionais que lhe são características, finalizarem num parto mais ou menos difícil, são de fácil recuperação e a mulher leva consigo um bebé saudável para casa (Camarneiro, 2007). No entanto, numa gravidez considerada de risco, isto é, numa gravidez em que a mãe e/ou o feto tenham maior risco de morbilidade ou mortalidade (Gilbert e Harmon, 2002), não se poderá prever este resultado.

Uma gravidez de médio/alto risco é classificada como qualquer gravidez em que exista um fator materno ou fetal que possa afetar, de uma forma adversa, o desfecho da mesma, ou, como uma gravidez aparentemente normal em que, face a certos antecedentes ou causas particulares, seja necessário um aumento da vigilância pré-natal, de modo a que sejam evitadas ou minimizadas complicações (Camarneiro, 2007). A definição de gravidez de risco é importante para direcionar os cuidados dentro dos recursos públicos (Moreira de Sá e Oliveira, 2015), e deve ser reconhecida precocemente, de forma a que possam ser implementados de forma oportuna e apropriadas intervenções necessárias (Gilbert e Harmon, 2002).

É possível caracterizar uma gravidez em baixo, médio ou alto risco com recurso à tabela de Goodwin modificada, apresentada no quadro 1, que considera fatores que, associados, podem condicionar a evolução da gravidez, integrando a história reprodutiva da mulher, o passado obstétrico a idade e a existência de patologia associada (Néné et al, 2016).

Tabela de Goodwin modificada			
Baixo Risco		0-2 pontos	
Médio Risco		3-6 pontos	
Alto Risco		≥7 pontos	
Avaliação do grau de risco inicial			
História reprodutiva		Índice	
Idade	≤17 >40	3 pontos	
	18-29	0 pontos	
	30-39	1 ponto	
Paridade	0	1 ponto	
	1-4	0 pontos	
	≥5	3 pontos	
História obstétrica anterior		Índice	
Aborto habitual (≥3 consecutivos)		1 ponto	
Infertilidade		1 ponto	
Hemorragia pós-parto/dequitação manual		1 ponto	
RN ≥ 4000g		1 ponto	
Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia		1 ponto	
Cesariana anterior		2 pontos	
Feto morto/morte neonatal		3 pontos	
Trabalho de parto prolongado ou difícil		1 ponto	
Patologia associada		Índice	
Cirurgia ginecológica anterior		1 ponto	
Doença renal crônica		2 pontos	
Diabetes gestacional		1 ponto	
Diabetes mellitus		3 pontos	
Doença cardíaca		3 pontos	
Outras (bronquite crônica, lúpus, etc.)		1 a 3 pontos	
Índice de acordo com a gravidade		1 a 3 pontos	
Avaliação contínua do grau de risco			
Gravidez atual	Índice	1ª Visita	36ª Semana
Hemorragias ≤20 semanas	1 ponto		
Hemorragias >20 semanas	3 pontos		
Anemia (≤10 g)	1 ponto		
Gravidez prolongada ≥42 semanas	1 ponto		
Hipertensão	2 pontos		
Rotura prematura de membranas	2 pontos		
Hidrâmnios	2 pontos		
Restrição de Crescimento Intrauterino	3 pontos		
Apresentação pélvica	3 pontos		
Isoimunização Rh	3 pontos		

Fonte: Néné et al, 2016, p.110-111

Quadro 1 - Tabela de Goodwin Modificada

A gravidez é, por norma, um processo onde há muito investimento emocional por parte do casal, projetam uma representação imaginária do bebé e daquilo que esperam, sendo necessário um apoio psicológico especial quando a gravidez não decorre da forma que eles idealizaram. É por isso de extrema importância o acompanhamento por um profissional especializado, com formação especializada, num momento da vida em que a mulher/casal se encontram mais sensibilizados, que seja capaz de prevenir problemas de saúde que possam interferir com o bem estar da mãe e do feto, de preparar a mulher para o parto e para a maternidade e de diminuir a morbidade de ambos, enquanto promove a amamentação, laços afetivos e a autoestima da mulher (OE, 2015).

Pretende-se, por isso, que o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), no contexto de gravidez de risco, seja capaz de: informar e orientar a

grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco; identificar e monitorizar a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados; identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; avaliar bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados; informar e orientar sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez; conceber, planear implementar e avaliar intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez; conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez; cooperar com outros profissionais de saúde no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e concomitante (OE, 2010).

Tendo todos estes fatores em consideração, foi importante traçar um percurso ao longo do estágio intensificando a pesquisa da evidência científica, de modo a que os cuidados prestados fossem os mais orientados possível para a situação que estava perante nós. Os conhecimentos teóricos adquiridos no primeiro ano do curso foram uma mais valia, certamente, mas não invalidou a pesquisa contínua ao longo de todo o estágio, de modo a dar resposta as várias situações que foram surgindo.

O Serviço de Cuidados Especiais (SCE), inserido no serviço de Ginecologia do CMIN, é composto por sete enfermarias, quatro individuais e três duplas, é o serviço de internamento para grávidas com complicações ou em situações de risco. Estas davam entrada no serviço provenientes do serviço de urgência (SU) ou da consulta. As enfermeiras do SCE eram informadas destas admissões por via telefónica, e tinham acesso a informações básicas como a idade gestacional e a causa do internamento.

Assim que a grávida chegava ao serviço, efetuava-se o acolhimento através do acompanhamento até à unidade onde ela iria ficar dando a conhecer as instalações, o horário de visitas, mostrando disponibilidade para responder a qualquer dúvida ou preocupação que esta demonstrasse. A admissão hospitalar da mulher grávida é um momento de medo e apreensão, principalmente no caso de ser o seu primeiro internamento hospitalar. É por isso importante o estabelecimento de um vínculo de confiança com a gestante e seu acompanhante de forma a que estes se sintam confortáveis e seguros. Para que isso seja possível é importante a comunicação e explicação de todo e qualquer procedimento antes de sua realização, de forma clara e com termos que sejam de fácil compreensão, garantir a privacidade e evitar a exposição desnecessária da gestante, visto que uma das funções do EESMO é proporcionar um ambiente calmo para que a ansiedade e o medo na gravidez seja diminuído (Moreira de Sá e Oliveira, 2015). Mais do que em qualquer outra situação, na prática de cuidados à mulher em situação de gravidez de risco pelo contexto em que ela se encontra, a escuta ativa e a relação com base na empatia, de forma à criação de um vínculo, é importante, uma vez que a mulher além do seu problema, vem carente de carinho, atenção, explicações e orientação, num período de fragilidade emocional (Mendonça et al, 2011).

Enquanto a gestante se instalava, era feita a anamnese com recurso ao boletim de saúde da grávida (BSG) que segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), é *“um instrumento fundamental de transmissão dos dados relativos à saúde da grávida e do feto. Assegura a circulação da informação clínica relevante, contribuindo para a articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares”*. Era feita uma recolha de dados como: idade, idade gestacional, índice obstétrico, grupo sanguíneo e fator Rh, antecedentes pessoais e familiares pertinentes, medicação habitual e hábitos de vida. Toda a informação recolhida era posteriormente confirmada junto da grávida. Esta informação era importante para que houvesse sempre cuidados individualizados. Após a colheita de dados era feita uma avaliação física da grávida, avaliando-se o seu estado geral, monitorizados os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e dor), era avaliada a presença ou ausência de edemas, que apesar de ser uma alteração fisiológica da gravidez, ocorrendo em cerca de 80% das mulheres, pode também apontar para alterações hipertensivas da gravidez (O'Reilly et al, 2008), e, por fim, era feita a auscultação de batimentos cardíacos fetais.

Durante o restante tempo de internamento, as intervenções realizadas às grávidas eram orientadas de acordo com o protocolo hospitalar, as prescrições médicas e diferenciadas com base no diagnóstico de entrada. No início de cada turno eram monitorizados os sinais vitais, o estado geral da grávida, era feita administrada a medicação, e procedia-se à auscultação dos batimentos cardíacos fetais, solicitando-se-lhe que monitorizasse os movimentos fetais.

Entre os parâmetros atualmente disponíveis para a vigilância do bem-estar fetal estão a auscultação dos batimentos cardíacos fetais e a monitorização dos movimentos somáticos do feto, cuja utilização e correta interpretação levam a uma prevenção de mortes fetais e de intervenções desnecessárias (Cunningham et al, 2016). Os movimentos somáticos do feto, sendo perceptíveis pela maioria das multiparas entre as 16-18 semanas e pelas nulíparas duas a três semanas mais tarde, representam um dos mais precoces sinais de atividade neural do feto. Estes movimentos aumentam progressivamente até às 28 semanas de gestação, podendo atingir uma média de 31 movimentos a cada hora, estimativa que se mantém até às 32 semanas, altura em que esta média decresce gradualmente até ao momento do parto, sendo possível uma diminuição súbita nos dias ou horas que antecedem o início do trabalho de parto (Graça, 2018). A auscultação dos batimentos cardíacos fetais para a avaliação do bem-estar fetal é possível a partir das onze semanas, com o uso de um Doppler contínuo, ou através da cardiotocografia (Montenegro et al, 2014).

A cardiotocografia (CTG) é um método não invasivo de monitoração dos batimentos cardíacos fetais, cujo principal objetivo consiste na avaliação da vitalidade do feto (Moreira de Sá e Oliveira, 2015). Este exame é realizado colocando dois transdutores no ventre materno, o transdutor doppler é colocado no foco fetal, após a sua determinação com o uso das manobras e Leopold, para que seja possível a captação dos batimentos cardíacos fetais, o transdutor de pressão é posicionado no fundo uterino, de forma a que seja registada a

contratilidade uterina, estes são fixos com elásticos e ligados ao cardiotocógrafo (Néné et al, 2016). É ainda entregue à grávida um sensor, com a indicação de clicar sempre que sentir o bebê a mexer, o que permite o registro da atividade somática fetal, sendo alguns dos equipamentos mais recentes capazes de registrar os movimentos automaticamente (Graça, 2018).

A leitura e a avaliação de um gráfico de CTG requer um juízo crítico do observador (OE, 2011), pois é importante ter presente que existem vários fatores a ter em conta para a interpretação de CTG, como por exemplo, a existência ou não de restrição de crescimento fetal ou hipertermia materna (Montenegro et al, 2014). Para a avaliação de traçados de CTG há certos termos e definições a ter em consideração, são eles:

- Linha basal da FCF - Valor médio, num período de 10 minutos, com exclusão de acelerações, desacelerações e períodos de variabilidade marcada. Pode ser considerado normal (110-160 ppm), bradicardia (<110 ppm) ou taquicardia (>160 ppm);
- Variabilidade da linha de base - Flutuações em amplitude da linha de base, determinadas em ppm, pela diferença entre o pico mais alto e o mais baixo da FCF num minuto. Pode ser ausente (amplitude indetetável), mínima (≤ 5 ppm), normal (6-25 ppm) e marcada (≥ 26 ppm);
- Acelerações - Aumento abrupto da linha basal, com aparecimento de um pico em menos de 30 segundos. Apresentam um pico, e duração superiores acima das 32 semanas. São consideradas prolongadas quando têm uma duração entre 2 e 10 minutos, passando este tempo não é considerada aceleração, mas sim mudança da linha basal. A existência de acelerações está associada a estados de não acidemia metabólica;
- Desacelerações - Episódios de diminuição transitória da FCF abaixo da linha basal, com amplitude superior a 15 ppm e duração superior a 15 segundos. Estas podem ser classificadas como precoces (simultâneas com o pico da contração uterina, forma em U), tardias (após o pico da contração uterina, forma em U), variáveis (tal como o nome diz, variam nas várias contrações, forma em V), prolongadas (com duração entre dois a 10 minutos, passando este tempo não é considerada desaceleração, mas sim mudança da linha basal) e recorrentes (ocorrem em mais de metade das contrações). As desacelerações podem ser sinais sugestivos de hipoxia fetal em conjunto com aumento da linha basal, taquicardia ou redução da variabilidade;
- Padrão sinusal - Onda sinusoidal, padrão ondulante da linha basal da FCF, com frequência de três a cinco por minuto, que persiste por 20 minutos ou mais (padrão de serrilha);
- Contratilidade uterina - Quantificar o número de contrações que ocorrem em 10 minutos, numa média de períodos de 30 minutos. Pode ser normal (até 5

contrações em 10 minutos, na média de 30 minutos) ou taquissitolia (mais de 5 contrações em 10 minutos, na média de 30 minutos). É também importante avaliar a duração, intensidade e tempo de relaxamento entre contrações (Néné et al, 2016).

Tendo em conta a interpretação dos dados acima referidos, podemos classificar os traçados em 3 categorias: Traçado normal ou tranquilizador, traçado não tranquilizador ou traçado patológico (Montenegro et al, 2014). A categorização dos traçados pode ser definida com recurso ao quadro 2.

Classificação	Significado	Características
Categoria I - Normal	Preditivo de uma adequada oxigenação fetal no momento da observação. Não requer atenção especial.	Todos os critérios têm de estar presentes: <ul style="list-style-type: none"> · Linha de base entre 110-160 ppm; · Acelerações: presentes ou ausentes; · Variabilidade normal; · Desacelerações precoces: presentes ou ausentes; · Desacelerações tardias ou variáveis: ausente.
Categoria II - Não tranquilizador	Não preditivos de hipoxia fetal, mas requerem vigilância contínua com reavaliação a curto prazo e correção de causas maternas (decúbito, hiper-contratilidade, hipotensão, hipertermia).	Ausência de uma ou mais categorias acima mencionadas, podendo apresentar uma das seguintes características: <ul style="list-style-type: none"> · Bradicardia ou taquicardia; · Variabilidade mínima, marcada ou ausente; · Ausência de acelerações após estimulação; · Desacelerações variáveis, recorrentes com uma variabilidade mínima ou normal; · Desacelerações prolongadas ou tardias com uma variabilidade normal; · Desacelerações variáveis com retorno lento à linha basal ou com aceleração pós desaceleração.
Categoria III - Patológico	Associado a um equilíbrio ácido-base anómalo no momento da observação e requer atuação imediata. Não sendo possível reverter a situação com as medidas tomadas, deverá efetuar-se a extração do feto do ambiente intrauterino.	Pode apresentar uma das seguintes características: <ul style="list-style-type: none"> · Variabilidade nula, acompanhada de desacelerações tardias recorrentes, desacelerações tardias recorrentes ou bradicardia; · Desaceleração prolongada com baixa variabilidade; · Padrão sinusal.

Fonte: Néné et al, 2016, p.396

Quadro 2 - Classificação dos CTG

É recomendado que a grávida urine antes do procedimento e, preferencialmente, que tenha tido uma refeição (Graça, 2018), deve optar por uma das posições recomendadas, dando prioridade à posição de semifowler, de modo a que seja assegurado uma boa oxigenação materno-fetal, seguida da posição de sentada e, por fim, o decúbito lateral esquerdo (Néné et al, 2016). O registo deverá ser feito durante 20 minutos, podendo ser interrompido mais cedo, no caso de serem verificadas duas acelerações da FCF de amplitude igual ou superior a 15 pulsações por minuto (ppm) e com a duração mínima de 15 segundos, em resposta a movimentos fetais, critérios que consideram que o feto está reativo (Graça, 2018).

As vantagens inerentes à auscultação da FCF, através da cardiocardiografia, são: facilidade de realização; baixo custo; boa aceitação por clientes e profissionais de saúde. Para além destes fatores, a CTG apresenta um valor preditivo negativo, isto é, quando o traçado é considerado tranquilizador o bem-estar fetal considera-se assegurado (Moreira de Sá e Oliveira, 2015).

A realização da monitorização da FCF tinha então um papel importante nas rotinas do SCE, e, dependendo da idade gestacional e do motivo de internamento da grávida, era feito através de eco doppler ou cardiocardiógrafo, com a frequência de uma vez turno, de 24 em 24 horas ou de manhã e à noite, conforme aquilo que era prescrito pela equipa médica. A prescrição mais habitual era a monitorização por cardiocardiógrafo, uma vez por turno, com uma duração de 20 a 40 minutos, muitas vezes independentemente da idade gestacional, uma vez que, ao contrário daquilo que está descrito na literatura, era realizado o procedimento em gestantes a partir das 26 semanas, inclusive com restrições de crescimento intrauterino (RCIU), o que resultava, na maioria das avaliações, em traçados com baixa variabilidade. Estes traçados levavam a que fosse necessária uma avaliação médica da gestante e, muitas vezes, à execução de exames complementares como a ecografia. A segunda prática mais frequente era a monitorização com CTG de manhã e eco doppler no turno da noite. As CTG eram realizadas fora dos *timings* protocolados quando, a grávida referenciava diminuição dos movimentos fetais, perceção do aumento da contratilidade uterina ou dor intensa. A realização do procedimento, enquanto estudante, revelou-se exigente, uma vez que as manobras de Leopold efetuadas nos modelos, usados nas aulas práticas, ou efetuadas nas gestantes, durante a prática clínica têm as suas diferenças, porém as possibilidades para melhorar a destreza foram muitas e diversas, pois encontrámos gestantes com as mais variadas idades gestacionais.

Ainda dentro dos protocolos do serviço, outros procedimentos que variavam, dependendo do motivo de internamento das gestantes, eram a monitorização dos sinais vitais, a pesquisa de edemas e a pesquisa de proteinúria em urina de 24 horas, nas gestantes que tinham como diagnóstico alterações hipertensivas da gravidez, bem como a avaliação de peso às segundas e quintas e a monitorização de glicemia capilar, pré e pós-prandial, nas grávidas com diabetes gestacional, e ainda a indicação de repouso absoluto ou relativo, no leito, para as gestantes com ameaça de parto pré-termo (APPT) ou rotura prematura de membranas (RPM).

Os motivos de internamento de grávidas verificados durante o período de estágio foram: distúrbios hipertensivos, como subida tensional ou suspeita de pré-eclâmpsia (PE); restrição de crescimento intrauterino; ameaça de parto pré-termo; pielonefrite; alterações hepáticas (suspeita de colestase gravídica); metrorragias do segundo e terceiro trimestre; diabetes gestacional; hidrânios ou oligoânios, descolamento de placenta ou placenta prévia, entre outros. Assim, iremos aprofundar os três problemas mais frequentes no decurso do estágio e de que forma os protocolos utilizados no serviço estão ou não de acordo com aquilo de a evidência científica recomenda. São eles os distúrbios hipertensivos, a RCIU e a APPT, como pode ser verificado no gráfico 1.

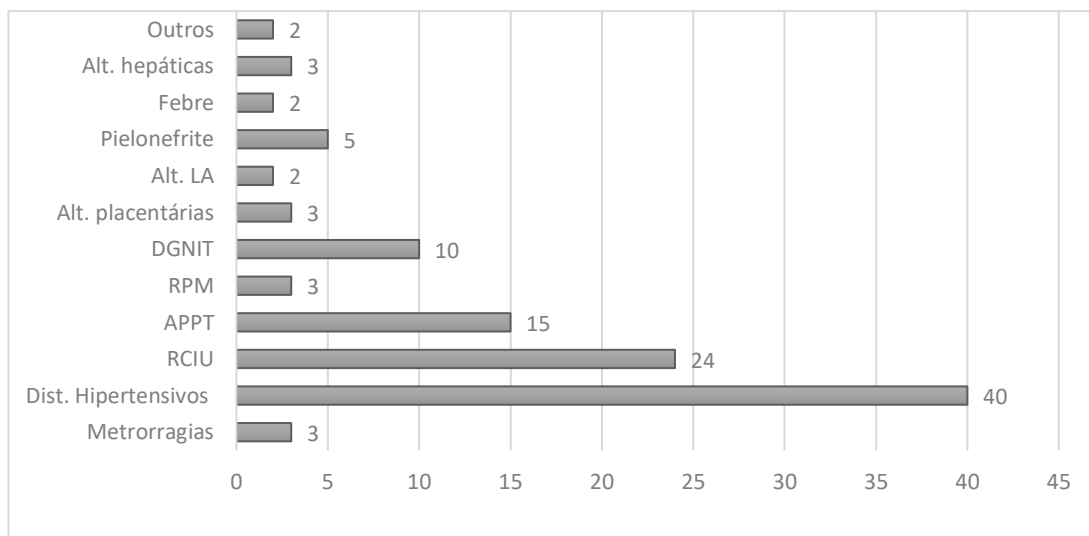


Gráfico 1 - Motivo de internamento no SCE do CMIN

Distúrbios hipertensivos da gravidez

A gravidez pode induzir hipertensão arterial (HTA) em mulheres anteriormente normotensas, ou agravá-la em mulheres com história de HTA anterior à gestação, sendo por isso a patologia médica mais comum (Graça, 2018).

A HTA associada à gravidez é definida por Gilbert e Harmon (2002) como uma situação em que a pressão arterial é elevada e/ou existe presença de proteínas na urina, desenvolvida durante a gravidez, geralmente após as 20 semanas de gestação e até 7 dias após o parto, e que normalmente cessa após o parto. Para que seja diagnosticada HTA na gravidez, sem proteinúria ou outros critérios de gravidade, é necessário que esteja presente um dos seguintes critérios (Néné et al, 2016):

- Pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg em duas ocasiões, espaçadas no mínimo por 6 horas, ou ≥ 110 mmHg numa ocasião isolada;
- Pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg em duas ocasiões (Graça, 2018).

Segundo Aguiar e colaboradores (2010), os fatores de risco da HTA gestacional podem ser divididos em extrínsecos (não obstétricos) e intrínsecos (obstétricos). Os fatores extrínsecos que poderão aumentar o risco de HTA na gestação são: o nível socioeconómico, constituição física, raça, idade materna, obesidade, hábitos tabágicos, dieta pobre em proteínas, hereditariedade, alterações psicológicas e stresse, diabetes mellitus e HTA preexistente. Os fatores intrínsecos estão relacionados com a paridade, presença de mola hidatiforme, gravidez múltipla, hidrâmnios e incompatibilidade ABO e Rh (Camarneiro, 2007).

Apesar de ser um dos diagnósticos médicos mais frequentes na gravidez, os distúrbios hipertensivos são um dos três maiores motivos de morbidade e mortalidade materno-fetal, a par da hemorragia pós-parto e infeção puerperal (Graça, 2018), principalmente quando se instala um dos estados mais graves, como a eclâmpsia ou síndrome de HELLP (Aguiar et al, 2010). Todavia, a forma como a gestação despoleta ou agrava a HTA não tem ainda resposta, apesar da pesquisa exaustiva, mantendo-se como um dos problemas sem resolução mais importante em obstetrícia (Cunningham et al, 2016).

É, por isso, importante ter presente a definição e classificação dos diferentes distúrbios hipertensivos associados à gravidez. Atualmente, existem quatro tipos, cuja importância de definição se centra, essencialmente, em saber distinguir a pré-eclâmpsia dos restantes, uma vez que esta é potencialmente mais perigosa. Estes distúrbios podem então ser classificados em: hipertensão gestacional; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; hipertensão crónica de qualquer etiologia; pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crónica (Cunningham et al, 2016). A definição dos diferentes distúrbios hipertensivos está descrita no quadro 3.

Hipertensão gestacional	Pressão arterial sistólica \geq 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica \geq 90 mmHg; Hipertensão detetada após a 20 ^a semana gestacional; Resolução da hipertensão até 3 meses após o parto.
Pré-eclâmpsia	HTA e proteinúria detetados após a 20 ^a semana de gestação; Proteinúria: \geq 300 mg/ dia, com relação proteína/ creatinina $>$ 0,3 ou observado por resultado positivo em fita reagente; Eclâmpsia, quando há ocorrência de convulsões ou coma em mulheres com PE.
Hipertensão crónica	Hipertensão presente antes da 20 ^a semana gestacional.
Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crónica	Sinais e sintomas de PE após a 20 ^a semana gestacional em mulheres com hipertensão crónica

Fonte: Freitas et al, 2011, p.524

Quadro 3 - Definição e classificação dos distúrbios hipertensivos na gravidez

A pré-eclâmpsia caracteriza-se por um distúrbio hipertensivo, com aparecimento entre a vigésima semana de gestação e as 48 horas pós-parto, estando presente um aumento da TA e proteinúria, com progressão rápida (Ferreira et al, 2016). Outros sinais e sintomas que podem ser observados em situações de pré-eclâmpsia são:

- Edema - apenas se generalizado (face, mãos, parede abdominal) e associado a um aumento ponderal superior a um quilo por semana, uma vez que o edema

dos membros inferiores está presente em 25% das gestantes (Freitas et al, 2011)
- relacionado com a retenção de sódio no espaço intersticial;

- Algias gástricas e/ou dor no hipocôndrio direito - causado por edema hepático ou hemorragia do fígado;
- Cefaleias - causadas pelo edema cerebral, habitualmente na zona frontal e occipital, que não cede a medicação analgésica;
- Perturbações da visão - devido ao edema ou descolamento da retina, pouco frequentes;
- Oligúria ou anúria - provocado pelo agravamento das lesões glomerulares, indicador de mau prognóstico;
- Disfunção hepatocelular - por aumento das transaminases e da LDH, indicador de uma situação grave como a síndrome de HELLP;
- Hiperreflexia - resultado da irritabilidade do sistema nervoso central, por norma é precedente às convulsões;
- Convulsões - provocadas pelo aumento da pressão intracraniana e/ou hemorragias perivasculares no sistema nervoso central, podem ocorrer até 48 horas após o parto (Graça, 2018).

A eclâmpsia pode ser, por isso, descrita como o aparecimento de convulsões numa mulher com pré-eclâmpsia, após serem excluídos a epilepsia e restantes doenças hipertensivas. A síndrome de HELLP caracteriza-se por um conjunto de sintomas associados à hemólise microangiopática, trombocitopenia e a alterações da função hepática, tendo o seu nome origem nos nomes dos sintomas apresentados: Hemolyses, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count, isto é, hemólise, elevação de enzimas hepáticas e baixa contagem plaquetária (Kahhale et al, 2018).

Relativamente ao tratamento, Graça (2018) defende que a terapêutica anti-hipertensiva não deve ser administrada rotineiramente, uma vez que não existe evidência que demonstre uma recuperação do quadro clínico, ou na prevenção de convulsões, mas sim em grávidas com valores de TA muito elevados, sistólica acima de 160 mmHg e diastólica acima de 110 mmHg, devendo optar-se preferencialmente pela nifedipina e labetalol. Na prática era isto que se verificava, uma vez que todas as utentes com alterações hipertensivas tinham nifedipina 20mg prescrita apenas em SOS, com indicação de administração face a valores de TA elevados. Apenas algumas as gestantes tinham prescrição de 30mg de nifedipina, em horário fixo, uma vez por dia, normalmente ao pequeno almoço, em situações de difícil controlo da TA ou de HTA crónica.

Na atuação clínica, Graça (2018) refere que, numa gestação superior a 36 semanas, não há qualquer benefício em prolongá-la, devendo por isso ser programado o parto com a grávida. Numa gestação inferior a 36 semanas, com uma situação materno-fetal controlada, deverá manter-se uma atitude expectante com vigilância do bem-estar materno e fetal, bem como

a sua evolução, avaliando-se diariamente a TA e o peso da grávida, e repetindo-se análises laboratoriais duas a três vezes por semana. Numa gestação inferior a 34 semanas deverão ser administrados glucocorticoides para aceleração da maturação pulmonar, uma vez que, numa situação de eclâmpsia, pode ser desencadeado espontaneamente o trabalho de parto com progressão rápida (Graça, 2018). No SCE, os protocolos de vigilância não estão de acordo com a evidência científica, uma vez que a vigilância do bem-estar materno-fetal não era feita apenas diariamente, mas sim em todos os turnos: a monitorização do peso não era feita, apesar da importância que o aumento ponderal tem, quando comparado com a simples observação de presença ou ausência de edemas. É efetuado, de acordo com a evidência científica, a realização de exames sorológicos e urinários, duas a três vezes por semana, e a administração de betametasona, intramuscular, duas doses espaçadas por um período de 24 horas, em gestantes com IG inferior a 34 semanas e 6 dias. Segundo a OMS (2013), deverá ser administrado 75 mg de ácido acetilsalicílico a gestantes com propensão de desenvolverem PE como estratégia de prevenção, o que foi verificado na prática. Verificou-se, por vezes, internamento para programação de parto, no entanto, na maioria das situações de subidas tensionais controladas, com repouso associado, a gravidez era mantida pelo menos até às 37 semanas, o que está de acordo com o estudo de Kahhale e colaboradores (2018), defendendo que, considerada a evolução favorável do quadro clínico materno-fetal, a conduta obstétrica, nas síndromes hipertensivas deverá ser conforme a descrita no quadro 4.

Síndrome Hipertensivo		Objetivo
Formas leves	Pré-eclâmpsia HTA crónica não complicada	Parto com 40 semanas
Formas graves	HTA crónica complicada HTA crónica com síndrome hipertensiva da gravidez associado	Parto com 37 semanas
	Síndrome de HELLP	Parto com 34 semanas
	Eclâmpsia	Parto assim que seja atingida viabilidade fetal

Fonte: Kahhale et al, 2018, p.233

Quadro 4 - Conduta obstétrica nos distúrbios hipertensivos na gravidez

Dada a sua formação específica, é importante que o EESMO esteja atento a todos os sinais descritos pela grávida, observados no exame físico e aos resultados obtidos através de exames laboratoriais, de forma a poder compará-los e a relacioná-los, para além de acompanhar a evolução da situação clínica e a resposta ao tratamento (Silva et al, 2016).

Restrição de crescimento intrauterino

A restrição de crescimento intrauterino está associada a uma significativa morbilidade e mortalidade neonatal, cerca de 5 a 10% dos fetos são diagnosticados com RCIU (Levine et

al, 2015), sendo a causa de 30% das mortes fetais (Graça, 2018). Apesar deste facto, ainda existem falhas na classificação de RCIU, sendo erradamente confundida com o diagnóstico de fetos pequenos para a idade gestacional (PIG) ou baixo peso à nascença (BPN). De acordo com Sharma e colaboradores (2016), define-se:

- Restrição de crescimento intrauterino - neonatos com sinais clínicos de desnutrição e crescimento intrauterino retardado, independentemente do percentil de peso ao nascimento. Pode ser assimétrica, simétrica ou intermédia;
- Pequeno para a idade gestacional - neonatos com peso inferior ao percentil 10, de acordo com os gráficos de crescimento populacional. Pode ser classificado como moderado (entre o percentil 3 e 10) ou grave (abaixo do percentil 3);
- Baixo peso à nascença - peso à nascença inferior a 2500g.

Desta forma, os casos de fetos PIG não serão ser classificados como RCIU se não apresentarem características de desnutrição aquando o nascimento, e um feto com RCIU poderá ter, à nascença, um peso acima do percentil 10. O BPN deverá ser classificado como uma entidade separada, visto que é um termo que se prende somente com o peso do bebé à nascença, independentemente de fatores como a IG, sexo, etnia e outros fatores clínicos (Sharma et al, 2016).

A RCIU é normalmente causada por uma insuficiência placentária, associada a anormalidades dos fluxos arteriais do cordão umbilical, sendo, por isso, importante a avaliação através de um exame ecográfico com fluxometria Doppler para diferenciar RCIU de um feto PIG (Levine et al, 2015). Assim, o diagnóstico da RCIU é feito em duas etapas: a avaliação da altura do fundo uterino, confirmada por ultrassom, e a biometria fetal ecográfica, mais concretamente a avaliação da estimativa do peso fetal e da circunferência abdominal, que, em conjunto com o doppler da artéria abdominal, é a forma mais eficaz de diagnosticar RCIU de origem placentária (Montenegro e Rezende, 2011).

Dependendo das características biométricas fetais e da idade gestacional em que a restrição se manifesta, existem as seguintes classificações (Graça, 2018, p.360):

- RCIU simétrica - quando todos os parâmetros biométricos estão abaixo do percentil 10;
- RCIU assimétrica - quando o perímetro abdominal é o mais afetado, devido à redução do volume hepático e do tecido celular subcutâneo;
- RCIU intermédia - quando a restrição é inicialmente simétrica, mas evolui para critérios de restrição assimétrica posteriormente na gravidez;
- RCIU precoce - quando o diagnóstico é feito antes das 32 semanas;
- RCIU tardia - quando o diagnóstico é feito após as 32 semanas.

Existem vários fatores que podem comprometer o potencial de crescimento do feto, como fatores maternos, placentários, fetais ou extrínsecos (Montenegro et al, 2014), como podemos observar no quadro 5.

Fatores Maternos	Idade Materna (<16 e >35 anos)
	Nível socioeconômico baixo
	Etnia
	Altura e peso pré gestacional (IMC <20, peso <45kg ou >75kg)
	Paridade (<1 ou >5)
	Intervalo entre as gestações (<6 meses ou >120)
	RCIU, PIG ou DPNI em gestação anterior
	Reprodução assistida
	Gravidez não vigiada
	Malnutrição grave
	Baixo aumento ponderal
	Doenças maternas (HTA, nefropatia, doença pulmonar restritiva DM associado a patologia vascular, cardiopatia cianótica, síndrome anti fosfolípídica, trombofilias, lúpus eritematoso sistêmico, hemoglobinopatias, asma brônquica)
	Fatores Placentários
Vascularização uteroplacentária anormal	
Disfunção placentária (derivada de DHG ou PE)	
Patologia uteroplacentária relacionada com trombofilia	
Gravidez molar parcial	
Artéria umbilical única	
Placenta Prévia	
Descolamento da placenta normalmente inserida	
Inserção marginal ou velamentosa do cordão	
Infeções placentárias	
Hemangioma	
Fatores Fetais	Cromossomopatias
	Anomalias estruturais congénitas
	Gravidez múltipla
Fatores Extrínsecos	Hábitos tabágicos, alcoólicos ou consumo de drogas
	Exposição a agentes teratogénicos
	Infeções (malária, tuberculose, ITU, vaginose bacteriana, infeções TORCH)

Fonte: Sharma et al, 2016, p.69-70/Montenegro et al, 2014, p.133

Quadro 5 - Fatores de risco da RCIU

Segundo Moreira de Sá e Oliveira (2015, p.853), “os fetos que apresentam RCIU sofrem adaptações à condição patológica com repercussões de curto e longo prazo”. A curto termo, a RCIU pode provocar asfixia perinatal, aspiração de mecônio, hipertensão pulmonar, hipotermia, hipoglicemia, hiperglicemia, hipocalcemia, icterícia, dificuldade na alimentação, intolerância alimentar, enterocolite necrosante, sepse tardia e hemorragia pulmonar, enquanto os problemas a longo prazo incluem crescimento físico anormal e alterações do desenvolvimento neurológico (Sharma et al, 2018). Fetos com restrições placentárias são cronicamente hipoxémicos e hipoglicémicos, têm um aumento das concentrações de lactato no sangue, aporte nutricional diminuído, restrições de crescimento e podem eventualmente terminar num parto pré-termo, o que faz com que os efeitos da RCIU tenham impacto, mesmo após o período neonatal (Levine et al, 2015). Existem estudos que refere haver vários problemas neurológicos e de desenvolvimento na infância, como resultado da RCIU, quer sejam resultantes de partos prematuros ou de termo (Murray et al,

2015). Para além disto, a RCIU é uma questão de saúde pública, uma vez que pode aumentar o risco de desenvolvimento de diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral e problemas cardíacos ao longo da vida, mesmo que não haja alterações na infância (Levine et al, 2016).

A conduta clínica para a RCIU, para além da monitorização biofísica fetal e da realização da fluxometria por doppler - cuja frequência deve depender sempre da avaliação anterior, segundo o que referem Sharma e colaboradores (2018) - consiste na administração de corticoides para maturação pulmonar e neuroprotecção pré-natal com sulfato de magnésio (Montenegro et al, 2014). O recurso à CTG, como único meio de vigilância, em fetos PIG, não deve ser utilizado (Sharma et al, 2018). Estes procedimentos foram verificados na nossa prática clínica, sendo as mulheres vigiadas ecograficamente na maioria das manhãs, para avaliação, entre outros, dos parâmetros biofísicos e fluxometria das artérias umbilicais e cerebral média, tendo sempre em comparação o resultado da ecografia do dia anterior, era administrado o ciclo de Betametasona para maturação pulmonar, porém a neuroprotecção fetal com sulfato de magnésio não era rotineiramente utilizada. Os ensinamentos para alteração de hábitos, como uma adequada alimentação e cessação tabágica, eram feitos com frequência. Porém a definição do conceito de RCIU utilizado pela equipa médica abrangia tanto o conceito de RCIU e de feto PIG descrito pela literatura, visto que para que fosse considerado uma restrição de crescimento o feto teria de estar abaixo do percentil 3 de crescimento, com ou sem alterações dos fluxos arteriais, ou abaixo do percentil 10 com alteração dos fluxos arteriais.

Quando eram verificados fluxos nulos ou negativos, era agendado o parto por cesariana, se o feto já tivesse ultrapassado o limite da viabilidade, atuação defendida pela literatura, que segundo aquilo descrito por Graça (2018), um feto tem uma taxa de sobrevivência de 70% a partir das 28 semanas, aumentando 1% por cada dia in útero, diminuindo significativamente a taxa de morbilidade associada à prematuridade a partir das 32 semanas e diminuiu consideravelmente tanto a taxa de morbilidade como a de mortalidade a partir das 37. Graça descreve também que apesar de a via de parto preferencialmente utilizada por condições fetais e maternas ser a cesariana, a RCIU por si só não é uma contraindicação para parto vaginal, pelo que a tomada de decisão deverá ser feita individualmente para cada situação clínica.

Ameaça de parto pré-termo

O trabalho de parto pré-termo (PPT) é *“aquele que se inicia antes de estar completada a 37ª semana (...) depois de ser atingido o tempo de gestação tido como limite inferior da viabilidade (...) que, genericamente se considera centrada na 24ª semana de gestação”* (Graça, 2018, p.333). Pode ainda ser classificado como precoce, quando ocorre antes das 33 semanas e 6 dias, ou tardio, quando ocorre entre as 34 semanas e as 36 semanas e 6 dias

(Cunningham et al, 2016). Existe ainda uma diferenciação entre Ameaça de PPT, PPT efetivo e falso trabalho de PPT, cuja correta identificação é importante para que seja adequada a conduta clínica, tendo em vista um melhor desfecho materno-fetal (Graça, 2018). Assim sendo, considera-se:

- APPT - Presença de contractilidade uterina frequente, regular e dolorosa, com distensão do segmento inferior do útero, mas sem alteração ao nível do colo, antes das 37 semanas;
- PPT efetivo - Presença de contractilidade uterina frequente, regular e dolorosa, com distensão do segmento inferior do útero e extinção e dilatação do colo, antes das 37 semanas;
- Falso trabalho de PPT - Presença de contractilidade uterina entre duas a quatro horas, sem alterações do segmento inferior do útero ou do colo, antes das 37 semanas. Reverte espontaneamente (Graça, 2018).

Pela similaridade dos conceitos, o diagnóstico correto de APPT ou PPT não é fácil de realizar, sendo muitas vezes necessária a observação da gestante durante algumas horas sem qualquer terapêutica, para a realização de um diagnóstico definitivo (Graça, 2018), e para que possam ser evitadas intervenções desnecessárias. É importante a verificação de sinais e sintomas que possam ser indicativos de APPT/PPT, como por exemplo algias pélvicas e/ou abdominais, lombalgias, pressão pélvica, alteração do fluxo vaginal, contrações uterinas dolorosas ou não, bem como a avaliação da grávida através de exame pélvico (de modo a poder identificar alterações no colo), a observação do fluxo e a realização de teste de fibronectina fetal e ainda a realização de ecografia transvaginal para observação do colo uterino (Néné et al, 2016). Pela dificuldade do correto diagnóstico, as grávidas em PPT efetivo e APPT recebem muitas vezes tratamento inadequado (Graça, 2018).

A fibronectina fetal é uma glicoproteína produzida pelo âmnio que permite a adesão entre as membranas fetais e a decídua. O teste da fibronectina fetal avalia a probabilidade de ocorrer um PPT nos sete dias subsequentes ao exame, com 90 a 100% de sensibilidade e 71 a 83% de especificidade em mulheres assintomáticas. É feito através de um exame vaginal e colheita por zaragatoa se a mulher não tiver tido hemorragia vaginal, relações sexuais, toque vaginal anterior, colheita para citologia cervicovaginal ou ecografia transvaginal nas últimas 24 horas, não tenha candidíase vaginal ou não esteja a fazer algum tratamento tópico vaginal (Montenegro et al, 2014).

Apesar de cerca de metade dos PPT não apresentarem nenhum fator de risco prévio identificável, o seu reconhecimento deverá ser sempre a primeira linha de ação, de modo a que a incidência do PPT seja reduzida, bem como todas as complicações a ele associadas (Moreira de Sá e Oliveira, 2015). Alguns dos fatores predisponentes de um PPT estão descritos no quadro 6.

Epidemiológicos	Idade materna (<16 e >35 anos)
	Nível socioeconómico baixo
	Malnutrição
	Fatores ambientais
	Stress físico e psicológico
	Hábitos tabágicos
	Consumo de substâncias lícitas ou ilícitas
Obstétricos	Rotura prematura de membranas
	PPT anterior
	Gravidez múltipla
	Metrorragias do 1º e 2º trimestre
	Alterações hormonais
	Distúrbios hipertensivos da gravidez
	Descolamento prematuro da placenta
	Placenta prévia
	Hidrâmnios ou oligoâmnios
	RCIU
	Malformações fetais
Ginecológicos	Alterações anatómicas do colo uterino
	Antecedentes de amputação do colo uterino
	Malformações uterinas
	Miomas uterinos
	Incompetência cervical
Clínico-cirúrgicos	Infeções (corioamnionite, ITU, infeção extrauterina)
	Doenças maternas
	Procedimentos cirúrgicos durante a gestação
Genéticos	Materno e/ou fetal (anomalias congénitas)

Fonte: Moreira de Sá e Oliveira, 2015, p.322/Néné et al, 2016, p.212

Quadro 6 - Fatores de risco para o PPT

A conduta em situações de APPT deverá ser, numa primeira fase, a avaliação do risco, através do índice de risco e da correta datação da IG e, em casos de mulheres com história anterior de APPT ou PPT, identificar a causa ou fatores de riscos anteriores e estabelecer medidas preventivas, específicas à sua situação (Néné et al, 2016). A segunda fase da atuação, cuja ação é uma das estratégias preventivas do PPT mais importantes, é a utilização profilática de progesterona exógena (Moreira e Sá e Oliveira, 2015). A progesterona deverá ser utilizada em situações profiláticas, iniciada após as 20 semanas de gestação e mantida até às 37 semanas, utilizando a posologia de 100mg/dia por via vaginal, ou, em situações de gestantes com colo curto (<15mm), 200mg/dia (Montenegro e Rezende, 2011). A utilização da progesterona, no início da gestação, pode levar ao desenvolvimento de problemas neuro-motores e a um risco de ambiguidade genital (Freitas et al, 2011). A progesterona deverá ser utilizada em mulheres com situações anteriores de PPT, ou colo curto, e após a administração, com sucesso, de agentes tocolíticos (Moreira e Sá e Oliveira, 2015).

Segundo Graça (2018), a administração de agentes tocolíticos tem como objetivo a prevenção de um TPP efetivo, através da diminuição da contratilidade uterina, porém só é perante um diagnóstico efetivo de trabalho de parto, em caso contrário poderá ter uma eficácia nula e devem ser utilizados, apenas, para prolongar a gestação o tempo suficiente para que os glucocorticoides tenham tempo para atuar (48h), ou numa situação em que seja

necessária a transferência da gestante para outra instituição (Néné et al, 2016). O seu uso está contraindicado em situações de corioamnionite, eclâmpsia ou PE grave e morte fetal (Néné et al, 2016), ou em situações de sofrimento fetal, malformações fetais incompatíveis com a vida, RCIU, rotura da bolsa de águas, infecção amniótica, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia sangrante, diabetes insulínica dependente, cardiopatias, hipertireoidismo descompensado e anemia falciforme (Moreira de Sá e Oliveira, 2015). Os fármacos tocolíticos de eleição são os inibidores dos canais de cálcio como a Nifedipina, os inibidores dos recetores de ocitocina como o Atosiban, os anti-inflamatórios não esteroides como a Indometacina, e os α -agonistas como o Salbutamol (Néné et al, 2016). As informações dos fármacos tocolíticos de eleição estão descritas no quadro 7.

Fármaco	Posologia	Efeitos secundários	Contraindicações			
Indometacina	100mg via retal seguido de 25mg PO de 4/4h ou 6/6h com avaliação às 72h de LA, canal arterial (excluir encerramento precoce) e válvula tricúspide (excluir regurgitação). Se não houver alterações poderá ser mantida a terapêutica.	Encerramento precoce do canal arterial Oligoâmnios	Úlcera péptica IG > 32 semanas Patologia renal Coagulopatias Oligoâmnios			
Salbutamol	Diluir uma ampola de 5mg/5ml em 500ml de SF, administração EV em bomba perfusora a 150ml/h durante um período máximo de 5 min (25 μ g/min, até 125 μ g) - apenas em tocolise emergente ou 4mg PO de 6/6h ou de 8/8h	Taquicardia Hiperglicemia Edema Pulmonar	Doença cardiovascular Hipertireoidismo Anemia falciforme Hemorragia anteparto Diabetes <i>mellitus</i>			
Nifedipina	10mg PO de 15/15min na 1ª hora, até terminarem as contrações e depois 10mg de 4/4h ou de 6/6h, ajustando de acordo com a atividade uterina, até à dose máxima de 160mg	Hipotensão Astenia Alterações vasomotoras (dose diária \geq 60mg)	Insuficiência cardíaca congestiva Estenose aórtica			
Atosiban	Fase	Regime	Perfusão	Dose	Náuseas Vómitos Cefaleias Tonturas	Contraindicações gerais dos tocolíticos
	1	Bolus EV 0,9ml	+ de 1 min	6,75mg		
	2	3h de perfusão EV	24ml/h	18 mg/h		
3	Perfusão EV até 45h	8ml/h	6 mg/h			

Fonte: Néné et al, 2016, p.213-214/Montenegro et al, 2014, p.83-84

Quadro 7 - Agentes tocolíticos

Pela relação custo-benefício e a baixa incidência de efeitos secundários aquando a utilização, a nifedipina deverá ser considerada como escolha farmacológica principal para tocolise, com exceção de situações como intolerância materna, gravidez múltipla ou ausência de resposta clínica, devendo optar-se pelo atosiban (Montenegro et al, 2014). Aquilo que foi verificado na prática clínica em presença de contratilidade uterina, era, tal como defende Montenegro e colaboradores (2014), a administração de nifedipina como fármaco de primeira linha, porém a posologia utilizada não era a administração primária de 10 mg a cada 15 minutos na primeira hora, e sua manutenção de quatro em quatro, ou de seis em seis horas após a cessação das contrações durante 48 horas, mas sim a administração

imediate de 30mg, seguindo-se a administração de 20mg a cada oito horas. Esta atuação clínica é defendida por Moreira de Sá e Oliveira (2105), porém dependendo da situação clínica, o período de 48 horas nem sempre era respeitado.

Tal como foi anteriormente referido, a administração de terapêutica tocolítica deverá ser considerada em situações em que é necessária a administração de glucocorticoides para maturação pulmonar. A administração de corticoterapia em gestantes em risco de PPT demonstrou uma redução do risco de morte neonatal, da síndrome de dificuldade respiratória (SDR) e da hemorragia intraventricular, mas também da diminuição de incidência de enterocolite necrotizante, da necessidade de suporte ventilatório, da admissão em unidades de cuidados intensivos neonatais e de infeções sistêmicas respiratórias nas primeiras 24 horas de vida (Areia et al, 2018). Segundo Montenegro e colaboradores (2014, p.76) *“o maior benefício da corticoterapia antenatal é atingido quando o intervalo de tempo entre o início da terapêutica e o nascimento é >24h e <7 dias”*, o que reforça a importância de um correto diagnóstico de APPT, uma vez que apenas 7% das mulheres com este diagnóstico têm o parto em 48 horas, enquanto 11% delas o têm dentro de uma semana (Pinto et al, 2015).

A corticoterapia não é uma prática isenta de riscos. A curto prazo pode afetar a função placentária, o crescimento fetal, aumentar o risco de hipoglicemia neonatal, bem como desregular o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal fetal, provocar alterações no desenvolvimento cerebral, afetar o desenvolvimento de outros órgãos e levar a alterações metabólicas, neurológicas e vasculares que conduzem a alterações a longo prazo (Areia et al, 2018). Por este motivo, segundo Pinto e colaboradores (2015), torna-se preocupante a generalização da corticoterapia pré-natal, cuja administração deve ser considerada com atenção, principalmente quando se pretende a administração de mais de um ciclo e fora do intervalo entre as 24 e 34 semanas de gestação (Areia et al, 2018). A realização dos ciclos de resgate está contraindicada pela implicação de alterações de crescimento, mais concretamente o peso e o perímetro cefálico ao nascimento, de complicações cerebrais como a paralisia, e de alterações comportamentais como défices de atenção aos dois/três anos, como tal, não deve ser repetido por rotina e deve ter certos fatores em conta como: IG <34 semanas, risco de PPT nos sete dias seguinte, ou se o ciclo anterior de corticoterapia ter sido administrado há mais de 14 dias (Areia et al, 2018).

A posologia de glucocorticoides a ser escolhida, deve ser entre 12mg de betametasona em duas doses IM, com intervalo de 24 horas, ou 6mg de dexametasona em quatro doses IM, com intervalo de 12 horas (Néné et al, 2016). A corticoterapia antenatal, para estimulação da maturidade fetal, está contraindicada em casos de corioamnionite e suspeita de infeção materna grave, como a tuberculose (Montenegro et al, 2014). O fármaco de eleição no SCE era a betametasona, administrada conforme a posologia descrita na literatura, porém sem critério no cuidado de administração, visto que esta era feita por rotina a qualquer mulher que fosse admitida no serviço por APPT ou RPM, sendo muitas vezes a primeira dose feita

ainda no serviço de urgências. É importante, para além do correto diagnóstico de APPT, ter como critério a IG para a correta administração de glucocorticoides, assim sendo, a orientação da atuação de acordo com a IG deve ser a seguinte:

- Entre 23 e 23+6 semanas - ponderar a administração, tendo em conta que a gestante está informada acerca dos riscos associados a um parto nesta fase da gestação e, se pretende investir na gravidez. Está associado a uma redução de 82% do risco de mortalidade, mas não altera o risco de morbidade respiratória, enterocolite necrotizante ou hemorragia intraventricular;
- Entre 24 e 33+6 semanas - recomendada, se houver risco de desencadear de um PPT nos 7 dias seguintes;
- Entre 34 e 36+6 semanas - recomendada, se houver risco de desencadear um PPT nos sete dias seguintes, e desde que não tenha sido realizado um ciclo anteriormente. A administração após as 36 semanas deve ser muito bem ponderada em gestantes com diabetes gestacional, gravidez múltipla, corioamnionite, anomalia fetal major, terapia crónica com esteroides e expectativa de parto no período <12 horas;
- Superior a 37 semanas - não está recomendada a maturação pulmonar fetal nesta fase da gestação, pelo impacto desfavorável nos aspetos cognitivos e comportamentais a longo prazo (Areia et al, 2018).

Os riscos maternos também devem ser considerados, isto é, existem riscos que quando associados a um tratamento único, apesar de significativos, são transitórios quando se administram doses repetidas, principalmente quando associadas a repouso no leito e a terapêutica com heparina, pois podem levar ao desenvolvimento de HTA, diabetes gestacional, aumento de risco de infeção e osteoporose (Graça, 2018).

Por fim, outra indicação controversa para o PPT é o repouso no leito, uma vez que ainda que efetuado rotineiramente, não existem estudos que demonstrem que isso melhore os resultados esperados quando diagnosticada uma gravidez de risco (Sosa et al, 2015). O repouso pode ser aconselhado às gestantes com metrorragias, sintomas de PPT, fetos múltiplos, PE, antecedentes de infertilidade e abortos de repetição (Janighorban et al, 2018), com base no conceito de que atividade física intensa e os trabalhos pesados, durante a gravidez podem estar associados ao PPT, podendo o repouso reduzir a atividade uterina (Sosa et al, 2015).

Para além de não haver benefícios demonstrados, existem potenciais riscos associados ao repouso no leito, tal como aumento do risco de tromboembolismo venoso materno, desmineralização óssea, atrofia muscular, alterações cardiovasculares, perda de peso, problemas psicológicos e possíveis impactos económico (Zemet et al, 2018), o que pode ser agravado face a uma hospitalização prolongada, uma vez que estas mulheres, para além das dificuldades emocionais associadas ao repouso no leito, têm de lidar com o facto de estarem

afastadas do seu ambiente familiar, podendo surgir alterações emocionais que podem englobar a raiva e o aborrecimento, ou a tristeza e um baixo nível de bem-estar mental e de qualidade de vida (Janighorban et al, 2018). Existe ainda um estudo que demonstra que o repouso no leito pode, ao contrário do que se defende, pode estar associado ao desencadear de um PPT pelo aumento da ansiedade materna (Zemet et al, 2018).

Na prática clínica, em algumas situações era prescrito às grávidas com APPT e RPM o repouso absoluto no leito, sendo os cuidados de higiene prestados pela equipa de enfermagem e pelas assistentes operacionais. A avaliação médica poderia alterar a prescrição para repouso relativo no leito, sendo permitido o levantar para uso da casa de banho e a deambulação por curtos períodos.

Um foco de atenção da prática de enfermagem, importante a referenciar neste estágio foi a ansiedade, que segundo a CIPE (2016) é definida como “Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia”. A gravidez, como fase de transição, é um período de vulnerabilidade emocional que, diante de um prognóstico negativo, pode levar a uma perda de autoconfiança, esperança e, inclusive, a uma diminuição de apego materno-fetal, podendo mesmo prolongar-se para o período pós-natal (Saviani-Zeoti e Petean, 2015). A ansiedade é uma questão importante, no sentido em que é capaz de interferir significativamente em aspetos como o padrão de sono, os hábitos alimentares, a eliminação, e inclusive interagir com a secreção de prostaglandinas e ocitocina, o que pode conduzir a implicações para a gestante e o para o feto (Aguiar et al, 2010).

Assim, a ansiedade, como estado emocional, compreende sensações como medo e insegurança e pode levar ao aumento de desconfortos somáticos do sistema nervoso autónomo (Saviani-Zeoti e Petean, 2015), não devendo ser encarada levianamente, uma vez que pode interferir na unidade feto-placentária e, conseqüentemente, numa diminuição do peso do RN à nascença e, também, levar a um aumento do cortisol sérico materno, interferindo no desenvolvimento do sistema nervoso central fetal (Graça, 2018).

Por este motivo, é de suma importância o apoio emocional á gestante, de forma que que esta possa exprimir as suas emoções e preocupações, explicar todos os procedimentos e esclarecer sobre o seu estado clínico, gerir o ambiente, de forma a que ela esteja o mais confortável possível, atendendo às possibilidades disponíveis. Apesar de, por vezes, ser emocionalmente difícil, foi desafiante e reconfortante criar uma relação terapêutica com as gestantes, ajudando-as a lidarem com as intercorrências características de um período desgastante e exigente.

O estágio efetuado no SCE foi desafiante e proveitoso, todos os momentos de aprendizagem foram aproveitados, assim como todas as possibilidades para colaborar com a equipa multidisciplinar, constituindo-se uma mais valia pessoal e profissional.

2. O TRABALHO DE PARTO E O PARTO: ACOMPANHAMENTO DA PARTURIENTE/CASAL

No módulo de estágio dedicado ao “Trabalho de Parto e Parto”, que decorreu ao longo de 17 semanas no Núcleo de Partos do CMIN, pretendia-se adquirir, desenvolver e demonstrar competências que permitam uma assistência especializada à mulher e à família, em situação de trabalho de parto. Era nossa pretensão mobilizar conhecimentos e desenvolver práticas baseadas em evidência científica e um pensamento crítico na tomada de decisão. Este estágio, no âmbito do processo formativo, permitiu desenvolver e adquirir um conjunto de competências técnicas - científicas e clínicas - necessárias à implementação de cuidados especializados à mulher durante o trabalho de parto e parto, eutócico e/ou distócico, à puérpera e ao recém-nascido normal e/ou de risco. Foi também importante apoiar a parturiente e a família num contexto culturalmente adequado e num ambiente seguro, de forma a que a saúde da mãe e do recém-nascido, e sua adaptação à vida extrauterina, fossem otimizadas.

De acordo com aquilo definido pela Confederação Internacional de Parteiras (ICM), a EESMO, como profissional responsável e reconhecida pelas suas competências, trabalha em conjunto com a mulher, de modo a proporcionar apoio e cuidados durante o período de gestação, parto e pós-parto, diagnosticando precocemente alterações que justifiquem a referência para outras áreas clínicas especializadas (ICM, 2014). O EESMO é um profissional competente para cuidar a mulher durante o período de trabalho de parto e para efetuar o parto em ambiente seguro, numa situação de apresentação cefálica e de apresentação pélvica em caso de urgência, bem como de prestar cuidados imediatos ao recém-nascido, avaliar e vigiar a sua capacidade de adaptação à vida extrauterina, e assegurar cuidados de reanimação se necessário (OE, 2015).

Trabalho de parto compreende um conjunto de fenómenos fisiológicos que contribuem para a contratilidade uterina, que por si conduz à dilatação do colo do útero e, conseqüentemente, à progressão do feto através do canal de parto, terminando com a sua expulsão para o meio extrauterino (Graça, 2017). Segundo a Federación de Asociaciones de Matronas de España (2006, p.20), o parto normal é *“O processo fisiológico único com o qual a mulher finaliza a sua gravidez de termo, em que estão implicados fatores psicológicos e socioculturais. O seu início é espontâneo, evolui e termina sem complicações, culminando com o nascimento e não implica mais intervenções que o apoio integral e respeitoso do mesmo”*.

Pretende-se por isso, que o EESMO, no contexto de trabalho de parto e parto, seja capaz de, entre outros aspetos: Garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto; Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-

estar e da vinculação mão/pai/RN e conviventes significativos; Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor; Identificar e monitorizar TP, desvios ao padrão normal de evolução do TP e o risco materno-fetal durante o TP e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; Avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP; Aplicar as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica, e em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica; Assegurar a avaliação imediata do RN, implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina e de reanimação em situação de emergência; Cooperar com outros profissionais no tratamento do RN com alterações morfológicas e funcionais e referenciar aquelas para além da sua área de atuação; Conceber, planejar, implementar e avaliar medidas de suporte de apoio emocional e psicológico à parturiente e convivente significativo e à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o TP; Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções em situação de retenção de placenta, efetuando em caso de urgência, extração manual e revisão uterina; Avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, referenciando as que estão para além da sua área de atuação; Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto; Assumir a decisão de transferir, assegurar a transferência e cuidar da parturiente durante o transporte (OE, 2010).

Num estudo conduzido por Sandall e colaboradores (2016), que comparava diferentes modelos de cuidados a gestantes e parturientes, foi concluído que num modelo de cuidados com uma parteira, como principal prestadora de cuidados, as mulheres tinham menos probabilidades de ter um parto instrumentado, menor recurso a intervenções como epidural, amniotomia ou episiotomia, menor probabilidade de experienciarem trabalhos de parto pré-termo ou mortes perinatais, e tinham maior probabilidade de ter um início de TP espontâneo, bem como um maior nível de satisfação relativamente aos cuidados que lhes eram prestados. É descrito nesse estudo que não havia um aumento dos riscos, em comparação com outros modelos de cuidados, nem diferenças significativas nas taxas de cesariana, na necessidade de indução do TP, na hemorragia pós-parto, na laceração perineal, na amamentação na primeira hora de vida, no baixo peso à nascença, nos scores de índice de Apgar ≤ 7 , na necessidade de internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais ou na duração do internamento hospitalar. O modelo de cuidados contínuos prestados por uma EESMO deve ser o elegido para todas as mulheres que tenham uma gravidez saudável, de baixo risco.

De modo a ir ao encontro do preconizado como objetivos e competências do EESMO, foi necessário suportar a nossa prática na evidência científica mais atualizada, de modo a que os cuidados fossem seguros e eficazes. Os contributos teóricos foram uma mais valia, certamente, mas não invalidou uma pesquisa contínua, ao longo de todo o estágio, de forma a ir ao encontro das diferentes necessidades da mulher/família, nas várias etapas do

processo de parto. Esta pesquisa permitiu uma comparação entre as práticas protocoladas no CMIN e as que são mais recomendadas pela sua eficácia, objetivo principal de numa prática de enfermagem baseada em evidência.

No núcleo de partos do CMIN todos os enfermeiros são especialistas em saúde materna e obstétrica, trabalham em equipa multidisciplinar e com cuidados individualizados à mulher/casal, desde a fase latente do TP até ao puerpério imediato. Identificam focos de atenção, formulam diagnósticos de enfermagem e implementam intervenções autónomas e interdependentes, de modo a que os cuidados de enfermagem sejam o mais especializados possível.

O Núcleo de Partos (NP) é composto por 7 salas de parto individuais, ou *boxes*, uma unidade de indução de TP com 3 camas, uma unidade de expectantes com 3 camas e uma sala de observação para apoio ao serviço de urgência. As grávidas davam entrada provenientes do serviço de urgência (SU), após triagem, por norma em situações de rutura prematura de membranas ou em trabalho de parto, por transferência do serviço de cuidados especiais, ou da consulta externa para indução programada do TP.

Independentemente da sua proveniência, o acolhimento era realizado da mesma forma. Após a apresentação do serviço, equipa e recursos disponíveis, era oferecido à mulher uma bata do serviço e a oportunidade para tomar um duche, antes de se instalar na unidade onde iria permanecer e que, dependendo da fase do TP em que se encontrava, seria numa cama na unidade de expectantes, numa box, ou numa cama da unidade de indução de TP, caso a grávida desse entrada no serviço com esse objetivo. Após o acolhimento da grávida era feita a anamnese, recorrendo-se a entrevista e/ou consulta do BSG, de modo a obter dados como: nome pelo qual preferia ser tratada, nome e sexo do RN, idade gestacional, índice obstétrico, grupo sanguíneo materno, alergias, antecedentes pessoais e obstétricos, resultados de análises clínicas realizadas durante a gravidez, como por exemplo o resultado do exame do Streptococcus do grupo B. Era ainda questionada acerca de experiências de parto anterior, se fosse o caso, expectativas em relação ao trabalho de parto e parto, desejo de amamentar, se frequentou os cursos de preparação para o parto e parentalidade, a existência ou não de plano de parto e, finalmente, era possibilitada a oportunidade para a grávida expor e esclarecer as suas dúvidas, uma vez que, segundo Coutinho e colaboradores (2016), é pela comunicação que o enfermeiro capacita a puérpera para a tomada de decisão. O acolhimento da mulher pela equipa de enfermagem pode influenciar positivamente o parto e torná-lo mais humano, sendo importante para que isso aconteça, que o enfermeiro estabeleça uma relação de intimidade com a grávida (Silva et al, 2018).

A grávida, habitualmente, ficava acompanhada durante todo o processo, se assim o desejasse, por um acompanhante à sua escolha. Essa pessoa significativa, que na maior parte dos casos era o pai do RN, ou em algumas situações a mãe da própria ou uma amiga, proporcionavam uma sensação de conforto à mulher em trabalho de parto e, muitas vezes,

eram o elo na comunicação entre a grávida e os profissionais de saúde. Segundo Oliveira e colaboradores (2011), as mulheres que têm acompanhante durante o período de TP tendem a ficar mais seguras e tranquilas durante todo o processo, o que pode levar a uma diminuição do tempo de TP e da probabilidade de desfecho num parto distócico, uma vez que o sentimento de medo e ansiedade por estarem isoladas num ambiente que não lhes é familiar, pode levar à inibição da síntese da ocitocina e das endorfinas endógenas, responsáveis pela dilatação e extinção do colo uterino (Souza e Gualdar, 2016). Freitas e colaboradores (2011) referem que, apesar da parturiente ser livre de escolher o acompanhante que pretende, a presença do companheiro tem sido destacada como um fator de importância, tanto na ajuda para a mulher em TP como para a sua consciencialização para a paternidade, uma vez que, ao sentir que está envolvido na gravidez e no parto, irá participar mais ativamente na vida de um filho que ajudou a nascer e que conheceu nos primeiros minutos de vida.

Segundo Néné e colaboradores (2016), o trabalho de parto pode ser dividido em quatro estádios bem definidos. Estes estádios, que iremos aprofundar ao longo deste capítulo, são a extinção e dilatação do colo uterino, que decorre desde o início das contrações uterinas e termina com a dilatação completa do colo; o período expulsivo, que começa com a dilatação completa do colo e termina com a expulsão do feto para o meio extrauterino; a dequitação, que decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta e membranas; e a hemóstase, que decorre desde a expulsão da placenta e membranas até duas horas após o parto (Graça et al, 2018). A duração dos estádios difere entre nulíparas e múltiparas, como pode ser verificado no quadro 8, porém estes valores podem sofrer alterações por fatores como a ansiedade materna, a anestesia e a posição que a parturiente adota (Barros, 2006).

	Nulípara	Múltipara
1ª Estádio		
Duração da fase latente	Até 20 horas	Até 14 horas
Duração da fase ativa	>1,2 cm/hora	>1,5 cm/hora
Duração da fase de desaceleração	Até 3 horas	Até 1 hora
Duração da descida da apresentação	>1 cm/hora	>2 cm/hora
2º Estádio	Até 45-60 minutos	Até 15-20 minutos
3º Estádio	Até 30 minutos	Até 30 minutos

Fonte: Graça et al, 2018, p.223

Quadro 8 - Duração dos estádios do trabalho de parto

Segundo a FAME (2007), a definição dos diferentes estádios do TP é importante, uma vez que permite evitar intervenções desnecessárias ou injustificadas como a amniotomia, a estimulação com ocitocina ou a monitorização contínua que podem levar a estados de ansiedade e falsas expectativas no casal.

Primeiro estágio do trabalho de parto - Extinção e Dilatação do colo

O primeiro estágio do trabalho de parto, que é caracterizado pela extinção e dilatação do colo do útero, isto é, pelas alterações cervicais provocadas pela contratilidade uterina e

pressão hidrostática intra amniótica, enquanto as membranas estão íntegras, e ainda pela pressão exercida pela apresentação fetal, após a rotura das membranas amnióticas, contribuindo para um encurtamento do colo e aumento do diâmetro do orifício cervical (Graça et al, 2018). Tem início quando se instalam contrações uterinas frequentes, rítmicas e com sensação dolorosa (Néné et al, 2016).

Pelas características que apresenta, o primeiro estágio do TP pode ser dividido em duas fases, a fase latente e a fase ativa. A fase latente é a primeira fase do trabalho de parto, que tem início com as contrações uterinas frequentes e regulares e estende-se até aos três centímetros de dilatação do colo uterino. Esta fase é assim denominada por ser a fase mais lenta do trabalho de parto (Oliveira et al, 2019). A fase ativa tem início quando o cérvix atinge os quatro centímetros de dilatação, em mulheres com contrações regulares (Østborg et al, 2017), atingindo em média a dilatação de um centímetro por hora, e ocorrendo simultaneamente a descida da apresentação fetal (Néné et al, 2016). A correta identificação destas fases é importante, pois o internamento precoce da mulher, em período de fase latente de trabalho de parto, pode levar a um aumento da administração de ocitocina exógena, da elevação da taxa de cesarianas, do aumento da taxa de líquido amniótico tingido com mecónio, da taxa de índice de Apgar ser inferior a sete ao quinto minuto e, ainda, à necessidade de reanimação do RN e da respetiva transferência para unidades de cuidados intensivos neonatais (Hanley et al, 2016).

Durante a fase latente as parturientes eram habitualmente acolhidas numa das camas da unidade de expectantes e os cuidados destas eram distintos dos cuidados das parturientes em fase ativa. Nesta fase as mulheres tinham mais autonomia, era-lhes permitida e incentivada a deambulação, quando estas apresentavam uma dilatação cervical inferior a quatro centímetros, com membranas amnióticas íntegras e contrações uterinas irregulares e sem sensação dolorosa, após avaliação da FCF intermitente. Segundo Ferrão e Zagão (2017) a deambulação e a permanência em posição vertical são importantes para a fase latente do TP, uma vez que: facilita os mecanismos de encravamento e descida fetal, pela força gravitacional; permite o relaxamento do períneo e dos ossos sacroilíacos, de modo a aumentar os diâmetros da bacia; promove a produção de ocitocina pela pressão que a apresentação fetal exerce no fundo uterino, resultando em contrações mais eficazes; reduz o risco de hipotensão materna e assegura as trocas materno-fetais, diminuindo o risco de sofrimento fetal, pela não compressão da artéria aorta e veia cava atua como forma de distração dos desconfortos inerentes ao TP, permitindo assim uma sensação de controlo e satisfação à mulher.

A partir do momento em que as mulheres apresentavam dilatação cervical igual ou superior a quatro centímetros e/ou com sensação dolorosa, passavam diretamente à box onde ficariam até ao período expulsivo, para a realização de analgesia epidural que, dependendo da terapêutica utilizada, ficariam impedidas da deambulação pelo bloqueio motor e pelo

risco de queda. Quando as mulheres apresentavam rotura das membranas amnióticas, era-lhes negada a deambulação pelo risco de prolapso do cordão umbilical.

O diagnóstico da fase latente e da fase ativa do TP era feito através da avaliação da dinâmica uterina e da dilatação cervical, porém, a avaliação desta transição não é linear, uma vez que este diagnóstico dependente da sensibilidade do profissional que avalia, subjetiva e propícia a erros, principalmente numa fase inicial da dilatação (Bregar et al, 2016), mas também porque a sua definição na literatura não é coesa, dado que artigos recentes defendem que a fase ativa não começa antes dos 6 cm de dilatação (Hanley et al, 2016). Durante esta fase do TP é importante a avaliação da dinâmica uterina e o seu registo quanto à frequência, duração e intensidade, a monitorização da frequência cardíaca fetal e da sua reação às contrações uterinas, bem como a avaliação de perda de líquido amniótico ou sangue (Nascimento et al, 2017).

O exame vaginal é um método importante na avaliação do progresso do trabalho de parto, uma vez que permite definir a dilatação e as características do colo uterino, a apresentação, atitude e posição fetal, o estado e as características das membranas e do líquido amniótico e as características da bacia materna (Ataide et al, 2016). É um exame invasivo que pode causar dor e desconforto físico e emocional (El-Moniem e Mohamady, 2016), mas também se pode associar, pela sua frequência, a infeções intraparto (OMS, 2015) e a edema do colo (Barros, 2006).

As recomendações da OMS (2015) relativamente ao exame vaginal orientam para a avaliação a cada quatro horas, em mulheres de baixo risco, devendo ser efetuada com luvas esterilizadas e, preferencialmente, sempre pelo mesmo avaliador (El-Moniem e Mohamady, 2016). Na prática clínica cumpriu-se esta recomendação, uma vez que sem queixas algicas significativas ou sem alterações ao nível do traçado cardiotocógrafo, as mulheres eram avaliadas cumprindo-se o período desde a última avaliação. De modo a promover boas práticas, a mulher era informada acerca da necessidade da avaliação, era pedido o seu consentimento, era realizada a higienização das mãos e calçadas luvas esterilizadas, pedindo-se-lhe para relaxar e respirar fundo durante todo o procedimento, de modo a que a intervenção fosse o mais breve e o menos dolorosa possível. Após cada exame vaginal eram prestados cuidados de higiene perineal para conforto.

O consentimento informado da mulher torna-se importante numa prática que expõe a sua intimidade, e a falta de explicação e não autorização para a realização de procedimentos pode ser considerado pela mulher como violência obstétrica (Almeida et al, 2018). A violência obstétrica, que surge no contexto da humanização do parto, é qualquer procedimento que ocorra durante o ciclo gravídico-puerperal sem o consentimento explícito e informado da mulher e que possa pôr em risco os seus direitos (Andrade et al, 2016). A violência obstétrica pode ser: física, quando são realizados procedimentos invasivos não justificados ou sem consentimentos; psíquica, quando há desumanização e humilhação no

tratamento à mulher; ou sexual, quando a intimidade e o pudor da mulher são violados (Guiraldello et al, 2019). Durante todo o contexto de estágio foi possível acompanhar um grande número de enfermeiras e observar as suas rotinas e metodologias de trabalho, e de uma maneira geral, todas elas explicavam os procedimentos às parturientes, mantendo-as informadas sobre a sua situação e o porquê de estes precisarem de ser feitos, pediam autorização antes de qualquer intervenção, e tinham sempre em consideração a privacidade e o conforto da mulher.

Neste estágio do TP fazem ainda parte da assistência da EESMO a observação, avaliação, intervenção e registo os seguintes parâmetros: Sinais vitais, dinâmica uterina, FCF, estado da bolsa e líquido amnióticos, nutrição e hidratação oral e parental, controlo da dor e técnicas de relaxamento, eliminação vesical e intestinal e cuidados de higiene (Barros, 2006).

A avaliação dos sinais vitais era feita por rotina no início de cada turno, podendo no turno da noite ser avaliada no início e no final do turno, com exceção se houvesse justificação para uma avaliação extra. Esta rotina não vai de encontro com aquilo referido por Montenegro e colaboradores (2014), em que a avaliação da temperatura, frequência cardíaca e tensão arterial devem ser realizadas a cada quatro horas, quer na fase latente, quer na fase ativa do TP. A monitorização de qualquer um destes parâmetros é importante pois uma alteração ao nível de qualquer um deles pode ser indicador de um desvio à evolução normal do TP, isto é, um aumento da temperatura pode estar relacionado com uma infeção, um aumento ou diminuição da TA podem prever um estado de eclâmpsia ou hipotensão materna, respetivamente e a avaliação da frequência cardíaca materna pode ser um indicador de bem estar físico e emocional da grávida (FAME, 2007). A única exceção verificada na prática foi relativamente às mulheres já submetidas a analgesia epidural, uma vez que, dependendo da metodologia de trabalho do anestesista, estas ficavam monitorizadas continuamente para a frequência cardíaca e era feita uma avaliação automática da TA a cada 10/15 minutos na primeira hora, e a cada uma a duas horas até ao período expulsivo. A temperatura era avaliada mais que uma vez ao turno, em situações de taquicardia fetal, o que ia de encontro com aquilo descrito por Ayres-de-Campos e colaboradores (2015) que referem a interferência da pirexia materna como causa frequente de taquicardia fetal e da sua possibilidade de estar associada a uma infeção intrauterina, ou a uma subida de temperatura provocada pela analgesia epidural.

A auscultação da FCF é um fator integral e vital para providenciar cuidados com qualidade, e deve ser avaliada a cada 15/30 minutos no primeiro estágio do TP e a cada cinco minutos no segundo (WHO, 2018). Na realidade clínica do NP, a auscultação da FCF era avaliada intermitentemente nas grávidas na fase latente do TP ou nas grávidas em início de processo de indução de TP, com uso do eletrocardiógrafo, isto é, era avaliada por um período mínimo de 20 minutos, sempre que estas se encontravam em repouso, normalmente no início do turno, para avaliação geral do estado da grávida, e eram retirados os transdutores para

deambularem pelo serviço e para as refeições. As grávidas em fase ativa de trabalho de parto, que muitas vezes coincidia com a administração da analgesia epidural, eram monitorizadas continuamente. Atualmente, as evidências científicas que comparam os benefícios da monitorização contínua comparativamente com a auscultação intermitente da FCF, são inconclusivas, porém, muitos peritos acreditam que a monitorização contínua do CTG deve ser considerada em todos os casos em que existe risco de hipoxia fetal, por condições maternas, como: hemorragia vaginal ou febre; crescimento fetal anormal; analgesia epidural; LA tingido com mecônio; ou contratilidade uterina aumentada por indução do TP (Ayres-de-Campos et al, 2015). Muitos profissionais de saúde consideram que o CTG oferece segurança (WHO, 2018), mas este nunca deve ser visto como um substituto de uma boa avaliação clínica, ou como um motivo para deixar a parturiente sozinha durante o TP (Ayres-de-Campos, 2015).

A bolsa amniótica, que é formada por duas membranas, uma interna (âmnio) e uma externa (córion), contendo o líquido amniótico, tem a função de proteger o feto durante a gravidez. Durante o decorrer do TP, as membranas podem romper espontaneamente, eliminando o líquido amniótico através de jato ou escorrência. Quando isso não acontece, estando presentes as condições e indicações necessárias, pode ser realizada a rotura artificial das membranas (RAM), ou amniotomia (Posner et al, 2014). As indicações e as condições necessárias para a RAM podem ser observadas no quadro 9.

Indicações	Condições
FCF atípica ou anormal	TP em progresso com CU regulares e alterações cervicais
Detetar presença de mecônio	Colo extinto e com dilatação >3 cm
Uso de elétrodo de CTG interno	Apresentação fetal apoiada, com pressão sobre o colo do útero
Induzir ou aumentar o TP	Grávida sem infeção herpes-vírus simples genital ativa ou alta carga viral de HIV

Fonte: Posner et al, 2014, p.118-119

Quadro 9 - Indicações e condições para RAM

A rotura artificial das membranas, deverá apenas ser feita com o objetivo de proteger o feto da pressão exercida pelo colo do útero, após este estar completamente dilatado (Graça, 2018) e nunca com o objetivo de encurtar a duração do TP, uma vez que não existe evidência de que os potenciais benefícios da intervenção ultrapassem os potenciais prejuízos, uma vez que uma RAM prematura pode aumentar o risco de infeção (WHO, 2018). Esta prática deverá estar reservada a mulheres com uma progressão anormal do parto, após a obtenção de um consentimento informado, uma vez que após a RAM as dores provocadas pelas contrações tendem a aumentar, por estas serem mais intensas e frequentes, e a prática pode, inclusive, levar a um aumento da taxa de cesariana e a alterações cardiotocográficas (FAME, 2009). Na prática clínica, a amniotomia era realizada em situações de diminuição do ritmo normal do TP, com dilatação cervical superior a quatro centímetros, com uma apresentação fetal

bem apoiada no colo do útero, de forma a contribuir para contrações mais eficazes, conforme aquilo descrito na literatura.

A nutrição e hidratação oral durante o trabalho de parto, segundo a FAME (2009), deve ser permitida em mulheres de baixo risco, uma vez que, atualmente, não existem evidências que justifiquem o jejum como rotina institucional, e a prática pode resultar em desidratação e aumento da cetonúria. Como tal, deve ser permitido à mulher uma dieta leve ou pequenas ingestões em intervalos frequentes. Tal como acontece na grande parte das instituições de parto, no núcleo de partos do CMIN era apenas permitida a ingestão de água ou chá açucarado, assim que as mulheres estivessem numa fase ativa do trabalho de parto ou após a administração da analgesia epidural. Este tema irá ser aprofundado no capítulo seguinte, com uso de uma revisão da literatura.

Relativamente aos cuidados de higiene, era permitido e incentivado, à mulher que deambulava, banhos no chuveiro do serviço, uma vez que, para além de serem uma forma de promoção de conforto como cuidado de higiene, o uso da água quente durante a dilatação induz o relaxamento, reduz a ansiedade, melhora a perfusão uterina e aumenta a sensação do controlo da dor (FAME, 2009). A tricotomia perineal, como cuidado de higiene, não está recomendada como rotina (WHO, 2018). Na prática clínica esta intervenção não se utiliza. Tal como acontece com a tricotomia, a aplicação de enema de limpeza está desaconselhada como prática de rotina, uma vez que não está associado a qualquer benefício para o TP e pode provocar desconforto na mulher (WHO, 2018). Esta prática só era utilizada no serviço por um número muito reduzido de parteiras, normalmente numa faixa etária mais avançada, e não rotineiramente pela maioria das parteiras, a não ser que a mulher demonstrasse vontade para tal.

Quando o trabalho de parto não progride durante um certo intervalo de tempo, quer por motivos mecânicos (condições fetais ou maternas que impeçam a descida da apresentação fetal) ou dinâmicos (contratilidade uterina disfuncional), define-se como trabalho de parto estacionário (Montenegro et al, 2014). Quando estamos perante um trabalho de parto estacionário ou prolongado o mais importante é a identificação dos sintomas, de modo a perceber o motivo do atraso da progressão. As características do TP estacionário são: contrações uterinas menos intensas, frequentes e mais curtas em duração, ou sem alteração ao longo do TP; ausência alterações cervicais; TP menos doloroso ou de mais fácil gestão pela mulher (Simkin et al, 2017). Nos casos de TP prolongado é importante a manutenção da intensidade das CU e a estimulação cervical com o uso da ocitocina, ao fim de quatro horas, com CU com intensidade adequada ou ao fim de seis horas nas parturientes em que não se consegue manter um nível contrátil adequado, deverá ser considerada a cesariana, isto quando o CTG é tranquilizador, caso este pressuposto não se verifique a cesariana deve ser considerada de imediato (Graça, 2018).

Ao contrário do TP estacionário, pode ocorrer o TP e parto precipitados, isto é, quando o trabalho de parto tem uma duração inferior a três horas desde o início das contrações até ao período expulsivo, e este tem uma duração inferior a 20 minutos. O TP precipitado está associado a uma probabilidade aumentada de laceração do trajeto de parto e hipotonia uterina e, conseqüentemente, hemorragia pós-parto (Freitas et al, 2011). O TP precipitado pode ocorrer quando há baixa resistência das partes moles do canal de parto, quando há hiperestimulação uterina, natural ou farmacológica, ou quando a parturiente não tem percepção de dor aquando as CU. Quando o TP progride rapidamente, poderá ser necessário a interrupção da terapêutica ocitócica, a sedação da parturiente e, eventualmente, a administração de fármacos tocolíticos (Graça, 2018).

Segundo estágio do trabalho de parto - Período expulsivo

O segundo estágio do trabalho de parto, que se define como o período compreendido entre a dilatação cervical completa e a expulsão do feto para o meio extrauterino, pode ser dividida em duas fases, a passiva e a ativa. Na fase passiva do segundo estágio do trabalho de parto o colo do útero está completamente dilatado, mas por a apresentação fetal ainda não se encontrar ao nível do assoalhado pélvico, não existe urgência para os esforços expulsivos voluntários (esforços voluntários dos músculos abdominal, torácico e diafragmático) ou involuntários (contrações uterinas). Na fase ativa, pela pressão exercida pela apresentação fetal, a mulher sente urgência para os esforços expulsivos e deve ser orientada para estes. Os esforços expulsivos podem ser incentivados independentemente do plano em que a apresentação se encontre, quando o CTG não é tranquilizador (Posner et al, 2014). De modo a diferenciarmos estas duas fases, deverá ser utilizado o exame vaginal, de modo a avaliar a estática fetal e a identificação dos planos de Hodge.

A avaliação da estática fetal, que se define como a relação entre o feto, o útero e a bacia e inclui definições como: atitude, situação, apresentação, ponto de referência, posição e variedade (Nené et al, 2016), através do exame vaginal foi um fator desafiante durante todo o período de estágio, pois muitas vezes a identificação do ponto de referência era dificultada pela posição em que o feto se encontrava, mas felizmente, as oportunidades para melhorar esta técnica forma várias e o apoio de todas as enfermeiras foi fundamental para o aperfeiçoamento desta prática. As definições dos termos da estática fetal podem ser verificadas no quadro 10.

Atitude	Relação das partes fetais entre si. Pode ser de extensão ou flexão.
Situação	Relação entre o maior eixo materno e fetal. Pode ser longitudinal, transversa ou oblíqua.
Apresentação	Parte fetal que se situa no estreito superior da pelve. Pode ser cefálica, nádegas ou ombros.
Ponto de referência	Parte fetal identificável pelo toque vaginal e que é utilizado para identificar a posição e a variedade. Pode ser a escama do occipital na apresentação cefálica, o mento na de face ou o sacro na de nádegas.

Posição	Relação do ponto de referência fetal com a pélvis materna. Pode ser esquerda ou direita, anterior ou posterior.
Variedade	Relação do ponto de referência fetal com os pontos de referência da bacia materna. Pode ser púbis, sacro, eminência iliopectínea direita ou esquerda, anterior ou posterior.

Fonte: Nené et al, 2016, p.312-313

Quadro 10 - Estática fetal

A identificação dos planos de Hodge, que têm como objetivo determinar a descida da apresentação fetal, dividem em quatro os planos de ligação anatómicos, relacionando-os com o vértice da apresentação, foi outra avaliação que foi desafiante durante o estágio de natureza profissional, porém, não tão difícil de identificar quanto a estática fetal, uma vez que os pontos identificativos eram, muitas das vezes, de mais fácil de compreensão. Assim consideramos os seguintes planos:

- Primeiro plano de Hodge - Entre o bordo superior da sínfise púbica e o promontório;
- Segundo plano de Hodge - Entre o bordo inferior da sínfise púbica e entre a primeira e segunda articulação do sacro;
- Terceiro plano de Hodge - Ao nível das espinhas isquiáticas;
- Quarto plano de Hodge - Entre o vértice do cóccix e partes moles (Nené et al, 2016).

A progressão e comportamento do feto ao longo dos diferentes planos, de modo a que este se acomode e adapte aos diâmetros pélvicos, dá-se o nome de mecanismo do trabalho de parto. Numa apresentação cefálica estes são divididos nos seguintes movimentos cardinais: Encravamento ou insinuação; Descida; Flexão; Rotação interna; Extensão; Rotação externa e Expulsão (Nené et al, 2016).

A insinuação é o mecanismo pelo qual o maior diâmetro transversal, o biparietal, atravessa a entrada pélvica e pode ocorrer durante as últimas semanas de gestação ou apenas após o início do TP. Quando a cabeça do feto se acomoda transversalmente à entrada da pelve é denominado de assinclitismo e este pode ser anterior, quando a sutura sagital se aproxima do promontório sacral, ou posterior, quando esta se aproxima da sínfise. A descida, requisito fundamental para o nascimento, inicia-se com a insinuação e é promovida pela pressão do líquido amniótico, do fundo uterino, dos esforços maternos e da extensão e retificação do corpo fetal e ocorre após o início do segundo estágio do TP. A flexão ocorre quando a cabeça fetal encontra resistência, fazendo com que o queixo do feto fique em contacto direto com o tórax, permitindo uma diminuição dos diâmetros fetais. A rotação interna consiste na rotação da cabeça, de modo a que a zona occipital se movimente no sentido da sínfise púbica, e é essencial para o TP. Durante a extensão, apresentação fetal pressiona o assoalhado pélvico, o que faz com que esta seja redirecionada para a vulva e gradualmente possa emergir sobre a borda anterior do períneo, terminando com a expulsão da cabeça. Após a expulsão da cabeça fetal ocorre a restituição ou a rotação externa, que corresponde à rotação do corpo fetal, e tem como objetivo adaptar o diâmetro biacromial à pelve,

ficando um ombro na posição anterior e outro na posição posterior. Assim que o ombro anterior aparece sob a sínfise púbica o períneo distende sob o ombro posterior e o resto do corpo passa rapidamente, ocorrendo assim a expulsão (Cunningham et al, 2016).

A conduta da EESMO no segundo estágio do TP tem como princípio fundamental estabelecer o bem-estar materno e fetal. Desta forma é necessária a utilização do exame vaginal de forma a identificar a posição e situação fetal e verificar se não há fatores que dificultem a progressão fetal, como por exemplo a presença de globo vesical (Posner et al, 2014).

A mulher, dependendo da fase do TP em que se encontrava, adotava certas posições de conforto. Este posicionamento tem uma componente histórica, uma vez a posição que a mulher adota durante o TP foi alterada com a medicalização do parto no século XVII, deixando de ser escolhida de forma instintiva e passando a ser decidida pela necessidade de práticas invasivas e conforto dos profissionais, isto é, de posições verticais para posições litotômicas (Sousa et al, 2018). Define-se como posição vertical, qualquer posição em que haja um ângulo superior a 45° entre o tronco e os membros inferiores, como acontece na posição de sentada, cócoras, de quatro apoios e de pé (Néné et al, 2016).

As posições verticais têm vários benefícios, como por exemplo: redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto, pela acomodação do feto e pelo aumento dos diâmetros pélvicos; redução de práticas invasivas, como partos instrumentados e episiotomia; diminuição de alterações a nível da FCF, pela não compressão da veia cava; contrações uterinas mais efetivas e menos dolorosas (Sousa et al, 2018).

A posição a adotar deverá ser escolhida de acordo com as preferências e capacidades da parturiente, uma vez que todas elas têm vantagens e desvantagens, como podemos verificar no quadro 11.

Posições		Vantagens	Desvantagens
Vertical	De pé	> Diâmetros pélvicos < Partos instrumentados < Número de episiotomias < Dor na expulsão < Padrões anormais na FCF > Liberdade de movimentos Ajuda da gravidade Contrações de maior intensidade	> Lacerações perineais Sobrestimação da hemorragia
	Cócoras	Mesmas vantagens que em pé	Mesmos inconvenientes que em pé Em nulíparas: mais trauma e maior incidência de lacerações de III grau Resultados perineais mais desfavoráveis para as nulíparas
	Cadeira de Parto	Mesmas vantagens que em pé	Mesmos inconvenientes que em pé
Quatro apoios	Mãos-pés Mãos Joelhos	Favorece a rotação fetal em apresentações posteriores Favorece a descida fetal Menores traumas perineais	Recusa cultural da mulher
Decúbito lateral (Sims)		Taxa mais alta de períneos intactos Melhores resultados perineais Previne a síndrome de compressão da veia cava Mais liberdade de movimentos Maior intensidade e menor frequência das contrações	
Semi-sentada		Abre o estreito pélvico Melhor para a dor lombar que a posição de litotomia Adequada para o uso de epidural	Uso parcial da gravidade
Litotomia		Adequado para partos instrumentados Comodidade do profissional Facilidade para a colocação do CTG	Mais episiotomias Menor liberdade de movimentos Obstrói o estreito inferior

Fonte: FAME, 2007, p.88

Quadro 11 - Vantagens e desvantagens das diferentes posições para o período expulsivo

O decúbito dorsal, apesar das evidências que defendem que este deve ser evitado no parto, continua a ser o mais utilizado, pela conveniência para o profissional que conduz o parto, mas também pelo uso da analgesia epidural, monitorização fetal contínua e perfusões endovenosas, que limitam os movimentos da parturiente. Apesar de se verificar uma incidência aumentada de lacerações perineais de segundo ou terceiro grau na posição de cócoras, existem revisões atualizadas em 2017 em que se descorrobora esta afirmação, uma vez que é importante considerar não só a posição, mas os restantes fatores de risco para laceração perineal, como idade materna, perímetro cefálico, IG, TP prolongado, variedade e estimulação com ocitocina (Torres et al, 2018).

Na prática clínica, o que foi por nós verificado, foi a utilização de várias posições para a promoção da descida da apresentação, principalmente a posição de Sims, a semi-sentada na

cama e a de quatro apoios, quando a mulher demonstrava interesse, mas assim que a apresentação estivesse apoiada, a mulher era novamente colocada na posição litotômica para o período expulsivo.

Para além da posição adotada pela mulher durante o trabalho de parto, o trauma perineal, ou laceração do períneo, que é definido como a perda da integridade dos tecidos pélvicos e perineais provocado pela força exercida pela apresentação fetal durante o segundo estágio do trabalho de parto (Beleza e Nakano, 2004), pode ser causado por outras causas maternas e fetais que justificam estas ruturas do períneo, elas são: partos precipitados; aplicação de manobras de pressão excessiva no fundo uterino; incapacidade de controlar os esforços expulsivos; edema do períneo; varicosidades do pudendo; arcos púbicos estreitos; episiotomia; RN grande; RN em posição anómala; partos pélvicos; extrações com fórceps; distocia de ombro; anomalias congénitas (Posner et al, 2014).

Dependendo dos tecidos que afeta, as lacerações perineais podem ser classificadas em diferentes graus. Posner e colaboradores (2014), fazem esta divisão em três graus. A de primeiro grau é aquela que afeta a mucosa vaginal, fúrcula e pele do períneo. São ruturas pequenas em tamanho e de fácil correção, sendo apenas necessária a aproximação dos tecidos com pontos simples e pouco tensos, de modo a não provocar desconforto à mulher. Na laceração de segundo grau, para além de haver uma rotura mais profunda dos tecidos anteriores, pode ocorrer rutura do tecido muscular, frequentemente, a nível da linha média, em direção ao esfíncter anal. A sua correção é feita em camadas, sendo primeiro necessária a aproximação da mucosa e tecido muscular antes de aproximação das bordas cutâneas. As lacerações de terceiro grau estendem-se até ao esfíncter anal e este pode ser parcial, quando este apenas está rompido, ou completa, quando há comprometimento da parede retal. Esta última classificação é ainda conhecida como laceração de quarto grau. Face ao que acontece com as lacerações de segundo grau, a correção tem que ser feita por etapas, sendo necessário primeiro a correção da parede do reto, quando necessário, da fásia e do esfíncter retal, e só depois da mucosa e musculatura vaginal, e por fim da derme. É ainda importante o acompanhamento das puérperas com laceração de terceiro grau, para que estas tenham a devida analgesia, cuidados de higiene adequados, dieta pobre em resíduos e, se necessário, a estimulação do trânsito intestinal. A correção de lacerações deve ser feita com uso de um fio de absorção rápida, tamanho 2/0, sendo o primeiro ponto inserido acima do ápex da lesão (Montenegro et al, 2014).

O risco de laceração pode ser diminuído através de massagens perineais e da proteção do períneo durante o período expulsivo. As massagens são feitas aplicando uma pressão média com dois dedos e fazendo movimentos firmes da direita para a esquerda, nos tecidos vaginais com bastante lubrificante. A proteção do períneo consiste na colocação da mão na zona anterior do períneo, de forma manter um controlo da flexão durante a expulsão fetal. A manobra de Ritgen, que consiste na libertação manual do mento fetal com uma mão enquanto a outra apoia a apresentação, não está recomendada por falta de evidência, e por

ser uma prática menos confortável para a parturiente, em comparação com as duas anteriores (WHO, 2018).

Enquanto que as lacerações mais simples cicatrizam rapidamente e sem necessidade de intervenção, as lacerações mais extensas que necessitam de correção, podem levar a problemas como dor, hemorragia, infecção, dispareunia, fistulas e incontinência urinária ou retal e prolapso genital. De modo a prevenir estas complicações pode ser ponderado o uso da episiotomia. A episiotomia é o corte cirúrgico dos tecidos vaginais e perineais, com o objetivo de aumentar o canal vaginal em situações em de: iminência de laceração perineal severa; segundo estágio de TP prolongado; distocia de ombros; parto instrumentado e CTG não tranquilizados (Jiang et al, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018), a episiotomia não deve ser utilizada por rotina, uma vez que não existe evidência científica que comprove que o seu uso previna eficazmente as complicações referidas anteriormente, podendo ainda ocorrer uma extensão da episiotomia durante o parto, resultados anatómicos insatisfatórios e assimetrias, prolapso vaginal, fístulas, hemorragia aumentada, hematoma, dor, infecção e dispareunia, como tal, o seu uso deve ser bem ponderado (Rocha et al, 2019). A sua prática seletiva reduz até 30% a incidência de trauma perineal grave, e consequentemente a necessidade de suturas, e apresenta mais benefícios do que danos potenciais, como tal, está preconizado pela OMS que a taxa de episiotomia seja inferior a 10% (Nunes et al, 2019).

Apesar de a episiotomia ser uma intervenção normalmente bem aceite pelas mulheres, porque associam como necessário ao bom progresso do seu trabalho de parto, esta muitas vezes é realizada sem o consentimento informado da parturiente, que deve ser orientada para os riscos e benefícios, e autorizar atempadamente a sua realização (Pompeu et al, 2017).

O que foi por nós verificado na prática clínica é que as enfermeiras atuavam conforme o que está descrito na literatura, utilizando as massagens do períneo durante a descida da apresentação e bastante lubrificação, de modo a diminuir o risco de laceração perineal, e após avaliação das condições do períneo, como elasticidade e coloração, era ponderado o uso da episiotomia. A parturiente era informada da possibilidade de uma laceração e era pedido autorização para a realização de episiotomia, de modo a que o corte fosse controlado, aí a mulher aceitava ou não que a intervenção fosse conduzida, falhando apenas no timing em que o consentimento informado era pedido, porém, a maioria das mulheres tinham aulas de preparação para o parto e estavam informadas acerca dos riscos e benefícios da intervenção.

Outra intervenção controversa utilizada para acelerar o segundo estágio do TP é a pressão do fundo uterino, ou manobra de Kristeller. A manobra de Kristeller é uma intervenção que pode resultar em várias complicações como distocia de ombros, acidose fetal, fratura de costelas maternas, laceração perineal severa, rotura uterina, dispareunia, incontinência

urinária e outras lesões do assoalhado pélvico. Estaria indicada nas situações de stress fetal, exaustão materna ou distocia, porém, não existe evidência científica suficiente que justifiquem os benefícios da manobra (Youssef et al, 2018). Na prática clínica esta manobra está em desuso, porém foi verificada algumas vezes em situações de partos distócicos com CTG não tranquilizadores, realizada maioritariamente por médicos obstetras.

Aquando a expulsão da cabeça, para além da proteção do períneo, era sempre verificado a presença de circulares de cordão umbilical. As circulares do cordão umbilical são assim definidas quando o cordão está em redor no pescoço do feto, e ocorrem entre 10-29% dos fetos. A maioria não está associada com morbidade e motilidade fetal, porém, quando apertadas, podem levar a complicações como asfixia, hipovolémia, acidose metabólica e anemia (Pessay, 2017). A atitude a adotar nas situações de circulares de cordão é passar a circular sob a cabeça do feto antes da expulsão do corpo, ou se esta não for possível, clampar e cortar o cordão (Mariya et al, 2018).

Após o nascimento era realizadas massagens para estimulação do RN e este era colocado no abdómen materno, era verificado o relógio, para confirmar a hora do parto e para controlar o tempo para a clampagem e laqueação do cordão umbilical, a qual nunca era feita antes do primeiro minuto de nascimento, ou até o cordão parar de pulsar. Esta prática vai de encontro com aquilo preconizado pela OMS (2013), que refere que após a expulsão do feto é aconselhável aguardar um a três minutos até à clampagem do cordão, uma vez que o clampeamento tardio do cordão tem vários benefícios, entre eles, o aumento das reservas de ferro, a redução da hemorragia intraventricular, a diminuição do risco de enterocolite necrosante, a diminuição do risco de sepse infantil e a diminuição da necessidade de transfusões sanguíneas. Assim, as orientações clínicas da OMS na clampagem do cordão umbilical são: colocar o bebé no abdómen materno após a expulsão e prestar os cuidados imediatos de secagem e a avaliação da respiração; aguardar um a três minutos ou até o cordão parar de pulsar para clampar o cordão. O clampeamento precoce só deve ser realizado nos casos em que o RN necessitar de reanimação com ventilação de pressão positiva. Para além de aumentar as reservas de ferro, o clampeamento tardio do cordão umbilical pode aumentar o risco de hiper bilirrubinemia, porém, trata-se apenas de um aumento de 2,74%, nos bebés que receberam clampeamento precoce, para 4,36% nos bebés que receberam clampeamento tardio, por isso não existe um risco aumentado de icterícia grave (OMS, 2013).

Os cuidados imediatos ao recém-nascido são essenciais para a sua adaptação à vida extrauterina, dentro destes cuidados é importante a sua estabilização e avaliação (Nené et al, 2016). Dentro da estabilização do recém-nascido temos os seguintes procedimentos:

- Manutenção das vias aéreas - Num parto vaginal as secreções são conduzidas para fora da orofaringe através da gravidade, obtida ao manter o RN numa posição lateral, e da tosse. Quando temos excesso de muco a obstruir as vias

aéreas deve ser considerada a necessidade de aspiração, nunca por rotina num bebê com choro vigoroso;

- Termorregulação eficaz - A exposição do RN ao frio leva ao aumento de oxigênio e glicose numa fase de instabilidade, é por isso importante a manutenção de uma temperatura entre os 36 e os 37°C. Isto pode ser feito através do contacto pele a pele, da secagem da pele com panos ou mantas aquecidas, que devem ser substituídos assim que húmidos, ou fontes de calor. O primeiro banho, quando não existe risco de infeção, deve ser efetuado após as primeiras 24 horas de vida;
- Prevenção de infeções - A prevenção de infeções no RN é feita através da laqueação do coto umbilical com material esterilizado, e da observação e prestação de cuidados contínua do mesmo, por se tratar de um meio propício ao desenvolvimento bacteriano, pelo banho, nos casos de infeção ou suspeita de infeção materna por VIH, sífilis ou hepatite B, após estabilização da temperatura, e através da profilaxia ocular, isto é, a colocação de colírio nas pálpebras inferiores após a limpeza ocular com compressas limpas e soro fisiológico na primeira hora de vida;
- Prevenção de doenças hemorrágicas - Pelo risco que o RN apresenta de alterações na coagulação e risco de hemorragia por défice de vitamina K, esta deve ser administrada no músculo vasto esquerdo através de uma injeção intramuscular (Nené et al, 2016).

Após o nascimento do bebê, quando não houvesse situações de urgência respiratória, este era colocado sobre o abdómen ou o peito da mãe. Esta prática está muito recomendada na literatura, como por exemplo, Moore e colaboradores (2016) referem como vantagens do contacto pele a pele entre o recém-nascido e a mãe: a termorregulação; atua como um estimulante vagal que através do toque e do cheiro levam a um aumento da produção de ocitocina que, conseqüentemente, diminuem o stress e aumenta a temperatura basal materna; estabilização do sistema cardiorrespiratório e dos níveis de glicose do RN; manutenção da capacidade de uma amamentação exclusiva mais eficaz e durante mais tempo, em comparação com as mães a quem não foi proporcionado este contacto, pelo aumento da confiança e do vínculo entre mãe e filho. Machado e colaboradores (2019) descrevem ainda que existe uma produção de ocitocina provocada pelo contacto pele a pele que é benéfica no terceiro período do TP, uma vez que ajuda na expulsão da placenta. A promoção do contacto pele a pele foi repetidamente verificada na prática clínica, uma vez que não era uma prática impeditiva dos restantes cuidados ao RN e era de fácil aplicação.

Era realizado a todos os recém-nascido a limpeza ocular com a colocação de pomada oftálmica e a administração de vitamina K, após informar a mãe e esclarecer para a sua importância. Segundo Majid e colaboradores (2019) existe uma deficiência de vitamina K nos recém-nascidos que se deve a uma carência do seu aporte através da placenta, ao atraso

da sua absorção provocado pela microflora intestinal e ao baixo déficit desta vitamina no leite materno, independentemente da dieta materna, por esse motivo esta deve ser administrada à nascença de modo a diminuir o risco hemorrágico.

A avaliação do recém-nascido consiste em dois parâmetros, na avaliação através do índice de Apgar e a avaliação física inicial. O índice de Apgar permite uma avaliação rápida da vitalidade do RN com base nos seguintes parâmetros: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, cor e irritabilidade reflexa. As avaliações são feitas ao primeiro, quinto e décimo minuto após o nascimento e classificadas segundo um score de zero a dez. Um score de zero a três traduz uma dificuldade de adaptação à vida extrauterina grave, de quatro a seis uma dificuldade moderada e de sete a dez significa que não houve dificuldade na adaptação. O índice de Apgar traduz a necessidade de cuidados imediatos de reanimação, mas não é preditivo de resultados neurológicos futuros (Nené et al, 2016). O quadro 12 descreve a distribuição dos scores pelos parâmetros observados para obter o índice de Apgar.

Sinais	Score		
	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	<100 bpm	>100 bpm
Respiração	Ausente	Fraca/Irregular	Forte/Choro
Tônus muscular	Flácido	Flexão de pernas e braços	Movimento ativo/Boa flexão
Cor	Cianótico/Pálido	Cianose das extremidades	Rosado
Irritabilidade reflexa	Ausente	Algum movimento	Espirros/Choro

Fonte: Nené et al, 2016, p.487

Quadro 12 - Índice de Apgar

A avaliação física inicial consiste na inspeção visual dos vários sistemas: sensitivo (olhos, palato e permeabilidade nasal), neurológico (movimento, reflexos e palpação das fontanelas), cardiorrespiratório (auscultação cardíaca e respiratória), gastrointestinal (observação do abdómen e auscultação intestinal), geniturinário (observação da genitália e perfusão anal), pele (coloração e integridade cutânea) e outras observações como a deteção de grandes malformações estruturais, que necessitem de intervenção médica imediata, bem como os parâmetros antropométricos, como o peso, altura e perímetro cefálico (Nené et al, 2016). Na prática clínica um pediatra estava presente na maioria dos partos e efetuava a avaliação física ao recém-nascido, na presença da enfermeira que estava presente para receber o recém-nascido e prestar os cuidados imediatos ao mesmo.

Existem desvios à normal progressão do trabalho de parto, esses desvios são denominados de distocias e são caracterizadas por trabalhos de parto que evoluem de forma lenta. As distocias resultam de quatro fatores fundamentais: forças expulsivas anormais; anomalias na apresentação, posição ou desenvolvimento fetal; anomalias ósseas da pelve ou anomalias nos tecidos moles (Cunningham et al, 2016). O parto distócico é então compreendido em três categorias: o parto pélvico, o parto vaginal instrumentado e a cesariana (Nené et al, 2016).

O parto pélvico é classificado como distócico por ser considerado uma distócica mecânica, uma vez que se trata de uma apresentação anormal. Porém esta classificação não deve ser considerada como adequada, uma vez que um parto pélvico não é uma anomalia, mas sim uma situação não comum que pode resultar num trabalho de parto normal e espontâneo, apesar da apresentação fetal. Um parto pélvico em que seja preferida a posição de quarto apoios em vez da posição de litotomia é significativamente mais rápido e seguro para o feto e para a mãe e com menor necessidade de intervenções como a episiotomia e deve ser considerado segundo bibliografia atual (Nené et al, 2016). As taxas de mortalidade perinatal associadas ao parto pélvico estimadas pelo *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG) e pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) são baseadas em estudos retrospectivos e presumem que estes são feitos na posição de litotomia, quando há estudos que comprovam que nas posições verticais existe uma diminuição significativa da necessidade de manobras e de uma redução em 42% do segundo período do TP (Leeman, 2020). Reconhecer as características da fisiologia de um TP pélvico permite evitar manipulações desnecessárias e potencialmente traumáticas (Reitter, 2019) e a presença de profissionais treinados permite que a mulher tenha poder e opção de escolha (Leeman, 2020). Na prática clínica os partos pélvicos continuam a ocorrer por cesariana eletiva, porém, tivemos a possibilidade de assistir a dois partos pélvicos de dois nados-mortos. A faculdade permitiu ainda a aprendizagem num modelo de ensino para todos os alunos que não tiveram a possibilidade de o fazer num contexto prático, de modo a que os conhecimentos estejam presentes.

O parto vaginal instrumentado é aquele em que é necessária a utilização de fórceps ou ventosa para auxiliar no período expulsivo em situações de: condição fetal não tranquilizadora; prolapso de cordão; suspeita de descolamento prematuro da placenta; falha da progressão da descida ou rotação da apresentação; período expulsivo prolongado; exaustão materna; outras complicações maternas como descolamento de retina ou hérnias abdominais. Para que seja aplicado um fórceps ou uma ventosa é necessário que a dilatação esteja completa, as membranas amnióticas rotas, que não haja impedimentos de trajeto, que a apresentação esteja insinuada e que não haja suspeita de desproporção feto-pélvica, para além disso é necessário um médico com conhecimento e habilidade na sua utilização, uma equipa de ressuscitação neonatal presente e que o bloco de cesarianas esteja preparado para a eventualidade de a aplicação não ser eficaz (Freitas et al, 2011).

Apesar de o uso da ventosa ser mais popular face ao uso do fórceps, que está a diminuir, quando comparamos os dois, o uso da ventosa está associado a menos traumas vaginais e perineais, mas podem resultar em taxas superiores de hemorragia da retina e hematoma cefálico fetal e o uso do fórceps, apesar de estar associado a lacerações do couro cabeludo, paralisia do nervo facial, lesão da córnea, fratura craniana e lesões cervicais, está associado a um menor número de falhas na aplicação e períodos expulsivos mais curtos (Machado e Neto, 2018), uma vez que, quando a aplicação da ventosa não é feita corretamente existe

o risco de descolamento, o que é comum quando o feto se encontra numa posição posterior (Kahrs et al, 2018). Na prática clínica foi verificado que os partos vaginais instrumentados eram maioritariamente utilizados em situações de exaustão materna, traçado de CTG fetal não tranquilizador ou em períodos expulsivos prolongados e eram realizados pelo médico obstetra, com uma prévia avaliação deste ou de uma enfermeira parteira, e o método preferencial era a ventosa.

A cesariana, procedimento cirúrgico desenvolvido com o objetivo de diminuir complicações maternas e fetais durante a gravidez e o parto, deve ser criteriosamente ponderado, pelos riscos associados. Um parto por cesariana tem um risco de mortalidade três vezes superiores a um parto vaginal, devido ao aumento do risco de hemorragia e de infeção, bem como um risco aumentado de placenta prévia, placenta acreta, rotura uterina e histerectomia peri parto nas gravidezes posteriores. Está ainda descrito que o início e manutenção do aleitamento materno exclusivo é duas vezes inferior nos recém-nascidos cujo parto decorreu por cesariana (Oliveira, 2013). As indicações para cesariana devem estar relacionadas com patologia materna ou anomalias fetais que contraindiquem o parto eutócico, patologias da gravidez como placenta prévia ou acreta, antecedentes de cirurgias uterinas, situação ou apresentação fetal anómala, gravidez múltipla, suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, tentativa frustrada de indução de TP, TP estacionário ou estado fetal não tranquilizador (Montenegro et al, 2014). Na prática clínica verificou-se um investimento por parte de toda a equipa nos partos vaginais e as indicações presentes na literatura para um parto cirúrgico eram cumpridas, sempre com consideração pela segurança da mãe e do feto. Aquando tomada a decisão médica de prosseguir para um parto por cesariana a parturiente era preparada e acompanhada para o bloco operatório. Era confirmada a presença de um acesso venoso funcionante, preenchida a *check list* operatória, confirmado se o consentimento informado estava assinado e era administrado citrato de sódio por via oral. O uso do citrato de sódio, antiácido, é referido na literatura como agente redutor da acidez gástrica sem afetar o volume gástrico, eficaz no pré-operatório (Salazar, 2013).

Com base na definição de distocia acima apresentada como desvio à normal progressão do trabalho de parto foi ainda considerada a discussão da distocia de ombros. A distocia de ombros acontece quando ocorre a expulsão da cabeça sem haver insinuação das espáduas, deixando o ombro anterior preso sob a borda superior da sínfise púbica, e é de fácil diagnóstico, uma vez que a cabeça do feto se retrai sob o períneo e permanece fixa à vulva, em vez de fazer a restituição. É uma situação de emergência obstétrica que pode evoluir para asfixia e óbito fetal (Sá e Oliveira, 2015).

As primeiras medidas a adotar num caso de distocia de ombros é suspender os esforços expulsivos maternos e requisitar ajuda, caso não estejam já presentes, de dois profissionais, bem com acionar a equipa de emergência e o bloco de partos. Todos os movimentos de tração da cabeça devem ser contínuos, progressivos e de média intensidade. As manobras de atuação dividem-se em externas, internas e de exceção. As manobras externas consistem

na manobra de *McRoberts* (hiperflexão das coxas sob o abdómen), que deve ser efetuada por dois ajudantes, em conjunto com a manobra de *Rubin I* (pressão suprapúbica), de forma firme e contínua, com o objetivo de rodar o ombro anterior na direção do tórax fetal. As manobras externas resolvem a maior parte das situações de distocia, mas devem ser abandonadas de após quatro minutos não haja resolução da situação e avançar para as manobras internas, que devem ser aplicadas pelo profissional mais experiente e com recurso de episiotomia, de modo a facilitar o acesso à cavidade vagina. As manobras internas incluem a manobra de rotação de *Woods* (rotação do ombro posterior) ou a manobra de *Rubin II* (rotação do ombro anterior), que têm como objetivo posicionar o diâmetro biacromial numa posição oblíqua, e por fim a extração do braço posterior, que consiste na flexão e extração do braço posterior para que este possa ser utilizado como uma alavanca para rodar o ombro na direção do tórax. No caso de todas as manobras anteriores falharem, a manobra de *Zavanelli*, que consiste na reintrodução da cabeça fetal na pelve e encaminhar para um parto por cesariana, ou a sinfisiotomia, estão descritas como manobras de último recurso. De modo a evitar lesões fetais, não deverão ser ultrapassados os oito minutos para a exteriorização dos ombros (Montenegro et al, 2014). Na prática clínica tivemos a possibilidade de presenciar um caso de distocia de ombros, foi uma situação indutora de stress, mas que foi rapidamente resolvida com as manobras externas, o que produziu uma sensação de tranquilidade e dever cumprido.

Terceiro estágio do trabalho de parto - Dequitação

O terceiro estágio do trabalho de parto, também conhecido como dequitação, é o período que compreende o descolamento, descida e expulsão da placenta, que é um processo essencial para a contração uterina e diminuição da hemorragia pós-parto (HPP), e que dura em média de 10 a 30 minutos, podendo ou não necessitar de medicação uterotónica (Sá e Oliveira, 2015).

A OMS (2013) recomenda uma gestão ativa desta fase do trabalho de parto, isto é, uma intervenção profilática que consiste em três etapas: a administração de uterotónicos imediatamente após o nascimento do RN; a tração controlada do cordão (TCC); a massagem no fundo uterino. A administração do uterotónicos, de preferência a ocitocina, é o componente mais importante para a gestão ativa da dequitação, enquanto que o desempenho da TCC e da massagem uterina são opcionais, uma vez que não interferem significativamente na diminuição do risco de HPP, mas sim na duração do terceiro estágio do TP.

O ICM (2017), refere que o terceiro estágio do TP, que decorre entre a expulsão do feto e a expulsão da placenta e as membranas, é um período de adaptação hormonal, física e emocional, quer para a parturiente, que passa do papel de mulher para o papel de mãe, quer para o RN, que se está a adaptar à vida extrauterina. É por isso importante o papel da

EESMO, que inclui a monitorização da perda sanguínea e do bem-estar materno e fetal, a avaliação da duração do descolamento e expulsão da placenta, e o fornecimento de informações à mãe sobre a fisiologia do parto e da adaptação do bebé.

A assistência no terceiro estágio do trabalho de parto inclui os seguintes procedimentos:

- Administração de agente uterotónico - 10UI de ocitocina IM ou 10 a 20UI de ocitocina IM diluída em SF 0,9%;
- Tração controlada do cordão - Leve tração associada a sustentação do útero, de forma a evitar a sua descida ou inversão;
- Procedimento de Harvey - expressão do fundo uterino com quatro dedos colocados na parte posterior e o polegar na parte anterior;
- Procedimento de Credé - semelhante ao procedimento de harvey, mas realizado para ajudar a expulsão placentária após o descolamento;
- Manobra de Jacob-Dublin - Torção em fuso da placenta após a expulsão, que facilita o desprendimento íntegro das membranas;
- Revisão do colo uterino (Sá e Oliveira, 2015).

O descolamento da placenta, que ocorre em consequência da redução da superfície interna do útero pela contração uterina, pode efetuar-se em dois mecanismos diferentes, o de *Baudelocque-Schultze* ou o de *Baudelocque-Duncan*. O mecanismo de *Baudelocque-Schultze* é o mecanismo mais comum e ocorre em cerca de 75% dos partos, acontece quando o descolamento se inicia no centro da inserção da placenta, esta se apresenta à vulva pela face fetal e o sangue é exteriorizado após a saída da placenta. O mecanismo de *Baudelocque-Duncan* ocorre quando o descolamento começa pela borda inferior da placenta, esta se apresenta à vulva pela face materna, e o sangue é exteriorizado antes da sua saída. Após o descolamento da placenta é formada uma ferida com vasos sanguíneos abertos que permite a saída de uma certa quantidade de sangue e é formado o globo de segurança de *Pinard* (Montenegro e Rezente, 2011). Antes do descolamento da placenta, era colhido sangue venoso do cordão umbilical de acordo com os protocolos de incompatibilidade Rh e ABO (Montenegro et al, 2014).

A placenta, órgão materno-fetal necessário para o desenvolvimento fetal, é responsável pelo ambiente intrauterino, assim sendo, qualquer alteração estrutural, vascular ou na sua implementação vão resultar em consequências fetais, devendo por isso a placenta ser examinada no momento do parto (Silva et al, 2016). Assim, após a dequitação, a placenta deve ser colocada sob uma mesa de modo a ser avaliada, bem como os anexos ovulares. Na face materna, que se deve apresentar com um aspeto brilhante, devem ser verificados os cotilédones, reconstituindo a placenta, de forma a verificar se houve retenção de fragmentos da placenta, as bordas, coloração, consistência e a existência de deposições calcárias ou fibrina. Na face fetal é importante verificar o ponto de inserção do cordão e os vasos umbilicais. Relativamente às membranas, âmnio e córion, deve pesquisar-se o ponto

da rotura e tentar reunir os fragmentos de modo a verificar a possibilidade de haver restos retidos (Montenegro e Rezente, 2011). Quando há complicações com o parto, neonato ou anomalias detetadas no exame manual da placenta, deve ser solicitado o exame anatomopatológico da placenta (Silva et al, 2016). Na prática clínica foi verificado que o exame manual da placenta era realizado pelo profissional que tinha feito o parto, e eram avaliadas todas as características acima descritas e registadas após o parto, a placenta ficava guardada até que o médico obstetra ou pediatra dessem indicação para descartar ou enviar para exame anatomopatológico.

Apesar da gestão ativa do terceiro estágio do TP, podem ocorrer casos de hemorragia pós-parto, isto é, uma perda sanguínea superior a 500ml, ou superior a 1000ml nos casos mais preocupantes, nas primeiras 24 horas após o nascimento fetal (Chen e Novo, 2018). A HPP afeta 2% das mulheres em TP e é responsável por um quarto da mortalidade materna. A atonia uterina é a principal causa da HPP, mas pode ainda ser provocada por trauma genital, rotura uterina, retenção placentária ou coagulopatia materna. Os fatores de risco da HPP provocada por atonia uterina são: gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia fetal, multiparidade, hidrocefalia severa, TP prolongado e corioamniotites (Gil-Rojas et al, 2018). Segundo a OMS (2013), no tratamento da HPP as diretrizes iniciais incluem: iniciar a massagem uterina imediatamente após a identificação de sangramento ou atonia uterina; administração de ocitocina endovenosa, inclusivamente nas mulheres a quem já foi administrado; a administração de prostaglandinas no caso de o sangramento não responder à administração de ocitocina. Se a HPP persistir após as intervenções iniciais deve ser considerado o tamponamento intrauterino com balão, a embolização da artéria uterina ou, no caso de todas as intervenções falharem, o uso de intervenção cirúrgica é recomendado. A histerectomia deve ser um recurso utilizado em casos emergentes, em situações de hemorragia abundante que traduzam o risco de morte materna, quando os métodos conservadores do útero e da função reprodutiva não controlem eficazmente a HPP (Chen e Novo, 2018).

Na prática clínica foi observada uma situação de atonia uterina, em que o procedimento foi seguido segundo as diretrizes acima descritas, sendo a situação revertida após a massagem uterina, a administração de ocitocina EV e a administração de misoprostol vaginal, foi uma situação de stress que graças ao suporte teórico adquirido nas aulas práticas foi facilmente superável e permitiu que fosse possível estarmos mais atentos de forma a prevenir situações semelhantes no futuro.

Após a dequitação, deve ser avaliada a integridade dos tecidos, assim, deve-se realizar o toque retal de modo a identificar alguma lesão intestinal, realizar a antisepsia do períneo e trocar os campos e luvas esterilizadas e iniciar a revisão do trajeto pélvico, de modo a iniciar a episiorrafia ou correção de lacerações do períneo e proceder a nova avaliação do períneo após a correção (Freitas et al, 2011). O encerramento da episiotomia ou lacerações de primeiro ou segundo grau deve ser preferencialmente feito com sutura intradérmica

continua com um único fio de sutura absorvível tamanho 2/0. O ponto inicial deve ser inserido acima do ápex da lesão vaginal, com aplicação de nó triplo, seguido de sutura contínua não cruzada até às carúnculas himeniais. Após o encerramento do primeiro plano deve-se efetuar o encerramento dos músculos e/ou tecido celular subcutâneo com sutura contínua não cruzada e finalmente o encerramento subcutâneo do períneo até à vagina com sutura contínua, terminando com um nó corrido triplo ao nível das carúnculas himeniais. Pode-se optar pelo encerramento subcutâneo com pontos simples de *Donati* e nó triplo. No caso de correção de lesões de terceiro e quarto grau é fundamental a administração de analgesia local para relaxamento do esfíncter anal, e deve ser efetuado por ou na presença de um especialista, iniciando-se pela suturação do esfíncter anal de modo a transformar uma laceração de terceiro ou quarto grau numa laceração de segundo grau e prosseguir como descrito acima. Nas lacerações de quarto grau deve-se proceder à administração de antibiótico e durante o pós-operatório optar por uma dieta líquida a progredir para uma dieta pobre em resíduos, bem como a administração de lactulose a partir do terceiro dia pós-operatório (Montenegro et al, 2014).

A correção de laceração ou episiotomia era realizada pelo profissional que conduziu o parto, não sendo possível durante o período de tempo vivenciado no local de estágio assistir a uma correção de laceração de terceiro ou quarto grau. Este procedimento causou ansiedade, pela questão estética, pelo desconforto que uma sutura mais tensa pode causar à puérpera, ou pelo risco de uma sutura menos adequada pode refletir na cicatrização perineal, que foi facilmente contornado pela prática que o grande número de partos no CMIN permitiu. Foi um processo que foi acompanhado por todas as enfermeiras do serviço, que se dispunham a ensinar ou a requerer a nossa presença em situações mais anómalas para que pudéssemos adquirir uma grande variedade de experiências.

Quarto estágio do trabalho de parto - Hemóstase

O quarto estágio do TP, também conhecido por hemóstase, é o período que ocorre após a saída da placenta. É um momento em que existe uma diminuição da ansiedade provocada pelo parto e em que a disponibilidade para o neonato é total (Nené et al, 2016), e é um período em que a puérpera deve ser observada pelo risco de complicações hemorrágicas (Freitas et al, 2011).

Na ausência de complicações maternas e neonatais deve ser incentivada a interação entre a parturiente e o recém-nascido, através do contacto pele a pele e amamentação. Nas primeiras horas pós-parto deve ser avaliado com regularidade as perdas hemáticas vaginais, a contração uterina e os sinais vitais, pelo risco hemorrágico e o risco de complicações hipertensivas, bem como a diurese. Deve ser aconselhada a colocação de gelo na região perineal para redução de edema e desconforto nas primeiras horas após o parto e as puérperas devem ser orientadas relativamente à higiene da zona perineal, que deve ser

feita com uso de água e sabão neutro, após cada micção e evacuação e evitado o uso do papel higiênico (Sá e Oliveira, 2015).

Duas horas após o parto deve ser removido o cateter de perfusão venosa (com exceção dos casos em que esteja prescrita terapêutica EV), removido o cateter epidural, e iniciada a dieta, para que a mulher seja transferida para o serviço de puerpério (Montenegro et al, 2014).

O quarto estágio do trabalho de parto, enquanto estudante, permitiu o desenvolvimento de competências de ensino, por ser um período de adaptação em que a puérpera se depara no papel de mãe pela primeira vez, o que se traduz em questões e vontade de saber. Como tal, no serviço de núcleo de partos do CMIN as rotinas neste período do TP consistiam nos cuidados de higiene e conforto imediatos à mulher, na avaliação dos parâmetros vitais, avaliação do globo de segurança de *Pinard* e na avaliação das perdas hemáticas vaginais. Assim que estava assegurado o bem-estar materno e fetal era incentivada e apoiada a amamentação. Duas horas após o nascimento era removido o cateter epidural, retirada qualquer perfusão venosa, mas mantido o cateter venoso periférico, para administração de medicação, prestados novos cuidados de higiene e conforto, em que a mulher ficava já com a própria camisa ou pijama, avaliados os parâmetros vitais, e eram oferecidos chá e bolachas. Enquanto a mulher comia, era contactado o serviço de puerpério, para dar início à transferência da mulher e do RN, onde era identificado o tipo de parto, a hora, a idade gestacional e o estado da puérpera e do bebé. Todas as intervenções e dados avaliados eram registados no programa informático de modo a facilitar a continuidade dos cuidados. O serviço de puerpério, após o contacto, enviava um berço para que o RN fosse transferido na companhia da mãe.

Indução de trabalho de parto

Quando o início do TP não se dá de uma forma fisiológica é necessário induzir artificialmente a contratilidade uterina de forma a que se inicie o TP antes do que seria suposto de forma espontânea (Nené et al, 2016). Assim, a indução do trabalho de parto (ITP) consiste na estimulação artificial da contratilidade uterina com o objetivo de desencadear o TP em gestações com 22 semanas ou mais, quando a manutenção da gravidez resulta num maior risco materno e fetal do que a sua interrupção (Scapin et al, 2018). É um procedimento controverso que deve ter sempre em conta as repercussões maternas e neonatais e os ganhos em saúde (Nené et al, 2016). Atualmente a prevalência da ITP é de um em cada quatro partos e graças à confiança proporcionada pela evolução da eficácia dos métodos de indução, dos cuidados intrapartos e da monitorização fetal, pode ser utilizada com segurança quando existe indicação obstétrica para a sua realização (Santos e Ramalho, 2016).

As indicações para a ITP podem ser divididas em terapêuticas e eletivas. As indicações terapêuticas têm por base o risco fetal e o risco materno (Scapin et al, 2018). As indicações eletivas são geralmente motivadas por questões psicossociais e logísticas, como motivos profissionais e familiar, distância do local de residência, vontade da gestante de ser acompanhada por um certo médico obstetra ou desejo da mulher de abreviar a gravidez, e que não têm indicação obstétrica, porém, esta prática traduz um risco desnecessário para a gestante e para o feto e deverá ser desaconselhada (Santos e Ramalho, 2016). As indicações terapêuticas para a ITU estão resumidas quadro 13.

Indicações Maternas	Gravidez pós termo RPM Patologia hipertensiva associada Diabetes Corioamniotite Gestação gemelar
Indicações fetais	Feto morto ou anômalo Restrição de crescimento fetal
Contraindicações	Cirurgia uterina major Antecedentes de rutura uterina Infecção ativa por herpes genital Placenta prévia ou vasa prévia Hemorragia vaginal com significado clínico Apresentação fetal não cefálica Prolapso do cordão umbilical Incompatibilidade feto-pélvica absoluta CTG preocupante Carcinoma invasivo do colo

Fonte: Nené et al, 2016, p.353

Quadro 13 - Indicações terapêuticas e contra-indicações da ITP

O índice de *Bishop* é método quantitativo que é utilizado para prever o resultado de uma ITP, através da avaliação de dados colhidos através do toque vaginal, quanto maior o score, mais favorável a taxa de indução (Cunningham et al, 2016). Para o cálculo do score são considerados a dilatação, extinção, consistência e posição do colo do útero e a altura da apresentação fetal, como está apresentado no quadro seguinte (Freitas et al, 2011). Para além da avaliação do índice de *Bishop* é importante considerar fatores como a idade gestacional, a apresentação fetal, o estado das membranas amnióticas e o bem-estar geral do feto, bem como se a mulher teve um parto por cesariana anterior e se existem anomalias fetais (Schincaglia et al, 2017). A atribuição dos scores pelos parâmetros avaliados pelo índice de Bishop está descrita no quadro 14.

Score	0	1	2	3
Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Extinção (%)	0-30	40-50	60-70	80
Altura da apresentação	-3	-2	-1/0	+1/+2
Consistência do colo	Endurecido	Médio	Amolecido	
Posição do colo	Posterior	Médio	Anterior	

Fonte: Freitas et al, 2011, p.344

Quadro 14 - Índice de Bishop

Os scores que traduzem uma maior taxa de sucesso são os superiores a nove e os que estão relacionados a uma maior falha de ITP são os scores inferiores a 4, nestas situações existe a necessidade da preparação do colo. A preparação do colo uterino é feita com recurso a métodos farmacológicos ou mecânicos (Freitas et al, 2011).

Os métodos mecânicos implicam uma utilização de dispositivos ou manobras, como os dilatadores cervicais, cateteres transcervicais, infusão de solução salina extraamniótica, descolamento de membranas e amniotomia (Scapin et al, 2018). As vantagens dos métodos mecânicos são o baixo risco de taquissistolia e de efeitos sistémicos, a facilidade de armazenamento de material e o baixo custo. As desvantagens incluem o aumento do risco de infeção materna e neonatal, risco de descolamento de placenta previamente inserida, rotura acidental de membranas, risco hemorrágico, desconforto materno e necessidade subsequente de métodos farmacológicos (Nené et al, 2016). Dos métodos descritos, a utilização da sonda de *foley* é a mais estudada e utilizada, por ser um método com um risco de infeção inferior, quando comparado com os restantes métodos mecânicos, com uma taxa de eficácia de 65,9%, baixo risco de taquissistolia e, conseqüentemente, hipoxia fetal, e é geralmente bem aceite pelas puérperas, e como tal deve ser considerado como método de maturação cervical nas subpopulações de risco, isto é, em situações de restrição de crescimento fetal, oligoâmnios e grávidas com antecedentes de cesariana anterior (Marujo et al, 2017).

Os métodos farmacológicos incluem os fármacos uterotónicos, que desencadeiam a contratilidade uterina e atuam sob o colo, sendo eficazes na alteração do índice de Bishop. Atualmente os fármacos mais utilizados são as prostaglandinas e a ocitocina (Scapin et al, 2018). Quando comparados os fármacos, a ocitocina tem uma ação mais rápida, tem menos risco de hiperestimulação, e a sua eliminação do organismo é mais rápida após a suspensão, porém, quando a administração é endovenosa, limita os movimentos da parturiente, e possui um risco de intoxicação hídrica, pela retenção hídrica e hiponatremia, uma vez que tem um efeito antidiurético. A vantagem das prostaglandinas, mais concretamente o misoprostol, sobre a ocitocina é que a sua ação é centralizada no amadurecimento cervical (Shincaglia et al, 2017), porém, estão associadas a risco de rotura uterina nas mulheres com cesariana ou cirurgia uterina anterior (Nené et al, 2016).

A administração de doses elevadas de ocitocina pode ser prejudicial para a mãe e para o feto pelo risco de efeitos negativos, como a taquissistolia e hipertonia uterina e alterações da frequência cardíaca fetal, uma vez que aquando a contração existe uma diminuição do fluxo sanguíneo no espaço intervilo, o que num parto normal é bem tolerado pela maior parte dos fetos, mas quando as contrações são muito frequentes ou prolongadas, há um risco de hipoxemia e acidemia fetal (Hidalgo-Lopeszosa et al, 2016). É considerado taquissistolia quando num período médio de 30 minutos ocorrem mais de cinco contrações em dez minutos e hipertonia uterina a existência de contração uterina durante pelo menos dois minutos e é importante ter presente que uma situação de hipertonia uterina pode resultar de um

descolamento de placenta previamente inserida. A partir do momento em que se verifica uma taquissístolia ou hipertonia é importante verificar se existem alterações na FCF, e se tal se verificar, a atuação do profissional de saúde deve incluir a suspensão e remoção da terapêutica em curso, a colocação da gestante em decúbito lateral (de modo a melhorar a perfusão uteroplacentária), providenciar oxigenoterapia, a administração de fluidos EV, efetuar o exame vaginal (para exclusão de prolapso do cordão ou parto iminente) e administração de agentes tocolíticos de acordo com protocolo (Nené et al, 2016).

Numa altura em que se pretende um parto humanizado, a ITP desencadeia uma cascata de intervenções, já que existe uma associação entre a ITP e o aumento da probabilidade de cesarianas e partos instrumentados (Hidalgo-Lopeszosa et al, 2016). Na prática clínica o que foi observado foi que a maioria das ITP eram por motivos clínicos, principalmente gestações pós termo e RCIU, em que estas segundas gestantes vinham provenientes do serviço de obstetrícia. As mulheres eram informadas dos riscos e eram acompanhadas e vigiadas continuamente pela enfermeira parteira. Foi possível observar e resolver casos de taquissístolia e hipertonia, o que permitiu um desenvolvimento de competências e uma rapidez na atuação, que é um fator importante dentro de uma sala de partos. A maioria das ITP eram eficazes e resultavam em partos vaginais, eutócicos ou instrumentados.

Em suma, o período passado no serviço de bloco de partos do CMIN foi um momento de aprendizagem, em que as oportunidades abundantes e o acolhimento de todas as enfermeiras parteiras permitiram um enorme crescimento profissional. Foi um momento desafiante e enriquecedor, que valorizou todo o processo de aprendizagem.

2.1. A Alimentação Durante O Trabalho De Parto

Tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados à mulher, no âmbito da saúde materna e obstétrica, é da competência do Enfermeiro Especialista a implementação de intervenções suportadas na mais recente evidência científica, de modo a proporcionar à mulher experiências de parto com segurança e mais gratificantes, visto que mulheres com melhores percursos de parto estão mais predispostas a interagir precocemente com o recém-nascido.

Nesse sentido, torna-se importante a implementação de uma prática baseada na evidência (PBE), isto é, uma prática clínica fundamentada no conhecimento teórico e no conhecimento resultante da investigação científica, que permita uma tomada de decisão informada e fundamentada em factos científicos, para que haja um aumento da qualidade dos cuidados (Pedrolo et al, 2009), através da identificação e utilização de práticas eficazes e da eliminação daquelas que não são eficientes (Santos et al, 2007).

A prática de uma enfermagem baseada em evidências, que teve origem na medicina baseada na evidência, define-se como uma tomada de decisão sobre o cuidado a prestar aos clientes com base numa pesquisa de informações e teorias, de forma consciente e criteriosa. Face à quantidade e complexidade da informação existente na área da saúde e à escassez de tempo dos profissionais de saúde, tornou-se necessário o desenvolvimento de um método onde os resultados das pesquisas fossem categorizados, avaliados e sintetizados, o que deu origem à revisão da literatura como recurso de importância da PBE (Galvão et al, 2004).

Desta forma, iremos usar os passos da revisão da literatura segundo Mendes e colaboradores (2009), no seguinte subcapítulo: introdução ao problema em estudo, método de pesquisa, apresentação e discussão dos resultados e conclusão.

2.1.1. Introdução ao problema em estudo

Em 1946, Curtis Mendelson, médico obstetra, demonstrou haver um risco de aspiração pulmonar de conteúdo gástrico, em consequência da anestesia geral pré-cesariana. Este facto levou a que se cerceasse a alimentação às parturientes. Atualmente, apesar de muitos autores contrariarem a argumentação de Mendelson, na nossa prática clínica verificamos que a ingestão de alimentos, durante o trabalho de parto, continua a ser uma prática controversa.

O trabalho de parto é um período longo, podendo durar de seis a dezoito horas numa primípara e de seis a dez horas numa múltipara, até a dilatação estar completa (Néné et al, 2016), e acarreta para a mulher cansaço e por vezes exaustão, pelo que ela beneficia com uma dieta de fácil digestão, à base de líquidos isotónicos, cereais simples, frutas, legumes

ou iogurtes. Muitas mulheres consideram importante poder comer, pois isso proporciona-lhes conforto. Por outro lado, o jejum prolongado numa mulher grávida, que por si só já tem necessidade de um aporte glicémico superior, contribui para situações de hipoglicemia e cetose que podem causar uma redução da atividade uterina e, conseqüentemente, ter como desfecho um parto instrumentado (Marcel et al, 2016).

Apesar de haver autores como Tillett e Hill (2016) que argumentam que a alimentação durante o trabalho de parto pode levar a um aumento das náuseas e dos vômitos, outros como Sperling e colaboradores (2016) demonstraram não haver alterações significativas nestes aspetos pelo facto de a mulher ter ou não sido alimentada.

Assim surge a questão de investigação: “Alimentar, ou não, a mulher em situação de trabalho de parto?”. Apesar de muitos autores defenderem que a alimentação durante o trabalho de parto é vantajosa para a mulher, atualmente, verifica-se que a restrição alimentar é ainda uma prática muito comum no nosso meio hospitalar. A uniformização dos cuidados com base na evidência científica devia ser uma constante na prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, de modo a que a mulher experiencie o parto de uma forma mais positiva, que tenha mais conforto e energia, e que, conseqüentemente, guarde memórias felizes, com influência positiva em futuras experiências.

Considerando que, atualmente, um grande número de cesarianas é feito com recurso a anestesia epidural, e não tanto com anestesia geral, a incidência da síndrome de Mendelson - assim denominada porque Curtis Mendelson, em 1946, publicou um artigo que destacava o risco de vômito e aspiração em casos em que a anestesia obstétrica era necessária - diminuiu significativamente. Com esta alteração, organismos como a Organização Mundial de Saúde, o *American College of Nurses-Midwives* e o *American Congress of Obstetricians and Gynecologists*, em colaboração com a *American Society of Anesthesiologists*, defendem que deve ser permitido à parturiente a ingestão de alimentos durante o trabalho de parto. Na prática clínica verifica-se uma grande discrepância na implementação destas recomendações, dependendo muitas vezes da opinião e da permissão de cada profissional. Este facto suscitou o interesse pela temática, pelo que se pretende analisar, de forma mais profunda, ao longo deste relatório de estágio.

2.1.2. Método

A opção metodológica para esta revisão da literatura teve por base as etapas descritas por Mendes e colaboradores (2009), assim sendo, já tendo o tema identificado formulou-se a questão de pesquisa. Segundo Galvão e colaboradores (2009), a formulação da questão de investigação é a fase mais importante para a elaboração de uma revisão de literatura, uma vez que permite uma busca mais seletiva e objetiva dos estudos.

Considerando Santos e colaboradores (2007), existem quatro componentes essenciais para a formulação de uma boa questão de pesquisa, que são a População, a Intervenção em causa, a Comparação entre intervenções e os resultados ou *Outcomes*. A decomposição e organização destes componentes é denominada de estratégia PICO, que é utilizada para a construção de questões clínicas. A formulação adequada da questão leva a que seja possível a correta colheita de evidências, isto é, proporciona redirecionar o foco da pesquisa e evita que sejam realizadas pesquisas desnecessárias.

Para que seja de mais fácil compreensão é apresentado o quadro 15, que apresenta os componentes da questão PICO mais adequados ao nosso tema de investigação.

P Paciente/População	I Intervenção	C Comparação	O Outcomes/Resultado
Parturientes	Ingestão de alimentos líquidos e sólidos	Não ingestão de alimentos, ou apenas líquidos claros	Melhoria do conforto da mulher

Quadro 15 - Definição da questão PICO

Deste modo, formulou-se a seguinte questão de investigação: De que forma a ingestão de alimentos líquidos e sólidos influencia o conforto da mulher durante o trabalho de parto?

Após a definição da questão de investigação e para nos ajudar na procura dos estudos, foram definidos os descritores recorrendo-se ao DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) (Pereira e Bachion, 2006). Foram definidos os descritores em português e em inglês: “trabalho de parto”, “*labor, obstetric*”, “gestantes”, “*pregnant woman*”, “ingestão de alimentos”, “*eating*”, “ingestão de líquidos”, “*drinking*”, “alimentos” e “*food*”. Foram ainda considerados os descritores “complicações do trabalho de parto” e “*obstetric labor complications*” e os sinónimos em inglês “*food intake*”. Como descritores MeSH (Medical Subject Headings) identificámos “*eating*”, “*labor, obstetric*” e “*pregnant woman*”.

De modo a que os descritores possam ser combinados e, assim, obtermos mais objetividade na pesquisa, foram utilizados operadores booleanos, que permitem uma combinação restritiva a partir do operador OR e uma combinação aditiva a partir do operador AND. Pode ainda ser utilizado o operador NOT como combinação excludente (Santos et al, 2007). Assim, obtivemos como exemplo de expressão booleana, em inglês (“*eating*” OR “*food intake*”) AND (“*labor, obstetric*”) AND (“*pregnant woman*”), a qual, após a sua inserção na base de dados EBSCOhost e verificação de que os artigos encontrados eram abrangentes ao nível da temática, foi simplificada para (“*eating*”) AND (“*labor, obstetric*”).

Esta pesquisa realizou-se entre maio e junho de 2019, foram utilizadas bases de dados, como a EBSCO, SciELO, MEDLINE, CINAHL e Cochrane Lybrary sobre artigos publicados entre janeiro de 2013 e junho de 2019, com recurso aos descritores DeCS e MeSH para a definição das palavras chave. Será dada preferência a trabalhos em português, inglês e espanhol com texto completo de acesso livre.

Idealmente, a pesquisa deve ser ampla, diversificada e incluir todos os estudos que forem encontrados, contudo, pela quantidade de trabalhos essa possibilidade pode ser inviável. É por isso importante a determinação de critérios de inclusão e exclusão, em função da questão de investigação (Souza et al, 2010). Os critérios de inclusão determinados pelo investigador devem refletir diretamente a pergunta selecionada para a elaboração da revisão sistemática, incluindo os participantes, a intervenção e os resultados de interesse, e devem ser definidos anteriormente ao início da pesquisa, de modo a que sejam evitados resultados tendenciosos, consciente ou inconscientemente, com base na experiência do revisor (Galvão et al, 2004).

Assim foram definidos como critérios de inclusão:

- Publicações entre janeiro de 2013 e junho de 2019;
- Texto integral e de acesso livre;
- Escritos em português, inglês ou espanhol;
- Que contenham os descritores no título ou resumo.

Na etapa seguinte, e de acordo com Mendes e colaboradores (2009) avançou-se para a categorização dos estudos. Consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, através de um instrumento que reúna e sintetize as informações mais importantes que, por norma, incluem os objetivos, metodologia, resultados e conclusões de cada estudo, bem como o nível de evidência científica do artigo. Os níveis de evidência são uma categorização dos estudos de forma hierárquica e decrescente, a partir da abordagem metodológica adotada pelos autores, de modo a que possa ser escolhida a melhor evidência disponível (Souza et al, 2010). A forma mais comumente utilizada de categorização da evidência é através da pirâmide de Haynes, uma estrutura hierárquica que permite a pesquisa para as questões clínicas (Donato e Marinho, 2013). Este modelo, dividido em seis níveis, permite a categorização da evidência de forma decrescente, à medida que nos vamos aproximando da base da pirâmide, é definido pelos seguintes níveis:

- Nível I: Sistemas computadorizados de apoio à tomada de decisão clínica ou revisões sistemáticas de literatura;
- Nível II: Estudos experimentais;
- Nível III: Estudos quâsi-experimentais;
- Nível IV: Estudos não experimentais;
- Nível V: Estudos de caso ou revisões narrativas da literatura;
- Nível VI: Opiniões de peritos (Melo et al, 2014).

A categorização dos artigos foi feita de forma crítico-reflexiva e apresenta-se descrita nos quadros 16 a 20.

Título	<i>Restricting oral fluid and food intake during labor (review)</i>	NE
Autores	Singata, M.; Tranmer J.; Gyte, G.	I
Data e Local	Reino Unido, 2013	
Objetivos	Determinar os benefícios e prejuízos da ingestão oral de fluidos e da restrição alimentar durante o trabalho de parto.	
Método	Meta-análise. Pesquisa da base de dados Cochrane Pregnancy, registo de ensaios de grupos de parto e lista de referências de estudos recuperados.	
Resultados	Foram identificados dezanove estudos experimentais dos quais oito foram rejeitados, um aguardava classificação e cinco estudos ainda estavam a decorrer no momento da meta-análise. Foram incluídos cinco estudos que envolviam 3130 mulheres em fase ativa de trabalho de parto e com baixo risco para uma potencial anestesia geral. Ao comparar as mulheres com restrição alimentar e aquelas que tinham aporte nutricional, não houve diferença estatística significativa na taxa de cesarianas, parto vaginal instrumentado, no índice de Apgar inferior a 7 ao minuto 5 ou em outros resultados esperados entre os dois grupos. A opinião das mulheres não foi avaliada. Os dados avaliados foram insuficientes para avaliar o risco da síndrome de Mendelson, pela sua raridade. Um dos estudos demonstrou um aumento da taxa de cesarianas em mulheres que ingeriam bebidas suplementadas com carboidratos em comparação com aquelas que apenas ingeriam água, mas estes resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que a amostra em estudo era pequena.	
Conclusões	Uma vez que a evidência não demonstra qualquer benefício ou prejuízo, não há justificação para a restrição alimentar durante o trabalho de parto para mulheres com baixo risco de complicações. Nenhum dos estudos era direcionado para mulheres com risco aumentado de complicações, por esse motivo não existe evidência que apoie a restrição alimentar neste grupo de mulheres. O conflito de evidências relativamente às bebidas suplementadas com carboidratos requer que sejam conduzidos mais estudos e é crítico que nos estudos futuros seja avaliada a posição da mulher.	

Quadro 16 - Categorização do artigo n^o1

Título	<i>Literature review: Eating and drinking in labor</i>	NE
Autores	Hunt, L.	I
Data e Local	Reino Unido, julho 2013	
Objetivos	Investigar se gestantes de baixo risco devem ser negadas à ingestão oral de líquidos e alimentos durante o parto	
Método	Revisão de literatura nas bases de dados Cochrane Database of systematic reviews e MEDLINE.	
Resultados	Não existe uma confirmação nos estudos realizados acerca da restrição alimentar durante o trabalho de parto, por esse motivo, a validade desta prática requer futura investigação. Nenhuma das mulheres neste estudo sofreu da síndrome de Mendelson. Não foi possível a revisão sistemática de reações adversas, uma vez que todas as mulheres envolvidas eram consideradas de baixo risco.	
Conclusões	A restrição alimentar é uma precaução em mulheres com grande risco de requererem uma cesariana (anestesia geral), no entanto, para grávidas de baixo risco, a pesquisa demonstrou haver poucos riscos associados, e que as parteiras devem rever as políticas dentro da sua própria confiança.	

Quadro 17 - Categorização do artigo n^o2

Título	<i>Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies: A Systematic Review and Meta-analysis.</i>	NE
Autores	Ciardulli, A.; Saccone, G.; Anastasio, H.; Berghella, V.	
Data e Local	Itália, março 2017	
Objetivos	Avaliar os benefícios e prejuízos da ingestão alimentar durante o trabalho de parto.	
Método	Revisão integrativa da literatura. Pesquisa em bases de dados eletrônicas (MEDLINE, ClinicalTrial.gov, Scopus, EMBASE, Sciencedirect, Cochrane Library e Scielo).	
Resultados	Foram incluídos 10 ensaios clínicos, incluindo 3982 parturientes. Todos os estudos incluíram mulheres consideradas de baixo risco de complicações, divididas em dois grupos, um em que era permitido às mulheres a ingestão alimentar até ao período expulsivo, e o grupo de controlo, onde só era permitido a ingestão de goles de água e lascas de gelo. Foi demonstrado que uma política menos restrita, relativamente à ingestão alimentar, está associada a uma duração média menor do trabalho de parto, com uma diferença de 16 minutos. Nenhum outro benefício ou prejuízo, materno ou neonatal foi observado. A regurgitação durante a anestesia geral e a síndrome de Mendelson não ocorreram em nenhum dos grupos.	I
Conclusões	Mulheres com gestações únicas de baixo risco, que tiveram permissão para comer livremente durante o seu trabalho de parto, tiveram uma duração menor deste. Uma política de ingestão alimentar menos restritiva durante o trabalho de parto não influenciou outros desfechos obstétricos ou neonatais nem aumentou a incidência de vômitos. A taxa de parto cirúrgico foi semelhante nos dois grupos.	

Quadro 18 - Categorização do artigo nº3

Título	<i>An investigation into the safety of oral intake during labor</i>	NE
Autores	Shea-Lewis, A.; Eckardt, P.; Stapleton, D.	
Data e Local	EUA, março 2018	
Palavras chave	<i>Childbirth, labor, oral intake</i>	
Objetivos	Comparar os resultados maternos e neonatais, entre as mulheres a quem foi permitida a ingestão alimentar sem restrições e aquelas a quem não foi permitido nenhuma ingestão alimentar, com exceção das lascas de gelo.	
Método	Estudo retrospectivo quantitativo observacional de corte transversal. Foram avaliados 2817 registos médicos de mulheres admitidas num hospital nos EUA entre janeiro de 2008 e dezembro de 2012. Foram reunidas informações dos registos médicos para comparações descritivas e inferenciais entre os grupos. Antecedentes e comorbidades maternas presentes na admissão foram comparadas entre os grupos antes da análise dos dados.	IV
Resultados	O grupo de controlo teve uma incidência de partos por cesariana superior aquele a quem foi permitida a ingestão alimentar. Não houve diferenças significativas na admissão em serviços de cuidados intensivos pós-parto quer materna quer neonatal, no índice de Apgar ou na necessidade de um maior nível de cuidados entre os dois grupos. Diminuir a restrição de alimentos durante o trabalho de parto não causou um aumento da morbilidade e não houve casos de mortalidade em nenhum dos grupos.	
Conclusões	Permitir a ingestão durante o trabalho de parto não aumenta a incidência de resultados maternos ou neonatais adversos. Logicamente, a permissão da ingestão alimentar levaria a um aumento da satisfação e conforto da parturiente. Os autores recomendam mais estudos de modo a poder determinar que tipos de alimentos e bebidas serão mais benéficos, bem como aqueles que têm preferência.	

Quadro 19 - Categorização do artigo nº4

Título	<i>Eating and drinking in labor - Reexamining the evidence</i>	NE
Autores	Tillett, J.; Hill, C.	VI
Data e Local	EUA, abril/junho 2016	
Objetivos	Compreender porque é que a restrição alimentar durante o trabalho de parto é uma prática comum nos hospitais dos EUA.	
Método	Opinião de peritos. Foi reexaminada a evidência científica mais recente em comparação com o estudo original de Mendelson de 1946.	
Resultados	Não existe evidência recente que suporte o consumo ou restrição de alimentos durante o trabalho de parto. A revisão da literatura demonstra que, em parturientes de baixo-risco de complicações, a restrição alimentar pode inclusive ser prejudicial para as mulheres pelo aumento das necessidades energéticas durante o trabalho de parto. Não existem evidências científicas atuais que justifiquem a proibição da ingestão alimentar durante o trabalho de parto, especialmente com risco reduzido de complicações.	
Conclusões	É necessário construir uma base de evidência científica para que as políticas hospitalares e <i>guidelines</i> sejam alteradas. É por isso importante que os enfermeiros e as equipas multidisciplinares deem início ao desenvolvimento desta base através de estudos observacionais e randomizados.	

Quadro 20 - Categorização do artigo nº5

2.1.3. Apresentação dos resultados

Da pesquisa realizada obtiveram-se 151 estudos, dos quais 134 foram excluídos pela data de publicação. Dos restantes 17 estudos, nove foram excluídos pelo título e três por não serem de acesso livre. Ficaram assim selecionados cinco artigos para leitura do texto integral, dos quais uma revisão integrativa da literatura, um estudo quantitativo retrospectivo observacional, uma opinião de peritos, uma revisão narrativa e uma meta-análise. Desta revisão narrativa encontrada, apesar de o texto não ser de acesso livre, os objetivos, a metodologia, os resultados e a discussão estavam disponíveis, por isso foi considerado.

2.1.4. Discussão dos resultados

De acordo com Tillett e Hill (2016) a origem da restrição alimentar durante o trabalho de parto data de 1946, ano em que o artigo de Curtis Mendelson foi publicado. Este artigo avaliava 44016 mulheres que entre 1932 e 1945 tiveram o seu parto num hospital em Nova Iorque. Entre estas mulheres, 66 apresentaram aspiração pulmonar (um incidente com uma percentagem de 0.15); 40 mulheres experienciaram aspiração de líquidos; cinco delas aspiraram alimentos sólidos, enquanto duas morreram por aspiração de conteúdo alimentar. Estes acontecimentos deram-se numa época em que anestesia geral era comumente utilizada no trabalho de parto, nem sempre era realizada por profissionais especializados e a entubação endotraqueal era uma prática comum.

No seu artigo, Mendelson aconselhou algumas intervenções que foram rapidamente aplicadas em vários países: restringir a ingestão oral de alimentos durante todo o trabalho de parto; providenciar aporte energético intravenoso; preferir a analgesia local à geral,

quando possível; reduzir o volume e acidez do conteúdo gástrico; administração de analgesia realizada por profissionais treinados (Hunt, 2013, p.499).

Singata e colaboradores (2013) referem que a razão para a restrição alimentar durante o trabalho de parto, como medida de segurança, prende-se com o pressuposto de que quando as mulheres se encontram em pausa alimentar há uma diminuição do volume e da acidez do conteúdo gástrico, porém não há evidência que comprove que o jejum assegure uma diminuição do volume gástrico, uma vez que o esvaziamento gástrico é retardado durante o trabalho de parto, e nenhuma das intervenções - farmacológicas ou restrição alimentar - se demonstrou eficaz.

Singata e colaboradores (2013) chamam ainda a atenção, numa revisão para a validade da segurança da fluidoterapia endovenosa, que a mesma também tem sido questionada, uma vez que, independentemente da solução administrada, esta não assegura a exigência nutricional e hídrica da mulher em trabalho de parto, imobiliza-as muito mais no leito, podendo provocar stresse materno e sobrecarga de fluidos.

Segundo Ciardulli e colaboradores (2017), a ingestão alimentar terá sido restrita às parturientes pelo medo da aspiração de conteúdo gástrico durante uma possível anestesia geral. Todavia, atualmente, as taxas de anestesia geral em obstetrícia, bem como as complicações a si associadas, diminuíram significativamente. Segundo o *Royal College of Anaesthetists*, menos de 15% das cesarianas emergentes e menos de 5% das cesarianas programadas são realizadas com uso de anestesia geral. Nos casos em que seja necessária uma anestesia geral, o risco de aspiração pulmonar é muito baixo, estando a sua probabilidade em um caso em cada 895 e um caso em cada 3886 cesarianas de emergência e eletivas, respetivamente (Phelps et al, 2018).

Shea-Lewis e colaboradores (2018) descrevem, na sua revisão, a incoerência de práticas relativas às mulheres, que são admitidas no hospital por trabalho de parto espontâneo, às quais não são negadas intervenções como analgesia epidural ou cesariana emergente, mesmo após a ingestão de uma refeição completa, e aquelas para indução de trabalho de parto, a quem é negada a ingestão de alimentos, apesar de se vislumbrar um período esgotante e de longa duração.

A negação de alimentos às parturientes pode ainda ser vista como uma ação intimidante e autoritária, o que lhes pode causar medo e apreensão. A ingestão alimentar faz com que as mulheres se sintam normais e saudáveis e, quando não têm restrições, elas próprias são capazes de seguir o seu plano alimentar normal, no início do trabalho de parto, e reduzir a ingestão de alimentos à medida que este avança e se torna mais doloroso (Ciardulli et al, 2017).

Hunt (2013) refere que as intervenções propostas por Mendelson são ainda comumente utilizadas, de forma rotineira, em todas as mulheres, sem razão médica aparente, mas como

precaução. Segundo Shea-Lewis (2018), uma vez que a ingestão nutricional não interfere com a taxa de complicações maternas, esta deve ser permitida a mulheres com baixo risco de aspiração pulmonar, se estas demonstrarem vontade para tal. As mulheres que tenham fatores de risco presentes, como obesidade mórbida, diabetes mellitus, alteração das vias aéreas ou com risco acrescido de parto distócico, podem requerer restrições adicionais, devendo ser avaliadas caso a caso (Ciardulli et al, 2017).

A restrição alimentar interfere com o processo natural que é o trabalho de parto e as necessidades energéticas que este acarreta, uma vez que o jejum prolongado leva ao aumento de corpos cetônicos e, conseqüentemente, a um aumento do período de trabalho de parto, visto que diminuem a contratilidade uterina (Hunt, 2013). De modo a que a cetonúria seja controlada são administradas às parturientes soluções intravenosas com uma grande concentração de glucose, que pode levar a situações de hipoglicemia neonatal (Singata et al, 2013).

Atualmente, existe evidência na literatura que suporta a diminuição do rigor das restrições da ingestão oral, uma vez que os resultados, para a mãe e recém-nascido, são similares, quer elas tenham comido ou não (Shea-Lewis, 2018). Em estudos comparativos entre grupos com restrições alimentares e grupos sem restrições alimentares, não houve diferença significativa em aspetos como índice de Apgar, taxa de partos distócicos, analgesia epidural e admissão em cuidados intensivos neonatais entre o grupo de intervenção e o de controlo. A única diferença significativa entre os dois grupos é que no grupo em que era permitido às mulheres a ingestão de alimentos, estas tinham partos de duração mais curta em média 16 minutos (Phelps et al, 2018).

Apesar de não haver diferenças significativas a nível das taxas de partos distócicos, a ingestão nutricional garante os níveis de energia necessários durante o trabalho de parto e pode minimizar a probabilidade de desfecho num parto instrumentado por exaustão materna (Hunt, 2013).

Impor o jejum durante o trabalho de parto a uma mulher que refere fome pode levar a desconfortos físicos e psicológicos, o que faz com que o trabalho de parto seja vivenciado de forma menos positiva pela gestante. Assim que as necessidades de conforto da mulher são atendidas, esta sente-se mais calma e realizada (Shea-Lewis, 2018).

Segundo Tillett e Hill (2016), as recomendações das diferentes organizações profissionais relativamente à restrição alimentar durante o trabalho de parto são:

- Colégio Americano das Enfermeiras Parteiras - A autodeterminação quanto à ingestão oral incentivada para mulheres com baixo risco de aspiração pulmonar;
- Congresso Americano de Obstetras e Ginecologistas - É permitido líquidos claros a mulheres com baixo risco de aspiração pulmonar;

- Sociedade Americana de Anestesiologistas em anestesia obstétrica - É permitido pequenas quantidades de líquidos claros até 2 horas antes da administração de anestesia a mulheres sem complicações;
- Sociedade dos Obstetras e Ginecologistas do Canadá - É permitida uma dieta leve ou líquida, conforme preferido, a mulheres com baixo risco de aspiração pulmonar;
- Organização Mundial de Saúde - A não interferência com o desejo das parturientes de ingerir alimentos ou líquidos, sem causa aparente.

2.1.5. Conclusão

A realização desta revisão bibliográfica foi fundamental para o aprofundamento de conhecimentos e da capacidade de investigação de assuntos pertinentes para a prática de enfermagem em saúde materna e obstétrica.

Numa era em que as práticas dos profissionais de saúde são baseadas na evidência científica disponível, mais atualizada, e em que os procedimentos evoluem face às novas informações disponibilizadas, não se compreende como uma intervenção que é tão limitativa da liberdade e do conforto da mulher em trabalho de parto prevalece, quando a teoria que a suporta está desatualizada. Dos artigos analisados, o ponto comum a todos é que não existem evidências que suportem a restrição alimentar durante o trabalho de parto, quando não existem benefícios ou malefícios associados para a mulher ou para o neonato.

Apesar de a síndrome de Mendelson ser uma reação adversa de grande severidade, atualmente, com a evolução da qualidade dos cuidados médicos e da quantidade e qualidade de recursos disponíveis, é uma síndrome rara que não deve ser restritiva da autonomia da mulher na sala de partos, sobretudo quando estamos perante uma gravidez que não é de risco e uma mulher saudável.

Para além de se tratar de uma prática desatualizada, a forma como é implementada no contexto clínico não está de acordo com os receios da aspiração de conteúdo gástrico pela casualidade da necessidade de uma anestesia geral, uma vez que na realidade observada, a restrição era feita a partir do momento em que as mulheres realizavam a colocação do cateter epidural e a administração da respetiva terapêutica, ou seja, quando já lhes tinham colocado um meio de analgesia local funcionante.

Após a colocação do cateter era permitido, apenas, a ingestão de água ou chá açucarado, o que pela nossa vivência no contexto de sala de partos, era incomodo para a maioria das mulheres, principalmente em situações de trabalho de parto prolongado, a proibição era desmotivante e desconfortável, levando a períodos de exaustão por parte da gestante. Foram, também, verificadas situações em que houve períodos de baixa variabilidade fetal,

observados em CTG, resolvidos pelas enfermeiras ao oferecerem chá açucarado às parturientes, situação que poderia ser evitada se lhes fosse permitido a ingestão livre de líquidos e alimentos.

Numa época em que se pretendem partos com menos intervenções e com mais empoderamento da parturiente, a restrição alimentar, que lhes limita a autonomia e a liberdade de escolha, é considerada uma intervenção sem sentido para continuar a ser efetuada (Singata et al, 2013), nomeadamente se considerarmos as recomendações que as várias organizações de especialistas têm emitido.

Após a análise da literatura disponível, salienta-se a necessidade e importância de estudos para a identificação dos alimentos mais adequados para a mulher em situação de trabalho de parto, tendo em conta o aporte energético e a facilidade com que o alimento é digerido, de modo a que a parturiente tenha as reservas energéticas necessárias para o período expulsivo, mas que não tenha um aumento do volume gástrico que seja prejudicial numa situação em que seja necessária a administração de uma anestesia geral.

A atitude do EESMO, como profissional de saúde competente e informado, face esta situação, é a de informar e aconselhar a mulher sobre os alimentos disponíveis, para que elas os possam considerar no seu plano de parto, e informar acerca dos riscos que estão associados à ingestão de alimentos sólidos durante o trabalho de parto (Tillett e Hill, 2016).

Em suma, a realização desta revisão da literatura foi interessante, tendo em conta a discrepância que existe entre a teoria e a prática clínica, além de uma mais valia para uma formação académica especializada, uma vez que permitiu a aquisição de mais conhecimentos, fundamentados cientificamente, e de capacidades que permitem um crescimento e evolução enquanto profissional de saúde.

3. O PÓS PARTO: CUIDAR DA PUÉRPERA E DO RECÉM NASCIDO

No módulo de estágio “Autocuidado pós-parto e parentalidade”, que decorreu no serviço de puerpério do CMIN, pretendia-se que o estudante cuidasse a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal, de uma forma culturalmente congruente, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido e participar, de uma forma ativa, na promoção do autocuidado, facilitando a transição e a adaptação à parentalidade.

O puerpério, também conhecido como pós-parto, é o período em que as modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e pelo parto no organismo da mulher retornam ao normal, isto é, ao estado pré-gravídico. Tem uma duração entre seis a oito semanas e pode ser dividido em puerpério imediato, tardio e remoto, sendo caracterizado por alterações fisiológicas como: a involução uterina, a presença de lóquios e as alterações mamárias (Azevedo et al, 2018). No puerpério imediato, que ocorre entre o primeiro e o décimo dia, ocorrem as principais alterações endócrinas e estruturais, principalmente genitais. O puerpério tardio, que ocorre entre o décimo e o quadragésimo quinto dia, é um período de transição onde ocorrem alterações do organismo provocadas pela lactação e mantém-se a recuperação genital. O puerpério remoto é aquele que ultrapassa o quadragésimo quinto dia e de duração imprecisa, dependendo da amamentação, uma vez que nas mulheres lactantes o período de amenorreia pode durar mais de doze meses, enquanto que nas mulheres que não amamentam o ciclo menstrual desencadeia-se, em média, seis a oito semanas após o parto (Sá e Oliveira, 2015). É um período não só de alterações fisiológicas, mas também de instabilidade emocional, caracterizado pela alteração de papéis interpessoais e familiares (Gomes e Santos, 2017), bem como o início da ligação mãe-filho, sendo o momento ideal para promover orientações relativas aos cuidados à mulher e ao RN, incentivar a amamentação e facilitar o vínculo (Rocha et al, 2017).

Pretende-se, por isso, que o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, no contexto de período pós-natal, seja capaz, entre outros, de promover a saúde da mulher e do RN, diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e RN e providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e do RN, através de intervenções como: informar e orientar sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no RN, sexualidade e contraceção no período pós-parto, e sobre os recursos disponíveis na comunidade para responder às necessidades da puérpera e do RN; conceber, planejar e implementar intervenções de promoção, proteção e apoio no aleitamento materno e apoio à adaptação pós-parto; informar, orientar e apoiar a mãe no autocuidado e nos cuidados ao RN; identificar e monitorizar alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, ao estado de saúde da puérpera e do RN, e complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação; conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto; conceber, planejar, implementar e avaliar

medidas de suporte emocional à puérpera e convenientes significativos, intervenções de recuperação pós-parto, medidas corretivas ao processo de aleitamento materno, intervenções à mulher com complicações pós-parto ou patologia associada, intervenções de apoio à mulher e convivente significativo em casos de alterações morfológicas e/ou funcionais do RN ou durante o período de luto em caso de morte fetal; cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto, patologia associada e/ou concomitante, no tratamento do RN com problemas de saúde no período neonatal; assumir a decisão de transferir, assegurar a transferência e cuidar da puérpera e RN durante o transporte (OE, 2010).

Para que fosse possível ir ao encontro das orientações preconizadas pela OE e com os objetivos do estágio de natureza profissional, foi necessária uma pesquisa da evidência científica mais atualizada, uma vez que estamos numa época em que as mulheres têm acesso a muitas fontes de informação, o que leva a mais dúvidas e questões, sendo por isso importante ir de encontro com as necessidades da puérpera num período de adaptação, com informações pertinentes, acertadas e atualizadas. A carga teórica foi uma mais valia certamente, mas que não dispensou a necessidade constante de pesquisa, o que permitiu uma comparação pertinente entre a bibliografia e as rotinas protocoladas no serviço.

O serviço de puerpério, situado no quarto piso do CMIN, é composto por 34 camas, sendo que 16 são em quartos individuais e 18 em quartos duplos, equipados com cama, berço e casa de banho. Os quartos individuais têm uma bancada para a prestação dos cuidados ao RN, com um lavatório e um espaço para mudança das fraldas e troca de roupa. Como já foi referido anteriormente, a admissão da puérpera e do RN acontecia, habitualmente, através de um aviso telefónico do núcleo de partos, ou do bloco operatório, dependendo se era um parto vaginal ou cirúrgico, com o objetivo de fornecer informação básica sobre a puérpera, como o tipo de parto, IG e hora de nascimento, bem como qualquer outra informação pertinente para a continuidade dos cuidados. Independentemente da proveniência da puérpera e do RN, o acolhimento era realizado da mesma forma, após a apresentação do serviço, equipa e recursos disponíveis, era confirmada a identificação da puérpera e esta era acompanhada até ao quarto, onde era apresentado o espaço físico e explicada as rotinas do serviço e o horário de visitas, demonstrando sempre disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas ou necessidades.

É com base nesta informação que o enfermeiro é capaz de identificar necessidades e implementar ações de enfermagem específicas com o objetivo de aumentar as competências da mulher para cuidar do seu filho e de si, bem como promover um vínculo afetivo. Isto pode ser alcançado através de intervenções que permitem o empoderamento da mulher, como: apoiar na amamentação, desde o seu incentivo e manutenção ao apoio nos posicionamentos e na resposta às dificuldades; apoio nos cuidados específicos ao recém-nascido, como troca da fralda, banho, cuidados ao coto e vacinação; diminuição do risco de infeção puerperal através de ensinamentos sobre higiene íntima, cuidados com a ferida

perineal/abdominal, fissuras mamárias e manutenção da lactação; preparação das puérperas e acompanhantes para a alta hospitalar, com orientações sobre segurança do RN, métodos contraceptivos e outros recursos disponíveis na comunidade (Rocha et al, 2017). A puérpera que está bem informada e orientada, bem como emocionalmente estável, está mais preparada para cuidar de si e do seu bebê e apresenta um menor risco de complicações, isto é alcançado com suporte e diálogo, pelo enfermeiro, através de uma interação baseada na confiança e no respeito, proporcionando um ambiente seguro que prepara a mulher para aquilo com que ela se depara (Azevedo et al, 2018).

Após a instalação da puérpera e do RN no quarto, era consultado o processo clínico e confirmados os dados pessoais da mesma, de modo a conhecer a situação atual, antecedentes pessoais, história obstétrica e dados da gravidez atual, como tipo de parto, rotura de membranas, presença de ferida cirúrgica, tipo de analgesia, grupo sanguíneo e presença de hemorragias. Era também feita uma colheita inicial dos dados do bebê, como sexo, índice de Apgar, dados antropométricos, hora da primeira mamada, e presença de pulseira de identificação e pulseira eletrônica. Após a colheita dos dados era realizada uma avaliação física do RN, através da observação do estado da pele, movimentos respiratórios, clampagem do cordão umbilical e presença de reflexos, em especial, o reflexo de sucção, pela sua importância para a amamentação.

Dependendo do local onde a puérpera ficava acomodada, quarto duplo ou individual, esta era questionada acerca do desejo da presença constante de um acompanhante, habitualmente o pai do bebê, que na maioria dos casos ficava em alojamento partilhado com a mulher e o filho. Numa sociedade em que os papéis parentais se vão alterando, pela mudança do papel da mulher e pela necessidade de uma divisão mais igualitária das tarefas, surge, para além da noção de maternidade, o conceito de parentalidade (Borsa e Nunes, 2011). A maternidade inclui um conjunto de alterações fisiológicas e sociais para a mulher, a participação do pai torna essa experiência menos extenuante, uma vez que a mulher se apercebe que tem um apoio com quem pode dividir tarefas, tensões, prazeres e descobertas associadas a este momento de transição (Gutmann et al, 2018).

A equipa de enfermagem do serviço de puerpério era constituída por enfermeiras generalistas e enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, o que permitia uma metodologia de trabalho multidisciplinar e individualizado, centrado nos cuidados à mulher e/ou casal e recém-nascido, identificando focos de atenção e diagnósticos de enfermagem, para determinar intervenções autónomas e interdependentes de modo que os cuidados de enfermagem fossem os mais específicos para cada situação. A assistência à mulher em situação de pós-parto é de grande importância para a saúde materna e neonatal e necessita de uma assistência de enfermagem qualificada, de modo a prevenir complicações e proporcionar conforto físico e emocional, num período de vida da mulher em que esta vivencia muitas mudanças e dúvidas (Gomes e Santos, 2017).

De modo a organizar o desenvolvimento deste capítulo iremos dividi-lo em quatro subcapítulos: Cuidados à puérpera; Cuidados ao recém-nascido; Amamentação e Preparação para o regresso a casa.

Cuidados à Puérpera

Como já foi descrito, o puerpério é um momento de alterações fisiológicas e emocionais e compete ao enfermeiro estabelecer uma relação com a puérpera e identificar as suas necessidades individuais, de forma a formular diagnósticos de enfermagem e executar intervenções de enfermagem. Para isso, é importante que o enfermeiro possua conhecimentos acerca da anatomia e fisiologia da mulher e das mudanças associadas a cada sistema e órgão. Assim, durante o período pós-parto ocorrem alterações fisiológicas nos seguintes sistemas:

- Aparelho reprodutor e estruturas associadas - Involução uterina, lóquios, encerramento do colo uterino, diminuição da espessura da mucosa vaginal, aumento do tónus na musculatura pélvica e abdominal;
- Sistema circulatório - Retorno do débito cardíaco e volume sanguíneo;
- Sistema hematológico - Alterações dos valores da hemoglobina, leucocitose e fatores de coagulação;
- Sistema endócrino - Diminuição de estrogénios e progesterona, aumento da prolactina e restabelecimento do ciclo menstrual;
- Sistema urinário - Diminuição da dilatação dos ureteres e cálices renais, aumento da diurese e risco de infeção urinária;
- Sistema gastrointestinal - Regularização da função intestinal e peristaltismo (Nené et al, 2016).

Por rotina do serviço, nos turnos diurnos, era feita uma avaliação da puérpera no início do turno, que incluía a avaliação dos parâmetros vitais, da pele e mucosas, da mama e mamilos, palpação do útero, observação do penso cirúrgico, se cesariana ou períneo, se parto vaginal, avaliação dos lóquios e avaliação dos membros inferiores. Nos turnos noturnos eram apenas avaliados os parâmetros vitais.

É habitual verificar-se uma alteração dos parâmetros vitais no período pós-parto, como por exemplo, elevação gradual da tensão arterial nos primeiros quatro a cinco dias pelo aumento da resistência vascular periférica, porém, os sinais de alarme a ter em atenção são: temperatura superior a 38°C após as primeiras 24 horas pós parto, uma vez que pode ser um indicador de infeção puerperal; hipo ou hipertensão, uma vez que podem ser indicativos de hemorragia uterina não diagnosticada ou quadro de pré-eclâmpsia, quando associado a cefaleias, epigastralgia ou alterações visuais; taquicardia ou bradicardia acentuada (Nené et al, 2016).

A infecção puerperal é uma das mais importantes causas de mortalidade puerperal, habitualmente instala-se entre o quarto e o quinto dia pós-parto e é caracterizada pelo aumento da temperatura corporal, mas pode ainda apresentar sintomas como cefaleias, lóquios purulentos e mal-estar geral. Os principais riscos para a infecção puerperal são o parto por cesariana, a presença de mecônio no líquido amniótico, TP prolongado, RM superior a seis horas, uso de fórceps, quantidade de exames vaginais elevados, falta de assepsia do material cirúrgico, falta de cuidados pré-natais e falta de cuidados de higiene, bem como má nutrição, obesidade, traumas cirúrgicos, fragilidade imunológica ou retenção de fragmentos placentários (Lana et al, 2017).

As alterações cutâneas no pós-parto incluem a mudança da coloração das estrias, quando existentes, de uma cor vermelho-arroxeadas para esbranquiçadas, a diminuição da hiperpigmentação da pele da face, abdómen e mamas e a diminuição da pilosidade (Montenegro e Rezende, 2011). É importante a atenção para sinais de alarme como pele e mucosas descoradas, ou pele fria e viscosa ao toque e desidratada (Nené et al, 2016).

Nas primeiras 24 horas pós-parto, a mama está mole e produz um líquido amarelado chamado colostro, e nas 72 horas seguintes a mama vai ficando tensa e pesada e colostro evolui para leite. Se não houver uma drenagem eficaz, as mamas ficam duras, quentes e hipersensíveis, e nos casos mais graves, pode evoluir para ingurgitamento mamário e mastite (Nené et al, 2016). É, por isso, importante a manutenção do aleitamento e o correto esvaziamento da mama após cada mamada, de forma a que esta fique menos tensa e dura, que, nesse caso, dificulta uma pega correta do RN, e ainda, aumentar a frequência das mamadas, a aplicação de calor húmido antes das mamadas, para facilitar a ejeção do leite, a aplicação de frio após as mamadas, para reduzir a produção do leite e diminuir a sensação dolorosa (Sá e Oliveira, 2015), e estar atento a sinais se alerta como rubor, calor, dor, mamilos gretados, fissurados ou invertidos e presença de massa palpável (Nené et al, 2016).

A vigilância da mama, para além de ser feita por rotina no início do turno, era feita aquando as mamadas, eram observadas as características do mamilo, a presença de fissuras e a consistência da mama, era também aproveitado o momento para a realização de ensinamentos como cuidados de higiene, extração manual de leite, a importância do uso de um sutiã adequado, os recursos disponíveis para proteção dos mamilos e a aplicação de leite materno ou lanolina nos mamilos para a sua proteção ou para o tratamento de fissuras. A aplicação do leite, pelas suas propriedades nutritivas, favorece a cicatrização cutânea ao aumentar a produção de colagénio, formando uma película protetora que impede a desidratação da derme, para além de apresentar propriedades anti-infecciosas que auxiliam na prevenção de mastite. A aplicação do leite no mamilo, como meio de tratamento e proteção, é mais eficaz quando combinada com o uso de arejadores de mamilo, ou com a exposição solar, que por si só tem uma eficácia menor do que a aplicação de lanolina que, apesar de mais eficaz, é de difícil remoção, pode provocar aderência ao vestuário e tem um custo moderado (Santos et al, 2017). Está comprovada uma melhoria significativa, quer no alívio da dor quer na

redução da lesão mamilar, pelo tratamento com lanolina superior a sete dias, e uma diminuição da lesão em 24 horas mais eficaz quando comparada com a aplicação do leite materno (Neto et al, 2018). Estão desaconselhados o uso de cremes e a higiene com água e sabão antes das mamadas, uma vez que a remoção dos cremes lesa a pele pela fricção e a lavagem remove a camada protetora da pele (Santos et al, 2017)

O útero é o órgão que mais se altera durante a gravidez e após o parto retorna ao seu tamanho habitual dentro de seis a oito semanas. Imediatamente após o descolamento da placenta inicia-se a involução uterina, pela atividade contrátil. Nas primeiras 24 horas após o parto o útero pode ser palpado ao nível umbilical e vai diminuindo e retorna à pelve, até não ser mais palpável, entre o décimo e o décimo quarto dia, este processo é mais rápido nas mulheres que estejam a amamentar (Sá e Oliveira, 2015). Quando existe infeção ou retenção de fragmentos placentários, a involução uterina é dificultada (Cunningham et al, 2016), sendo por isso importante a palpação uterina para despiste de complicações maternas. Porém, este procedimento demonstrou ser desconfortável e doloroso para a maioria das mulheres, principalmente nas que tinham sido submetidas a cesariana, é por isso relevante a explicação da sua importância, para que este seja melhor aceite pela puérpera. É aconselhável que este procedimento seja realizado com a bexiga vazia, uma vez que cheia pode falsear as medidas ao deslocar o útero para cima (Montenegro e Rezende, 2011).

Associada à involução uterina está a saída dos lóquios, secreção fisiológica vaginal, que é constituída por exsudado, matéria celular e sangue. Os lóquios alteram as suas características ao longo do tempo, podendo ser:

- Hemáticos - de cor vermelha viva e que se iniciam imediatamente após o parto e com uma duração de três a quatro dias;
- Sero-hemáticos - de coloração rosada ou acastanhada, com duração entre o terceiro/quarto e o décimo dia;
- Serosos - de cor amarelada ou esbranquiçada, iniciam após o décimo dia e podem durar entre 24 a 36 dias após o parto (Azevedo et al, 2018).

A avaliação dos lóquios é importante, uma vez que quando em quantidade abundante ou com um cheiro fétido podem estar associados a um quadro de subinvolução uterina, retenção de fragmentos placentários ou infeção puerperal (Freitas et al, 2011). Era um procedimento geralmente bem aceite pelas puérperas, e estas eram instruídas para as alterações que deveriam esperar e para os possíveis sinais de alerta, como o cheiro fétido ou o aumento da temperatura corporal.

Aquando a avaliação dos lóquios, era realizada a observação do períneo, que deve ser considerado um procedimento de grande importância na atuação de enfermagem, uma vez que o desconforto perineal é uma das principais queixas das puérperas (Gonçalves et al, 2019). A avaliação do períneo deve ser feita com a mulher deitada e os joelhos fletidos e

em abdução, de modo a facilitar a visibilidade do observador, com o uso de luvas, deve ser examinada a ferida perineal e a presença ou não de edema ou de hemorroidas, questionando sempre mulher relativamente às suas queixas (Baston e Hall, 2009). O edema, principalmente na região da ferida, é comum nos primeiros dias pós-parto, porém deve-se ter como sinal de alarme um edema pronunciado, sinais inflamatórios ou um desconforto acentuado. É também importante que o enfermeiro seja capaz de promover o conforto e o bem-estar da puérpera com opções além das farmacológicas, uma vez que o desconforto provocado pela ferida perineal pode inibir a autonomia da mulher ao afetar a sua capacidade para o autocuidado e os cuidados ao RN, inclusive, dificuldade na amamentação, através da inibição da produção de ocitocina. Assim, é importante reforçar a aplicação de gelo, que através da redução da temperatura local, diminui o edema e alivia a dor, e através da vasoconstrição reduz o risco de hemorragia e promove a cicatrização. A crioterapia, além de ser um método não farmacológico, não invasivo e de baixo custo, é descrito pelas puérperas como confortável e eficaz (Gonçalves et al, 2019). A ferida perineal deve ter os mesmos cuidados que qualquer outra ferida cirúrgica, através da manutenção de um períneo limpo e seco, isto é, com cuidados de higiene e mudança de pensos frequente, para que haja uma diminuição do risco de infecção, e a puérpera deve ser advertida para a linha de sutura, que cai espontaneamente entre o oitavo e décimo dia pós-parto (Nené et al, 2016).

Dever ser realizada uma avaliação dos membros inferiores da puérpera, de modo a detetar edema ou queixas álgicas, principalmente se estas forem unilaterais, o que é sugestivo de alterações venosas. Deve ser incentivada a deambulação precoce, uma vez que promove as funções circulatória, vesical e intestinal, reduzindo o risco de trombose venosa profunda e embolia pulmonar. Nas puérperas com risco para complicações trombóticas, pode ser administrada heparina como método preventivo (Freitas et al, 2011). Nos casos em que a puérpera é medicada com heparina e foi submetida a um parto cirúrgico, é importante ter em consideração a remoção do cateter epidural, uma vez que este não deve ser removido num intervalo mínimo de doze horas após a administração de última toma de heparina, e a dose de seguinte não deve ser administrada pelo menos duas horas após a remoção do cateter (Yoshida, 2017). Para além da deambulação, nos casos de edema dos membros inferiores, era incentivado às mulheres a drenagem postural.

Pelas vantagens acima referidas, o levante e deambulação devem ser incentivadas assim que os efeitos da anestesia não o impeçam. O primeiro levante deve ser feito na companhia de um profissional de saúde, pelo risco de lipotimia (Sá e Oliveira, 2015). Habitualmente, as puérperas que tinham tido um parto vaginal, realizavam o primeiro levante ainda no núcleo de partos, mas eram auxiliadas no levante quando chegavam ao serviço e incentivadas a usar a casa de banho, quando ainda não tinham urinado espontaneamente após o parto. Às puérperas provenientes do bloco operatório, era incentivado o levante seis horas após a chegada ao serviço, após descartada a hipótese de bloqueio motor.

Pela quantidade de líquidos intravenosos administrados durante o parto, pelo efeito antidiurético da ocitocina, pela diminuição da sensibilidade vesical provocada pelos analgésicos e anestésicos, traumas provocados à bexiga ou pela episiotomia ou partos instrumentados, é importante uma vigilância atenta da retenção urinária com hiperdistensão comum no puerpério imediato. Deste modo, é importante observar e incentivar a puérpera a urinar para assegurar que as suas bexigas não fiquem cheias e se esvaziam corretamente após cada micção nas primeiras quatro horas após o parto, uma vez que, quando dentro deste período a mulher não o consegue fazer de forma espontânea, é provável que tenha problemas adicionais. Nestes casos é necessária uma avaliação complementar da puérpera, através do exame vaginal, para deteção de hematomas no períneo e trato genital, e avaliação da bexiga distendida, que é possível palpar acima do púbis, distinta do fundo uterino que é palpado acima da linha umbilical. Quando a puérpera não consegue urinar após as primeiras quatro horas a seguir ao parto, ou após remoção da sonda vesical, esta deve ser algaliada e medido o volume urinário, se este for superior a 200 mililitros a bexiga não está a funcionar de forma correta e a sonda vesical deve ser mantida durante 24 horas, se o volume urinário for inferior a 200 mililitros a algália pode ser retirada e deverá ser feita uma nova avaliação nas quatro horas seguintes (Cunningham et al, 2016). De uma forma geral, foi verificado que as mulheres não tinham dificuldade em urinar espontaneamente nas primeiras quatro horas após o parto ou após remoção da sonda vesical, nas mulheres em que isto não se verificava era feito o procedimento descrito na literatura, as puérperas eram algaliadas e contabilizado o débito urinário, e demonstrou ser o suficiente, uma vez que quando incentivadas à ingestão hídrica, deambulação, ou simplesmente repousarem na casa de banho com o barulho da água a correr, era eficaz para que estas tivessem micções espontâneas e mais nenhum procedimento adicional fosse necessário.

Associada ao longo período de jejum e repouso no leito, é frequente a ocorrência de obstipação intestinal, quando esta não é resolvida através da deambulação, ingestão hídrica e de uma dieta rica em fibras, ao fim do terceiro dia deve ser administrada terapêutica laxativa (Montenegro e Rezende, 2011). Isto foi verificado na prática clínica, apenas os timings de administração dos laxantes eram alterados, dependendo do tipo de parto, uma vez que era importante o restabelecimento do trânsito intestinal antes da alta clínica, por isso sendo administrados no segundo dia nas situações de partos vaginais e apenas nos partos por cesariana eram administrados no terceiro dia. A mulher era sempre questionada acerca dos seus padrões intestinais habituais.

Relativamente à alimentação após o parto, não deve haver nenhuma restrição alimentar e duas horas após um parto vaginal, quando não existem complicações associadas, esta deve ser iniciada, tendo apenas atenção ao aporte calórico nos casos das lactantes, se a mãe escolher não amamentar, as necessidades dietéticas devem ser as mesmas que tinha antes de engravidar (Cunningham et al, 2016). Nos partos por cesariana o início da alimentação

deve ser indicado pelo anestesista, o que habitualmente era seis horas após o nascimento, e não devem ser feitas restrições alimentares, exceto nos casos em que houver comorbidades maternas, como diabetes mellitus ou hipertensão arterial crônica. Devem ser incentivados alimentos de fácil digestão, hiperproteicos e a ingestão hídrica, para promoção do aleitamento, e desencorajados o uso de temperos e de bebidas alcoólicas, uma vez que podem alterar o sabor e composição do leite. Alimentos obstipantes devem ser evitados na primeira semana após o parto (Sá e Oliveira, 2015). Na prática clínica, a alimentação das puérperas nos partos vaginais era iniciada ainda no recobro do núcleo de partos, duas horas após o nascimento do recém-nascido, conforme o que está descrito na literatura, e nos partos por cesariana era iniciada no serviço de puerpério, habitualmente seis horas após a subida para o serviço, após ter sido feita a avaliação desta e prestados os cuidados de higiene parciais, quando tínhamos indicação médica para isso. A alimentação nos dois casos era habitualmente iniciada com chá e bolachas e, conforme tolerância, progredia para uma dieta geral. As mulheres eram habitualmente questionadas, dentro das dietas disponíveis, acerca daquilo que queriam comer.

Os cuidados de higiene eram prestados parcialmente, antes do levante efetuado pelos enfermeiros, principalmente da zona perineal. Após o levante, a puérpera era auxiliada no chuveiro durante o primeiro banho e era questionada se precisava de ajuda para os seguintes. Segundo Baston e Hall (2009), os cuidados de higiene promovem o conforto, uma vez que ter a cara e os dentes lavados e uma roupa limpa são o suficiente para que a puérpera se sinta confortável consigo e em receber visitas. A ajuda deve ser sempre oferecida, uma vez que pode ser difícil levantar, deambular e cuidar da sua higiene nos casos em que existe uma ferida cirúrgica.

A terapêutica, no puerpério, consistia essencialmente em analgésicos e anti-inflamatórios. Estes eram administrados pelo menos nas primeiras 24 horas após o parto, mantida a via endovenosa ou substituída por oral, dependendo das queixas da puérpera. Era importante ter em atenção qualquer alergia medicamentosa referida pela mulher, bem como evitada terapêutica anti-inflamatória, não esteroide, nas mulheres hipertensas (Sá e Oliveira, 2015). Nas situações de puérperas Rh negativas com teste de Coombs indireto negativo, após confirmação de recém-nascido com fator Rh positivo, era indicada a administração de imunoglobulina anti-D por via intramuscular até 72 horas após o nascimento (Freitas et al, 2011).

Ocasionalmente, associado à colocação de cateter epidural, pode ocorrer a punção acidental da dura-máter com perda de líquido cefalorraquidiano e redução da pressão de liquor, o que leva ao aparecimento de cefaleias que podem ser acompanhadas de tonturas, náuseas, vômitos, alterações visuais ou auditivas, queixas interescapulares e rigidez da nuca. Nestes casos deve ser incentivado o repouso no leito, hidratação e terapêutica com cafeína (Freitas et al, 2011). Apesar de não ser uma situação comum foi observada algumas vezes, esta situação era impeditiva para que a mulher fosse capaz de cuidar e de prestar os cuidados

ao recém-nascido. Como está descrito na literatura, era mantido o repouso no leito e incentivada a ingestão hídrica e o consumo de cafeína. A queixa mais frequente eram as cefaleias e tonturas.

Para além de ser importante a avaliação física das mulheres, é importante ter em conta as alterações emocionais que estão associadas ao pós-parto. Pelo facto de se tratar de um período em que ocorrem alterações familiares, sociais e de mudança de papéis, associado a uma maior vulnerabilidade e alterações hormonais, o puerpério é a fase da vida da mulher em que esta se encontra mais propensa ao desenvolvimento de perturbações psicológicas (Nené et al, 2016). Após passado o sentimento de euforia associado ao parto, o desconforto associado a um padrão de sono irregular e à ansiedade provocada pelos cuidados ao recém-nascido, pode levar ao desenvolvimento de um quadro depressivo, de intensidade variável. É necessário um suporte emocional e psicológico da família e dos profissionais de saúde para que a puérpera seja encorajada e desmistifique medos e ansiedades (Sá e Oliveira, 2015).

A depressão pós-parto ocorre em cerca de 10% das mulheres durante a gravidez e em 13% das mulheres em período pós-parto, nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos estes números aumentam para 15,6% e 19,8%, respetivamente. São fatores de risco: história anterior de depressão, falta de suporte familiar, gravidez não desejada, stresse e ansiedade excessivos, abuso de substâncias como tabaco ou droga, antecedentes de violência, pobreza e, segundo alguns autores, parto por cesariana. Como consequências da depressão gravídica ou pós-parto temos: alteração na formação e desenvolvimento fetal, dificuldade na formação de vínculo entre a mãe e o recém-nascido e consequentemente, alterações no desenvolvimento deste (Poles et al, 2018). Nos casos mais graves podem estar presentes sintomas psicóticos que podem colocar em risco o recém-nascido e a própria puérpera, nestes casos é necessário um aconselhamento com terapeutas treinados, grupos e ajudar ou medicamentos antidepressivos (Freitas et al, 2011). É por isso importante o papel presente da EESMO, que auxilia, ensina, escuta, e valida as competências da puérpera no seu papel enquanto mulher e enquanto mãe, para que esta se sinta capaz e apoiada em todas as suas tarefas e decisões, cabe à enfermeira ceder as ferramentas para que a mulher seja autónoma e esclarecer quando aparecem dúvidas, mas também estar atenta a qualquer sinal de alerta que possa surgir e saber encaminhar quando foge das suas capacidades. Neste período da prática clínica não houve nenhuma situação que pudesse ser identificada como sintoma psicológico puerperal, mas a bibliografia do tema permite-nos estar atentos a qualquer sinal que possa surgir no futuro.

Uma das causas de stresse e ansiedade identificada foram as próprias expectativas parentais. Antes do nascimento do bebé, os pais criam um bebé imaginário, a quem atribuem aspetos físicos e psicológicos conforme as expectativas que têm e começam a tornar-se pais durante a gestação. Após o nascimento, é-lhes apresentado não só o bebé imaginário, mas também o bebé real, ao qual eles têm de se adaptar (Bossi e Ardans, 2015). Era comum os pais terem uma ideia pré-concebida de como seria o seu filho ou como eles iriam ser como

pais, mas quando a realidade se demonstrava mais complicada do que aquilo que eles tinham imaginado era tido como causa geradora de ansiedade, não tanto pelos aspetos físicos do recém-nascido, mas pelos aspetos comportamentais, ou porque era mais agitado do que aquilo que esperavam, ou porque chorava mais, ou porque dormia de mais e não interagia. Foram várias as realidades presenciadas, mas a intervenção centrava-se sempre no apoio e no esclarecimento de dúvidas. Habitualmente, os pais rapidamente se adaptavam à realidade e geriam os seus comportamentos com base nos comportamentos do bebé e criavam assim vínculos afetivos.

O vínculo consiste no apego que é construído entre mãe e filho após o nascimento e que permite um desenvolvimento bio e psicoafectivo seguro e saudável do bebé. O vínculo afetivo é influenciado pelo trabalho de parto e pelo primeiro encontro com o bebé, por isso uma experiência positiva do parto, em que existe um primeiro contacto imediato é facilitadora da ligação entre a puérpera e o recém-nascido, pois é onde se dá início aos estímulos sensoriais e à interação. A amamentação, possibilitando um contacto íntimo, frequente e prolongado, permite a formação de um laço afetivo em que a puérpera é capaz de compreender as necessidades do recém-nascido e, conseqüentemente, mais capaz no desempenho das funções maternas, fatores importantes na construção do vínculo entre a mulher e o bebé (Silva e Braga, 2019). No contexto clínico, foi dado espaço à mulher para que esta interagisse e conhecesse o seu filho, relembrando sempre que estaríamos disponíveis para ela sempre que necessário, para que esta não se sentisse ansiosa, mas sim tranquila para que aquela ligação fosse facilitada. Nos cuidados ao recém-nascido era sempre permitido uma autonomia, para que lhe fosse permitido tocar, sentir e conhecer o seu bebé, era dado apoio na amamentação para que esta não fosse motivo de stresse, mas sim um momento calmo, para que ela se sentisse capaz no seu novo papel de mãe e cuidadora.

Cuidados ao Recém-nascido

Segundo a ICM (2017), o cuidado ao recém-nascido é uma parte integral do papel da EESMO, no sentido em que uma prestação de cuidados de qualidade por uma profissional treinada pode ser significativa para a manutenção da vida de um recém-nascido. Assim, a EESMO deve ser capaz de: examinar, reanimar, cuidar, identificar condições normais e complicações do recém-nascido; iniciar, promover e apoiar a amamentação e a promoção do vínculo afetivo; educar a família para a prevenção e manejo de doenças e a importância da imunização.

O profissional de saúde destaca-se como facilitador de orientações com a finalidade de promover e assegurar a qualidade na assistência e padronizar os cuidados ao recém-nascido, predominantemente os cuidados de higiene, a promoção da amamentação, a termorregulação, a troca de fraldas e os cuidados ao coto umbilical (Silva et al, 2017). Existem dificuldades e inseguranças por parte da puérpera no que diz respeito aos cuidados

ao RN, nesse sentido, é importante que o enfermeiro trabalhe em conjunto com a mãe para que as dúvidas, que podem por o RN em risco, possam ser esclarecidas, através de um diálogo aberto capaz de orientar a mãe pelo conhecimento científico, respeitando o conhecimento e os dilemas que esta possui, e não como o único conhecedor do saber (Rodrigues et al, 2018).

Por rotina, no serviço eram feitos os ensinamentos para o banho ao recém-nascido e para o tratamento ao coto umbilical, no turno da manhã. Sobre a troca das fraldas, promoção da amamentação e a termorregulação eram abordados em todos os turnos. Antes da alta eram informados sobre os rastreios ao recém-nascido e a vacinação.

O banho era dado no turno da manhã, em dias alternados. No primeiro dia após o nascimento e, nos casos de cesariana ou internamentos mais prolongados no terceiro dia. O primeiro banho geralmente era dado pela enfermeira e observado pelos pais e, no segundo era questionado aos pais sobre a vontade de participarem no banho, que normalmente era aceite. Mesmo nos dias em que não era dado o banho, eram prestados cuidados e feitos ensinamentos para os cuidados ao coto umbilical. O material utilizado para prestar os cuidados ao coto era compressa esterilizada e álcool a 70%. Os pais eram instruídos a passar uma compressa embebida em álcool a 70% num movimento único pelo coto umbilical, pelo menos uma vez por dia, após o banho, ou sempre que sentisse necessidade se este se apresentasse húmido ou visivelmente sujo. Eram alertados para sinais de alarme como rubor local ou cheiro fétido. Esta prática não ia ao encontro do que defendem muitos autores, como Cardão e colaboradores (2017) que referem que a técnica *dry care* consiste em manter o coto limpo e seco. Esta técnica reduz o tempo de separação do coto umbilical, quando comparada com o uso de outras soluções (como álcool, clorexidina ou iodopovidona), o que diminui o risco de onfalite, uma vez que quanto mais tempo o coto demora a cair, maior a probabilidade de infeção.

O banho ao recém-nascido era dado no quarto, na banca dos cuidados de higiene, no caso dos quartos individuais, ou na banheira móvel, no caso dos quartos duplos. Era pedido aos pais que preparassem a roupa e os produtos a usar, antes de iniciar o banho, de modo a que o bebé ficasse o mínimo de tempo possível despido e para que não tivessem necessidade de sair de perto deste durante o banho, prevenindo acidentes. Era preparada a água do banho a 37°C, e a temperatura confirmada com o cotovelo ou a face interna do pulso. O procedimento ia ao encontro do que é descrito por Nené e colaboradores (2016) acerca da educação para a saúde na puérpera, relativamente ao banho, como: preparar todo o material para o banho e muda de roupa antecipadamente; remover acessórios que possam lesar o bebé e lavar as mãos antes de iniciar o banho; verificar a temperatura da água; limpar a zona da fralda de qualquer resíduo de fezes antes de o colocar na banheira; segurar o bebé com a cabeça apoiada no antebraço e a mão na axila; lavar com água limpa a face; lavar a cabeça com um champô neutro; lavar sempre da zona mais limpa para a mais suja, terminando com a zona genital; secar o bebé com uma toalha macia, sem esfregar, com

movimentos suaves; vestir o bebé. A diferença daquilo descrito por Nené e os seus colaboradores e aquilo que se verificou na prática clínica é que, enquanto a autora descreve que o banho deve ser preferencialmente diário, na prática, era dado em dias alternados, o que vai de encontro com aquilo descrito por Mutic e colaboradores (2017), que refere que o banho diário e a remoção do vérnix caseoso não são necessários, e o último, pela sua composição química e vantagens para a hidratação e proteção da pele do RN, pode ser desfavorável. O banho dado apenas no primeiro dia de vida cumpre ainda as indicações de que o primeiro banho seja apenas realizado pelo menos seis horas após o nascimento do recém-nascido, como meio de prevenir o risco de hipotermia (Ruschel et al, 2018).

Era incentivado que os pais trocassem a fralda do recém-nascido antes das mamadas, não só como meio de estimular o RN para que este estivesse desperto para a amamentação, mas também como cuidado de higiene e conforto que permite uma redução do risco de dermatite provocada pela fralda. A zona da fralda deve ser limpa utilizando água e sabão neutro, e os pais eram alertados para a possibilidade da presença de cristais de urato ou secreções hemáticas (nas meninas), provocadas pelas hormonas que recebe durante a gestação (Lima et al, 2020). As fezes devem ser removidas com frequência de modo a evitar o acumular de amónia ou bactérias fecais, que são prejudiciais para a pele, devendo ser evitadas toalhetas com químicos abrasivos para a pele do RN (Mutic et al, 2017).

Durante o internamento eram realizados pelas enfermeiras do serviço alguns rastreios ao recém-nascido, mais concretamente o diagnóstico precoce das cardiopatias congénitas e o rastreio auditivo neonatal, estes rastreios foram inicialmente observados, mas mais tarde executados por nós, na qualidade de estudantes. O rastreio das cardiopatias congénitas era realizado no início do turno da noite a todos os bebés nascidos no dia anterior, com uso de um oxímetro. Era avaliada a saturação de oxigénio na mão direita e num dos pés do recém-nascido e registados os valores. Esta prática estava de acordo com o trabalho de Amorim e Nunes (2019), que referem que a oximetria de pulso é um método rápido, facilmente disponível, não invasivo e barato, de avaliação da saturação de oxigénio, que permite a identificação de hipoxemias, que ocorrem nos recém-nascidos com cardiopatias congénitas, isto é, com alterações estruturais do coração e grandes vasos. O teste é considerado positivo quando a avaliação de oxigénio é inferior a 95% na mão direita ou no pé ou existe uma diferença superior a 3% entre os dois valores em diferentes avaliações separadas por quatro horas ou uma avaliação única inferior a 90% em qualquer das extremidades. O rastreio auditivo neonatal universal (RANU) era realizado no turno da manhã, normalmente no dia da alta clínica, com uso de um aparelho de otoemissões acústicas, era necessário que o recém-nascido estivesse tranquilo, uma vez que o choro dificultava a realização do exame. O RANU permite o diagnóstico e, conseqüentemente, intervenção precoce na surdez, que tem um impacto negativo ao nível do desenvolvimento da comunicação oral, bem como ao nível emocional e social da criança. Quando o diagnóstico é concluído antes dos três meses de idade, é possível iniciar-se a intervenção antes dos seis meses (Lopes et al, 2016). Quando

por algum motivo o teste não permitia um resultado conclusivo, aquando a alta era indicada uma data para nova repetição de exame, para que o teste fosse realizado a todos os bebês.

Na manhã do dia da alta hospitalar, por rotina, era também administrada a primeira dose da vacina contra a hepatite B. Os pais eram alertados para as possíveis reações à vacina e acerca do início do esquema de vacinação.

Amamentação

A amamentação era a área que mais investimento teve durante o tempo decorrido no serviço de puerpério, desde o ensino sobre vantagens, posições e técnicas para uma pega correta, estratégias para a sua manutenção, conselhos para estimular a produção e para uma correta remoção do leite e orientações sobre a vigilância das mamas para prevenção de intercorrências mamárias como ingurgitamento e mastite.

Segundo a ICM (2017), o aleitamento materno é a forma de alimentação ideal para proporcionar um crescimento e desenvolvimento saudáveis uma vez que providencia todo o aporte calórico e nutricional que as crianças necessitam nos primeiros meses de vida, mas também promove o desenvolvimento cognitivo e sensorial, protege contra infeções e doenças crónicas, diminui o risco de incidência de neoplasias mamárias ou dos ovários e ainda é uma alternativa segura e boa para o ambiente.

A amamentação era incentivada e apoiada desde a primeira hora de vida e durante todo o internamento, para que possam manter um bom aleitamento materno. Este apoio é importante, uma vez que influencia positivamente a escolha materna de amamentar e a autoeficácia na amamentação. Segundo Rodrigues e colaboradores (2014) a autoeficácia, conceito definido pela habilidade pessoal de desempenhar com sucesso certas atividades que produzem resultados desejáveis, é fundamental para o aleitamento materno, uma vez que quanto mais elevada a autoeficácia maior será o período de aleitamento materno. A autoeficácia é baseada em quatro fontes de informação: experiências pessoais, observação de experiências, persuasão verbal e respostas emocionais. Apesar de serem todas fontes de informação importante, a mais relevante na atuação de enfermagem é a persuasão verbal, isto é, o incentivo de pessoas experientes e profissionais de saúde com o objetivo de convencer a pessoa do seu potencial. Foi verificada várias vezes na prática clínica a importância de experiências anteriores e da experiência de terceiros, uma vez que quando as mulheres tinham experiências anteriores positivas ou conheciam alguém com uma boa experiência de amamentação, isso influenciava positivamente, uma vez que a mulher já estava confiante no seu sucesso. Quando, pelo contrário, a mulher referia que numa experiência anterior tinha tido dificuldades, já vinha com outra opinião, por exemplo, mulheres que tinham tido experiências em que o RN não fazia uma boa pega já vinham prevenidas com mamilos de silicone e muitas vezes não iniciavam a mamada sem eles.

Foi importante a nossa intervenção para a manutenção do aleitamento materno, na desmistificação de ideias através de uma correta orientação e de ensinamentos para a saúde que aumente a autoestima e a confiança da mãe no momento da amamentação. O abandono precoce da amamentação pode ser incitado por mitos, como por exemplo, a mãe achar que o seu leite é insuficiente para o seu bebé, mito que persiste na sociedade, apesar de não ser real, uma vez que todas as mães são capazes de produzir o leite mais adaptado nutricionalmente ao seu bebé. Quando o leite materno é substituído por leite artificial pode levar a um aumento de doenças e infeções (Silva et al, 2020).

No serviço era incentivado o aleitamento materno exclusivo, que segundo Carvalho e colaboradores (2016) consiste na alimentação da criança somente com leite materno (LM), não sendo oferecidos quaisquer outros alimentos líquidos ou sólidos, com exceção de suplementos vitamínicos ou medicação. A criança apenas era alimentada ou suplementada com leite adaptado com uma indicação prévia do pediatra. Esta prática é suportada pelo trabalho de Pinheiro e colaboradores (2016), que defendem que o uso de leite adaptado no internamento pode levar ao desmame precoce e incentivar a mãe a utilizar outros leites, o que contribui para a diminuição da produção do LM. Segundo a OMS (2009), existem condições maternas ou da criança aceitáveis para o uso temporário ou permanente de substitutos do leite materno. Alguns exemplos são: lactentes com muito baixo peso ao nascer (peso <1500 gramas), muito prematuros (IG <32 semanas) ou com risco de hipoglicemias; mães com HIV, sepsies, ou medicadas com terapêutica não compatível com a amamentação; abscessos mamários ou mastite.

Eramos muitas vezes questionadas pelas mães acerca do uso da chupeta. Apesar de não ser incentivado, era explicado às mães que a chupeta não deveria ser utilizada enquanto que os bebés não estivessem bem-adaptados ao seio materno. Apesar do uso de chupeta estar associado a comportamentos desfavoráveis durante a amamentação, está demonstrado que uma sucção não nutritiva tem vantagens ao nível do desempenho na alimentação, melhora a motilidade gástrica, diminui o tempo de transição para a alimentação completa e acalma o bebé (Zimmerman, 2018).

As mães eram informadas acerca das características do leite inicial, ou colostro, e da sua importância, bem como da importância do posicionamento adequado para o esvaziamento da mama e produção do leite. Segundo Coelho e colaboradores (2018), o correto posicionamento é importante pois facilita uma boa pega, que é importante para que o bebé consiga retirar de maneira eficiente o leite da mama, de uma forma que não lese os mamilos. Uma boa pega é visualizada quando o bebé apresenta uma abertura ampla da boca, que lhe permite abocanhar não só o mamilo, mas também parte da aréola, fazendo com que o mamilo fique dentro da boca do recém-nascido e esteja protegido de fricção e compressão, prevenindo assim lesões. Quando a pega é inadequada o ganho de peso é prejudicado, uma vez que nestas situações, apesar de o bebé conseguir retirar eficazmente o leite anterior, demonstra dificuldades em retirar o leite posterior que é mais rico em calorias.

Relativamente ao posicionamento, a mãe era aconselhada a optar por um que lhe fosse mais confortável, uma vez que a mamada poderia ser prolongada e era necessário que esta não apresentasse nenhum desconforto, quer fosse deitada ou sentada o importante é que o recém-nascido esteja de frente para a mãe, com o nariz ao nível do mamilo, com a cabeça e o tronco alinhados e bem apoiado (Freitas et al, 2011).

As mães eram aconselhadas a amamentar sob livre demanda, ou seja, sem regularidade relativamente aos horários ou tempo de permanência, mas sim quando o RN demonstrasse vontade para mamar. Apenas eram ensinadas para que evitassem pausas alimentares muito grandes (superiores a quatro horas), pelo risco hipoglicémico, e que a mamada tivesse pelo menos quinze minutos de duração. Esta prática ia ao encontro em alguns aspetos com aquilo defendido por Freitas e colaboradores (2011), que defende o aleitamento materno sob livre demanda, porém refere que a duração da mamada não deve ser estabelecida pela diferente capacidade que cada RN tem de esvaziar a mama e pela diferente capacidade de armazenamento de leite de mulher para mulher. O autor refere que o importante, independentemente da duração da mamada, é que o bebé seja capaz de esvaziar a mama, de modo a tirar partido do aporte calórico do leite posterior.

Durante o período de amamentação as mulheres eram aconselhadas a ter uma alimentação equilibrada e a beber bastante água durante o dia. Segundo Alves e colaboradores (2018), o período de amamentação é a fase ideal para a mulher iniciar uma alimentação equilibrada, pela recetividade que estas apresentam, e pelas vantagens a longo prazo na sua saúde e na do seu filho. As mulheres devem ser orientadas para uma dieta rica em frutas, legumes, grãos integrais, laticínios com baixo teor de gordura, bem como outros alimentos ricos em vitaminas e minerais, e aumentar o consumo de líquidos, de forma a auxiliar na produção de um leite mais saldável e em maior quantidade. Apesar se não haver evidências que certos alimentos devam ser retirados da dieta da mãe de forma a prevenir e tratar possíveis cólicas do recém-nascido, devem ser evitados alimentos como leite de vaca, soja, ovos, amendoins, refrigerantes, cafeína e chás, pela sensibilidade que provoca em alguns recém-nascidos.

As mães eram orientadas para a subida do leite, período em que ocorre alterações ao nível das características e composição do leite, que pode acontecer entre 48 a 72 horas após o parto, dependendo da mulher e do tipo de parto. Durante esta fase é comum as mulheres demonstrarem desconforto por sentirem a mama tensa, cheia, dura e pesada. Estas mães eram orientadas para técnicas de conforto, quando adaptar o bebé à mama não é suficiente, como a extração manual do leite, ou com auxílio de bomba, e a ingestão de líquidos (Nené et al, 2016). A mulher deve ser orientada para as técnicas da extração manual do leite, como: procurar uma posição confortável, pensar no seu bebé para ajudar na ejeção do leite e massajar a mama em movimentos circulares da base da mama para a aréola com as pontas dos dedos (Freitas et al, 2011).

Quando a pega ou posicionamento não eram adequados ou o bebê não era capaz de esvaziar corretamente a mama, poderiam ocorrer intercorrências mamárias. As mães eram orientadas para a existência destas complicações e para a sua prevenção e tratamento. Dentro das intercorrências mamárias associadas à lactação podemos identificar, entre outros: ingurgitamento mamário, lesão mamilar, mamilos planos ou invertidos, candidíase, bloqueio dos ductos lactíferos, mastite e abscesso mamário (Oliveira et al, 2019). Podemos ainda considerar o fenômeno dor, referida por muitas mulheres no início da amamentação, e que segundo Almeida e colaboradores (2017), é a principal causa da maioria dos problemas da amamentação.

Na prática clínica os problemas mais observados foram lesão mamilar, mamilos planos ou invertidos e o ingurgitamento mamário. A atuação de enfermagem mostrou-se fundamental para a prevenção e tratamento destas intercorrências e para que não evoluíssem para situações mais graves. A principal área a intervir era nos ensinamentos da pega, uma vez que uma pega correta, isto é, uma pega em que a boca do RN está bem aberta e cobre grande parte da aréola, o mamilo está completamente dentro da boca do bebê e este apresenta os lábios voltados para fora, as bochechas cheias, faz sucções lentas e profundas e solta o mamilo quando satisfeito, processo que não causa dor à mãe (Sepúlveda, 2019), resolvendo a maioria das intercorrências mamárias.

Relativamente aos mamilos invertidos ou planos, eram situações de fácil resolução, uma vez que apesar de apresentarem dificuldades na amamentação, não são intercorrências impeditivas desta e o bebê é muitas vezes capaz de formar o “mamilo” com a aréola, podendo também ser aconselhadas o uso de compressas frias ou a bomba manual e seringas adaptadas previamente à amamentação, com esse intuito (Oliveira et al, 2019). As mães optavam muitas vezes nesta situação pelo uso dos mamilos de silicone. Segundo Pitilin e colaboradores (2019), o uso do mamilo de silicone como mamilo auxiliar facilita a amamentação ao estimular o início do reflexo de sucção e permitindo um nível de conforto e satisfação à mãe, o que tem um impacto positivo no sucesso da amamentação.

A complicação mamária mais comum resultante da má técnica de amamentação, observada durante o estágio de natureza profissional, foi a maceração mamilar, que é caracterizada por uma lesão de continuidade cutânea, que pode comprometer a derme e epiderme, normalmente localizada na superfície do mamilo ou na junção entre o mamilo e a aréola (Almeida et al, 2019). Segundo Nené e colaboradores (2016), a identificação da causa da maceração dos mamilos é essencial para o planejamento e execução das intervenções de enfermagem, estando entre as causas mais prováveis a pega incorreta, mamadas muito longas e candidíase. Os principais cuidados que a puérpera deve ter de modo a prevenir ou minimizar esta intercorrência são: higiene das mãos antes do início da mamada; correta higiene mamária; hidratação dos mamilos com colostro e arejamento; assegurar-se de uma pega adequada; esperar que o RN largue espontaneamente o mamilo, ou se não, interromper a sucção colocando um dedo entre a boca do bebê e a mama de modo a desfazer o vácuo e

interromper a sucção sem lesar o mamilo. Estes cuidados demonstraram-se de fácil execução e de fácil compreensão para as puérperas.

Ocasionalmente, foram observados alguns casos de ingurgitamento mamário, fenómeno caracterizado por Sá e Oliveira (2015) pela estase láctea repentina em puérperas, anteriormente em bom estado geral, que causa desconforto, tensão mamária e calor local, provocada habitualmente por uma pega incorreta, sucção não eficiente e produção excessiva de leite, que ocorre entre 48 a 72 horas após o parto, normalmente associada à subida do leite. Os ensinamentos feitos às puérperas seguiam as indicações dos autores, que referem que a mulher deve ser orientada para a manutenção da amamentação com um adequado esvaziamento das mamas, aumentar a frequência das mamadas, aplicando calor húmido antes do início da mesma, de modo a facilitar a ejeção do leite, e extrair manualmente o excesso de leite após a mamada e aplicar compressas frias de modo a diminuir a sensação dolorosa e promover a vasoconstrição. Deve ser aconselhado o uso de um sutiã de tamanho adequado, uma vez que um sutiã muito apertado pode comprimir os ductos mamários.

Preparação para o regresso a casa

Apesar da preparação para regresso a casa não ser feita, exclusivamente, no momento da alta clínica, uma vez que os ensinamentos feitos ao longo de todo o internamento tinham esse mesmo objetivo, preparar os pais o melhor possível, atenuando os seus medos e clarificando as suas dúvidas, havia alguns procedimentos e ensinamentos que eram feitos apenas no dia da alta.

No dia da alta para o domicílio, que habitualmente era a partir das 48 horas nos casos de partos vaginais e a partir das 72 horas nos casos de partos por cesariana, as mulheres eram orientadas relativamente aos sinais de alerta de complicações como: hemorragias pós-parto, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, infeção e tromboembolismo, indicações defendidas na literatura como autores como Sá e Oliveira (2015), que referem a importância da avaliação dos próprios sintomas, como perda de sangue súbita e acentuada, febre, lóquios com cheiro fétido, dor, entre outros, para prevenção de complicações no puerpério tardio. Era também feita uma avaliação física geral, de modo a assegurar que o puerpério estava a decorrer dentro da normalidade.

A mulher era também alertada para a importância das consultas de seguimento, principalmente para o início da contraceção pós-parto, uma vez, que o momento da alta é o momento ideal para discutir com o casal o planeamento familiar (Freitas et al, 2011). O método contraceptivo dependia da escolha da mulher e se esta estivesse a amamentar ou não. Habitualmente, à mulher que amamentava era aconselhado um método progestativo oral, o que vai ao encontro com aquilo descrito por Montenegro e colaboradores (2014), que referem ainda os métodos definitivos cirúrgicos, os dispositivos intrauterinos, os

contracetivos combinados, que podem ser aconselhados numa fase posterior, desde que a lactação esteja bem estabelecida, habitualmente quatro semanas após o parto, ou o método de barreira que poderá ser iniciado imediatamente após o parto.

As mulheres eram aconselhadas para o uso de paracetamol e ibuprofeno como método de controlo da dor, todas as restantes medicações, sem prescrição médica, eram desaconselhadas pelo risco de passagem para o LM (Freitas et al, 2011).

Relativamente ao bebé, no dia da alta, durante os cuidados de higiene, este era pesado. Era esperado que um recém-nascido perdesse peso após o nascimento, considerando-se aceitável uma perda até 10% do peso com que nasceu (Fernández-González et al, 2018). Era também administrada a vacina anti hepatite B e os pais eram alertados para as datas das seguintes vacinas, de forma a dar continuidade ao Plano Nacional de Vacinação (Nené et al, 2016). Em algumas situações, principalmente em RN nascidos por cesariana, era realizado o diagnóstico precoce das doenças metabólicas, ou como é comumente conhecido, o teste do pezinho. Este procedimento ia de encontro com aquilo defendido pela literatura, uma vez que o teste deve ser idealmente feito entre o terceiro e o sétimo dia de vida do RN, nunca antes das 48 horas de amamentação, uma vez que as manifestações das doenças estão associadas com a alimentação. O exame é feito através da colheita de sangue do calcanhar do RN para um papel filtro (Oliveira e Souza, 2017). Os pais eram sempre informados acerca da realização do rastreio e eram informados acerca de onde poderiam confirmar os resultados e ao fim de quanto tempo.

Os pais eram alertados para a prevenção de acidentes, mais concretamente, durante o meio de transporte. Por esse motivo, os RN não eram autorizados a sair do serviço sem estarem no acessório de transporte, ou “ovo”, como é vulgarmente conhecido, e assegurado que o cinto de imobilização estava corretamente ajustado ao tamanho do bebé, isto é, com um dedo de folga entre o cinto e o ombro do RN (Nené et al, 2016).

Finalmente, eram entregues aos pais todos os documentos, mais concretamente o boletim de grávida e o boletim de saúde infantil, devidamente preenchidos com os dados do parto, do recém-nascido e todos os restantes dados colhidos e rastreios efetuados corretamente identificados, e o boletim de vacinas. Era também entregue aos pais um panfleto informativo com todos os ensinamentos realizados ao longo do internamento de forma resumida, uma vez que é um período onde é facultada muita informação nova, que continha o número do serviço, caso surgissem dúvidas, bem como a nota de alta. Assim que o processo estivesse completo pelos serviços administrativos, o casal e o bebé eram acompanhados pela assistente operacional até à saída.

O período passado no serviço de puerpério do CMIN foi um período de aprendizagem onde nos foi permitida o desenvolvimento da autonomia para a realização dos ensinamentos para a saúde a todas as mulheres e o desenvolvimento de um adequado olhar clínico para a avaliação destas e dos seus filhos. Foi um período exigente, mas não por isso deixou de ser menos

satisfatório, pelos resultados obtidos, que nos permitiu crescer e evoluir enquanto futuros EESMO.

ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Neste capítulo irá ser abordado o percurso durante a unidade curricular denominada “Estágio de natureza profissional com relatório final” de uma forma refletiva. Segundo Peixoto e Peixoto (2016), refletir sobre a prática torna-se importante num processo de aprendizagem, no sentido em que permite uma problematização das práticas e a sua melhoria com base na evidência científica. A prática refletida assume um lugar de destaque no contexto clínico por ser o local onde os estudantes interligam os conhecimentos teóricos, anteriormente adquiridos, com a prática, que pela sua imprevisibilidade, torna necessário o uso da reflexão para uma correta tomada de decisão.

Assim, torna-se importante avaliar as práticas realizadas ao longo do percurso clínico, de uma forma ponderada, que proporcione o crescimento profissional e pessoal. Enquanto estudantes de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, foi-nos pedido que acompanhássemos uma tutora, anteriormente atribuída, durante a sua prestação dos cuidados de saúde, não só com um objetivo de aprendizagem, mas sobretudo com um pensamento crítico, de forma a relacionarmos o nosso conhecimento teórico com as experiências que a prática nos proporcionou, de forma a desenvolvermos a nossa identidade enquanto profissional e enquanto especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. De acordo com os objetivos estipulados era importante termos este crescimento e pensamento refletivo.

Neste processo de aprendizagem, em que nos foi permitido contactar com diferentes serviços e diferentes situações, exigindo a resolução de problemas e, ainda, interagir com vários e diversificados profissionais, foi possível a integração de conhecimentos oriundos de várias fontes e, conseqüentemente, o desenvolvimento gradual da autonomia para a tomada de decisão e a prestação de cuidados de saúde especializados e com qualidade. A par deste processo, foi importante a construção do relatório de estágio, uma vez que permitiu desenvolver competências de pesquisa e análise teóricas que contribuíram para a tomada de decisão e o pensamento reflexivo.

Os objetivos definidos e propostos inicialmente iam ao encontro do que é definido pela lei nº9/2009 de 4 de março do Diário da República, que preconiza um ensino ministrado sob orientação apropriada, em estágio num centro hospitalar, de forma a proporcionar ao estudante o início das atividades e responsabilidades implicadas numa prática EESMO, devendo:

- Consultar pelo menos 100 grávidas em consulta pré-natal;
- Vigiar e cuidar pelo menos 40 parturientes;

- Realizar pelo menos 40 partos, ou quando este número não pode ser atingido, 30 partos realizados e 20 assistidos;
- Participar ativamente em partos de apresentação pélvica ou formação por simulação;
- Praticar sutura de episiotomia;
- Vigiar e cuidar pelo menos 40 grávidas em situação de risco;
- Vigiar e cuidar pelo menos 100 puérperas e recém-nascidos.

Considerando estes objetivos práticos descritos no Diário da República, podemos perceber os seguintes objetivos de estágio como cumpridos, uma vez que durante o percurso decorrido nos diferentes serviços do CMIN, sob a orientação de várias enfermeiras tutoras:

- Foram consultadas em período pré-natal 170 grávidas;
- Foram vigiadas e cuidadas 96 parturientes, das quais 32 eram consideradas como situação de risco;
- Foram realizados 75 partos e assistidos 22, dos quais dois foram partos cefálicos;
- Foi realizada a simulação do parto em apresentação pélvica;
- Foi possível praticar a sutura de episiotomia 52 vezes;
- Foram vigiadas e cuidadas 79 grávidas em situação de risco;
- Foram vigiadas e cuidadas 96 puérperas, das quais 32 foram consideradas de risco e 96 recém-nascidos, dos quais 45 foram considerados de risco.

É possível dizer que o número das atividades desenvolvidas não retrata as emoções a elas associadas, no entanto estes números traduzem as várias possibilidades para o desenvolvimento pessoal e a satisfação própria. Apenas o número considerado para parturientes e recém-nascidos não foi atingido, mesmo que por uma margem muito pequena, porque a carga horária foi mais reduzida e por uma menor disponibilidade de tutoras no CMIN, não sendo permitido mais que uma estudante por período de estágio.

Felizmente, o apoio sentido durante o percurso foi extraordinário e, surgiu de diferentes frentes, quer das orientadoras de estágio, quer das tutoras e das diferentes enfermeiras com as quais nos cruzámos. Todas elas nos permitiram crescer de forma autónoma, enquanto nos direcionavam no caminho que sentiam ser o melhor para nós, permitiram várias oportunidades de aprendizagem e exigiam conhecimentos teóricos que fundamentassem a nossa prática. Ou seja, o pensamento reflexivo não só era esperado, como incentivado.

Foi benéfico o acompanhamento de diferentes mulheres e diferentes casais, uma vez que permitiu uma experiência ao nível de diferentes realidades e situações que, por consequência, permitiu um crescimento enquanto estudante, profissional de saúde e pessoa.

Resumidamente, foi uma experiência positiva de aprendizagem, facilitada pela disponibilidade de todos os profissionais que nos acompanharam, permitindo uma preparação e motivação para o futuro exercício como EESMO. Foi possível uma prática baseada na evidência, uma vez que quase todos os procedimentos efetuados tinham por base um conhecimento justificado teoricamente, e não eram feitos ao acaso, por rotina do serviço. Não há muitas questões a apontar acerca do que devia ser alterado no contexto dos cuidados e da metodologia de trabalho no local de estágio. O acompanhamento e a exigência pelo nosso trabalho, enquanto estudante, que são aspetos fundamentais nesta fase de aprendizagem, foi de excelência. Cabe-nos apenas agradecer todas as oportunidades disponibilizadas, que proporcionaram a concretização deste percurso.

CONCLUSÃO

Com a elaboração deste relatório de estágio apresentámos, de forma descritiva e reflexiva, o percurso desenvolvido ao longo do estágio de natureza profissional e o aprofundamento de um tema que surgiu da prática clínica, através de uma revisão de literatura, mais especificamente, sobre se a mulher em trabalho de parto deve ou não ser alimentada. Tornou-se evidente que o percurso não seria fácil, mas sim exigente, quer ao nível da disponibilidade de tempo, quer ao nível intelectual.

Apesar de ter sido um percurso exigente, não foi, por isso, menos satisfatório chegar ao fim, que se pode considerar como a realização de um objetivo de vida, de um sonho, ter sido capaz de investir numa área que, desde muito cedo, despertou o nosso interesse e curiosidade, não só pela beleza que envolve o processo de gravidez, o parto e a parentalidade, mas também pela autonomia, responsabilidade e especificidade inerentes a esta área profissional. É no sentido de evoluir ao nível destas competências e autonomia de cuidados, com confiança, que se torna indispensável desenvolver conhecimentos e habilidades para que nos seja possível tomar decisões refletidas e ponderadas, adequadas a cada situação.

Foram desenvolvidas competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem, que tinham em vista a assistência especializada à mulher e à família na gravidez com complicações, durante o trabalho de parto e no parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco, e facilitadoras da transição para a parentalidade. Foram desenvolvidas competências de análise crítico-reflexiva das práticas, considerando sempre a evidência científica mais atualizada e foram desenvolvidas competências de investigação.

A escolha do tema da revisão da literatura e, especialmente o seu desenvolvimento, foi desafiante e benéfico para a evolução do pensamento reflexivo, uma vez que se trata de um dos poucos temas em que a prática ainda não está de acordo com as novas evidências científicas. Foi um trabalho que permitiu uma discussão de partilha dos conhecimentos adquiridos com vários profissionais de saúde, desde enfermeiros a anestesistas. Apesar de esta partilha de conhecimentos não ter alterado atitudes clínicas destes profissionais, uma vez que alguns destes ainda argumentaram com evidências que já não estavam atualizadas, outros sabiam das evidências mais atualizadas, mas não alteraram a sua prática, com a justificação que atuavam de acordo com aquilo protocolado pela instituição, foi um exercício interessante para a nossa evolução, enquanto profissional de saúde.

A pesquisa científica torna-se cada vez mais importante, uma vez que estamos numa era em que, felizmente, a mulher esta cada vez mais empoderada na sua gravidez e no seu parto e, conseqüentemente, devido às mais variadas fontes de informação disponíveis, cada

vez mais informada. Compete-nos, por isso, estarmos atualizados sobre os mais recentes estudos disponíveis, mas também capazes de utilizar essa informação, no sentido de esclarecer e ensinar a mulher a triar a sua própria informação, muitas vezes de fontes não fidedignas, orientando-a para recursos adequados à sua situação específica e à fase do ciclo de vida reprodutivo em que se encontra.

Relativamente às dificuldades sentidas ao longo do estágio, relacionaram-se sobretudo com a saída de uma zona de conforto, pela escassa experiência hospitalar, porém, essa dificuldade foi facilmente ultrapassada com o apoio contínuo disponibilizado por todos os profissionais de saúde com quem tivemos a oportunidade de nos cruzar, em especial as enfermeiras tutoras nos diferentes serviços pelos quais tivemos a oportunidade de passar. Cada uma com um especial lugar neste processo de aprendizagem, motivaram, incentivaram, deram segurança, ensinaram e deram espaço para crescer. Foram exemplos a reter neste percurso formativo e a lembrar numa prática futura como enfermeira especialista. Inicialmente, fomos integradas através da observação, mas rapidamente passámos de assistir os procedimentos a efetuá-los, o que foi uma mais valia ao nível da confiança e, conseqüentemente, da autonomia. Aos profissionais do CMIN cabe-nos agradecer o acolhimento, a orientação e a força para continuar sempre.

O acompanhamento das docentes da ESEP também foi fundamental durante este percurso, desde as visitas ao local de estágio às reuniões e aulas que funcionavam como complemento deste processo de aprendizagem. A partilha de conhecimentos e o aconselhamento foi sempre sentido e aproveitado nesta evolução profissional. Outro aspeto importante foi a oportunidade de nos podermos juntar com as restantes colegas dos diferentes locais de estágio, num contexto de partilha de experiências. Esta partilha foi importante, no sentido em que nos pudemos aperceber de outras realidades e da forma como eram orientadas a agir e a pensar, o que mais uma vez, demonstrou ser mais um contributo para a construção da nossa própria identidade profissional.

Em suma, apesar das dificuldades e exigências deste processo, foi-nos possível ultrapassar este desafio e todos os obstáculos a ele inerente, com o apoio de todos os profissionais com quem tivemos o gosto de nos cruzar, sendo capazes de adquirir conhecimentos e competências ao longo de todo o processo não só através da prática clínica, mas também da pesquisa da evidência científica. Proporcionou-nos motivação, experiências e a prática para nos tornarmos profissionais competentes, especializados e capazes de prestar cuidados de excelência à mulher em todas as diferentes fases do ciclo gravídico, à sua família e ao recém-nascido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, M. [et al.] (2010) *Sistematização da Assistência de Enfermagem a Paciente com Síndrome Hipertensiva específica da Gestação*. Revista Rene Fortaleza v.11(4) p.66-75. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027972007.pdf>

ALMEIDA, M. [et al.] (2018) *Vivência e saberes das parturientes acerca da violência obstétrica institucional no parto*. Revista Eletrônica Acervo Saúde v.10(1) p.1466-1472.

ALMEIDA, R. [et al.] (2017) *Intercorrências mamárias: Implicações para a manutenção do aleitamento materno*. International Nursing Congress. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5553/2279>

ALVES, M. [et al.] (2018) *Alterações alimentares de nutrizes durante a amamentação*. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria, v.38(4) p.49-56. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/PDF/MARLY.pdf>

AMORIM, R., NUNES, C. (2019) *O uso da oximetria de pulso no diagnóstico precoce da cardiopatia congênita*. Revista de Medicina da Família e da Saúde Mental, v.1(1) p.169-176. Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/medicinafamiliasaudemental/article/view/1580>

ANDRADE, P. [et al.] (2016) *Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco*. Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil, Recife v.16(1) p.29-37. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292016000100029&script=sci_arttext&lng=pt

AREIA, A. [et al.] (2018) *Corticoterapia para maturação pulmonar fetal - Guidelines/Normas de orientação clínica*. Acta Obstétrica Ginecológica Portuguesa v.12(4) p.311-313. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400011

ATAIDE, M. [et al.] (2016) *Exame obstétrico realizado pela enfermeira: da teoria à prática*. Revista Enfermagem Foco, v.7(2) p.67-71. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/798>

AYRES-DE-CAMPOS, D., SPONG, C., CHANDRAHARAN, E. (2015) *FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography*. International Journal of Gynecology and Obstetrics v.131(2015) p.13-24. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2015.06.021>

- AZEVEDO, E. [et al.] (2018) *Período puerperal e atuação do Enfermeiro: uma Revisão integrativa*. Revista Ensaio, v.22(3) p.157-165. Disponível em: <https://revista.pgskroton.com/index.php/ensaioeciencia/article/view/4712>
- BARROS, S. (2006) *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. 1ª ed. Editora Manole.
- BASTON, H., HALL, J. (2009) *Midwifery Essentials Volume 4 - Postnatal*. 1ª ed. Churchill Livingstone Elsevier.
- BELEZA, A., NAKANO, A. (2004) *O trauma perineal no parto*. Fisioterapia Brasil, v.5(6) p.462-466.
- BORSA, J., NUNES, M. (2011) *Aspetos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear*. Psicol Argum, v.29(64) p.31-39. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19835>
- BOSSI, F., ARDANS, O. (2015) *O bebê imaginado e a constituição das identidades materna, paterna e do bebê*. Interação Psicol, v.19 p.385-394. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/34491/29507>
- CAMARNEIRO, A. (2007) *Gravidez de Risco e Desenvolvimento do Bebê*. 1ª ed. Editora Formasau.
- CARDÃO, C., PARREIRA, V., COUTINHO, E. (2019) *Práticas preventivas nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido - uma revisão integrativa da literatura*. Atas CIAIQ2019 - Investigação Qualitativa em saúde, v.2 p.1590-1599. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2371>
- CARVALHO, J. [et al.] (2016) *Conhecimento das mães sobre aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar*. Saúde em Redes, v.2(4) p.383-392. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/794>
- CHEN, C., NOVO, J. (2018) *Leiomioma uterino e atonia uterine pós-parto: relato de caso*. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v.20(2) p.113-113. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/32769>
- CIARDULLI, A. [et al.] (2017) *Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies: A Systematic Review and Meta-analysis*. Obstetrics and Gynecology, v.129(3) p.473-480. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28178059/>
- COELHO, A., MENEZES, R., LOBO, M. (2018) *A importância da amamentação na formação de vínculos afetivos saudáveis entre mãe/bebê*. Singular Educacional Faculdade Delta. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/6191>
- COUTINHO, E. [et al.] (2016) *O primado da comunicação em obstetrícia - As relações de poder estabelecidas entre enfermeiros e puérperas*. Atas CIAIQ2016 Investigação qualitativa

em saúde, v.2 p.1508-1516. Disponível em:
<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/909>

CUNNINGHAM, F. [et al.] (2016) *Obstetrícia de Williams*. 24ª ed. AMGH Editora.

DIÁRIO DA REPÚBLICA. Lei nº9/2009 de 4 de março. Diário da República n.º 44/2009, Série I de 2009-03-04, Assembleia da República, p.1466-1530. Disponível em:
<https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/604779/details/normal?l=1>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2001) *Circular informativa - Boletim de saúde da grávida*. DGS. Disponível em: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/-boletim-de-saude-da-gravida.aspx>

DONATO, H., MARINHO, R. (2013) *Como fazer pesquisa bibliográfica com eficácia? As estratégias do push e pull*. Acta médica portuguesa v.26(4) p.471-475. Disponível em:
<http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/1580>

EL-MONIEH, E., MOHAMADY, S. (2016) *Effect of vaginal examination frequency practice during normal childbirth on psychophysical condition of women*. Journal of Nursing and Health -Science, v.5(6) p.36-44. Disponível em:
<https://www.semanticscholar.org/paper/Effect-of-Vaginal-Examination-Frequency-Practice-on-El-Moniem-Mohamady/3a69b8b8d51220b66a107441dedf0e0aa2886973>

FAME (2009) *Iniciativa de Parto Normal, documento de consenso*. Lusociência.

FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, M. [et al.] (2019) *Weight loss thresholds to detect early hypernatremia in newborns*. Jornal de Pediatria, v.95(6) p.689-695. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30030986/>

FERRÃO, A., ZAGÃO, M. (2017) *Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto*. Revista Iberico-americana de Saúde e Envelhecimento v.3(1) p.886-900. Disponível em:
http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/179

FERREIRA, M. [et al.] (2016) *Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: Revisão integrativa*. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo v.50(2) p.324-334. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342016000200324&script=sci_arttext&tlng=pt

FREITAS, F. [et al.] (2011) *Rotinas em Obstetrícia*. Editora Artmed.

GALVÃO, C., SAWADA, N., TREVIZAN, M. (2004) *Revisão sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem*. Revista latino-am Enfermagem v.12(3) p.549-556. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000300014&script=sci_abstract&tlng=pt

GIL-ROJAS, Y. [et al.] (2018) *Cost-effectiveness of Carbetocin versus Oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage resulting from uterine atony in women at high-risk for bleeding in Colombia*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, v.40(5) p.242-250. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29913541/>

GILBERT, E., HARMON, J. (2002) *Manual Prático de Gravidez e Parto de Alto Risco*. 2ª ed. Editora Revinter.

GOMES, G., SANTOS, A. (2017) *Assistência de Enfermagem no Puerpério*. Revista Enfermagem contemporânea, v.6(2) p.211-220. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1407>

GONÇALVES, A., PARREIRA, V., COUTINHO, E. (2019) *A eficácia da crioterapia no períneo para alívio da dor no pós-parto*. Atas CIAIQ2019 - Investigação qualitativa em saúde, v.2 p.1655-1664. Disponível em: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/download/2396/2295>

GRAÇA, L. (2018) *Medicina Materno Fetal*. 5ª ed. Lidel.

GUIRALDELLO, L., LASCALA, M., GREEN, M. (2018) *Análise da frequência e percepção sobre violência obstétrica e suas repercussões ético-legais*. Nucleus, v.15 p.299-315. Disponível em: <http://www.nucleus.feituverava.com.br/index.php/nucleus/article/view/3534>

GUTMANN, V. [et al.] (2018) *Cuidados com o recém-nascido: a contribuição do pai no aleitamento materno*. Vittalle - Revista de Ciências da Saúde, v30(2) p.21-30. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/1ce2/ae6cf8839334488891c765ede392b9f389cb.pdf>

HANLEY, G. [et al.] (2016) *Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature*. BMC Pregnancy and Childbirth. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27039302/>

HIDALGO-LOPEZOSA, P., HIDALGO-MAESTRE, M., RODRÍGUEZ-BORREGO, M. (2016) *Estimulação do parto com ocitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais*. Rev Latino-Am Enfermagem, v.24 p.1-7. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02744.pdf

HUNT, L. (2013) *Literature review: Eating and drinking in labor*. British Journal ou Midwifery, v.21(7) p.499-502. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Literature-review%3A-Eating-and-drinking-in-labour-Hunt/efbe30f7e7fdd7781ac74427840a828b4228d839>

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2017) *Position Statement - Breastfeeding*. Disponível em: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-position-statements/>

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2017) *Position Statement - Care of the Newborn*. Disponível em: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-position-statements/>

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2014) *Position Statement - Professional Accountability of the Midwife*. Disponível em: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-position-statements/>

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2017) *Position Statement - Role of the Midwife in Physiological Third Stage of Labor*. Disponível em: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-position-statements/>

JANIGHORBAN, M. [et al.] (2018) *Women's needs on bed rest during high-risk pregnancy and postpartum period: A qualitative study*. Journal of Midwifery and reproductive health v. 6(3) p.1327-1335. Disponível em: http://jmrh.mums.ac.ir/article_11079.html

JIANG, H. [et al.] (2017) *Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full>

KAHHALE, S., FRANCISCO, R., ZUGAIB, M. (2018) *Pré-eclâmpsia*. Revista Médica de São Paulo v.97(2) p.226-234. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/143203>

KAHRS, B. [et al.] (2018) *Fetal rotation during vacuum extractions for prolonged labor: a prospective cohort study*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, v.97 p.998-1005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29770435/>

LANA, P. [et al.] (2017) *Infeção puerperal sob o ponto de vista da assistência humanizada na enfermagem*. Revista científica Univiçosa, v.9(1) p.723-727. Disponível em: <https://academico.univicoso.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/906>

LEEMAN, L. (2020) *State of the breech in 2020: Guidelines support maternal choice, but skills are lost...* Wiley Periodicals, v.2020:00 p.1-4. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12487>

LEVINE, T. [et al.] (2015) *Early Childhood Neurodevelopment after intrauterine Growth Restriction: A Systematic Review*. American Academy of Pediatrics v.135 nº 1 p 126-141. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25548332/>

LIMA, R. [et al.] (2020) *Intervenções de enfermagem - primeiro banho do recém-nascido: estudo randomizado sobre o comportamento neonatal*. Acta Paul Enferm, v.33 p.1-10. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002020000100408&script=sci_arttext&lng=pt

LOPES, A. [et al.] (2016) *Protocolo e plataforma online do rastreio auditivo neonatal universal do centro hospitalar baixo vouga, EPE*. Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-facial, v.54(2) p.99-103. Disponível em: <https://www.journalsporl.com/index.php/sporl/article/view/333>

MACHADO, C. [et al.] (2019) *Cuidado de Enfermagem na promoção do contacto pele a pele mãe-filho na primeira hora de vida*. Disciplinum Scientia, v.20 nº2 p.485-496.

MACHADO, L., NETO, M. (2018) *Uso do fórceps: uma revisão de literatura*. Revista de Patologia do Tocantins, v.5(3) p.56-58. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/5707>

MAJID, A. [et al.] (2019) *Newborn vitamin K prophylaxis: A historical perspective to understand modern barriers to uptake*. Hospital Pediatrics, v.9(1) p.55-59. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30593456/>

MARCEL, C., STRAYER, D., PRAVIKOFF, D. (2016) *Oral intake during labor*. Cinahl Information Systems. California.

MARIYA, T. [et al.] (2018) *Multiple part umbilical cord entanlemente and neonatal outcomes*. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology, v.57 p.672-676. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30342649/>

MARUJO, A. [et al.] (2017) *Maturação cervical com sonda de foley: experiência de um centro terciário*. Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, v.11(2) p.84-90. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302017000200004

MELO, R., RUA, M., SANTOS, C. (2014) *O impacto na sobrecarga dos cuidadores familiares: revisão da literatura sobre programas de intervenção*. Indagatio Didactica v.6(2) p.1-14. Disponível em: <https://proa.ua.pt/index.php/id/article/view/4043/3035>

MENDES, K., SILVEIRA, R., GALVÃO, C. (2009) *Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem v.17(4) p.758-764. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt

MONTENEGRO, C., REZENDE, J. (2011) *Rezende - Obstetrícia Fundamental*. 12ª ed. Editora Guanabara Koogan.

MONTENEGRO, N. [et al.] (2014) *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª ed. Lidel.

MOORE, E. [et al.] (2016) *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/full>

MOREIRA DE SÁ, R., OLIVEIRA, C. (2015) *Hermógenes - Obstetrícia Básica*. 3ª ed. Editora Atheneu.

- MURRAY, E. [et al.] (2015) *Differential effect of intrauterine growth restriction on childhood neurodevelopment: a systematic review*. International Journal of Obstetrics and Gynaecology, v.122 p.1062-1072. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25990812/>
- MUTIC, A. [et al.] (2017) *The postpartum maternal and newborn microbiomes*. MCN Am J Matern Child Nurs, v.42(6) p.326-331. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29049057/>
- NASCIMENTO, A. [et al.] (2017) *Assistência de enfermagem na fase latente do trabalho de parto: Relato de experiência*. International Nursing Congress. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/5af9/cc79a01a0e8c1c8e625119fda3c37b72912c.pdf>
- NATO, Y. [et al.] (2019) *The effect of labor epidural analgesia on labor, delivery, and neonatal Outcomes: a propensity score-matched analysis in a single Japanese institute*. JA Clinical Reports. Disponível em: <https://jaclinicalreports.springeropen.com/articles/10.1186/s40981-019-0260-z>
- NÉNÉ, M., MARQUES, R., BATISTA, M. (2016) *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª ed. Lidel.
- NETO, C. [et al.] (2018) *Estudo comparativo do uso de lanolina HPA e leite materno para o tratamento da dor associada ao trauma mamilar*. Rev Bras Ginecol Obstet, v.40 p.664-672. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032018001100664
- NUNES, R. [et al.] (2019) *Avaliação dos fatores determinantes à realização da episiotomia no parto vaginal*. Enfermagem Foco, v. 10(1) p.71-75. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1399>
- OLIVEIRA, A. (2013) *Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controlo*. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, v.29 p.151-159. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000300003
- OLIVEIRA, A. [et al.] (2019) *Prevenção e cuidados frente às complicações mamárias relacionadas à amamentação na atenção primária à saúde - Relato de Experiência*. Enfermagem Brasil, v.18(1) p.158-165. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2085>
- OLIVEIRA, A. [et al.] (2011) *O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: Percepção de puérperas*. Revista cogitare Enfermagem, v.16(2) p.247-253. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/20201/14211>

OLIVEIRA, E., SOUZA, A. (2017) *A importância da realização do teste do pezinho: o papel do enfermeiro na orientação da triagem neonatal*. Id on Line Revista Psicologia, v.11(35) p.361-378. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/742/0>

OLIVEIRA, M. [et al.] (2019) *Avaliação do primeiro período clínico do trabalho de parto*. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v.20. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/378>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2016) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - Versão 2015*. Edição Portuguesa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015) *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Obstétrica/Parteiras*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) *Parecer nº10/2011 - Assunto: competência para monitorização da altura de fundo uterino e da frequência cardíaca fetal*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Parecer10_MCEESMO.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) *Regulamento das competências específicas em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

O'REILLY, B., BOTTOMLEY, C., RYMER, J. (2008) *Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia*. 1ª ed. Lusodidata.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2015) *As recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento de infeções maternas no período periparto - Sumário executivo*. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum-infections-guidelines-summary/pt/

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2015) *Como melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros - Resumo executivo*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204270/WHO-RHR-15.22-por.pdf?ua=1>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2013) *Gestão ativa da terceira fase do parto*. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/new-recommendations-amtsl/pt/

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2013) *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf?sequence=2

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2009) *Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite materno - Atualização*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69938/WHO_FCH_CAH_09.01_por.pdf?sequence=2

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2013) *Recomendações da OMS Para a Prevenção e Tratamento da Hemorragia Pós-Parto*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf?sequence=12&isAllowed=y

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2013) *Recomendações da OMS Para a Prevenção e Tratamento da Pré-eclâmpsia e da Eclâmpsia - Implicações e ações*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119627/WHO_RHR_14.17_por.pdf?sequence=2

ØSTBORG, T., ROMUNDSTAD, P., EGGEBO, T. (2017) *Duration of the active phase of labor in spontaneous and induced labor*. Acta Obstet Gynecol Scand v.96 p.120-127. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27731890/>

PEDROLO, E. [et al.] (2009) *A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro*. Cogitare Enfermagem v.14(4) p760-763. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/10/A-pratica-baseada-em-evidencia-como-ferramenta-para-pratica-profissional-do-enfermeiro.pdf>

PEESAY, M. (2017) *Nuchal cord and its implications*. Maternal Health, Neonatology and Perinatology. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29234502/>

PEIXOTO, N., PEIXOTO, T. (2016) *Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico*. Revista de Enfermagem Referência, v.4(11) p.121-132. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIvN11/serIvN11a13.pdf>

PEREIRA, A., BACHION, M. (2006) *Atualidade em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência*. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS) v.27(4) p.491-498. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633>

PHELPS, K. [et al.] (2018) *Let low-risk moms eat during labor? The Journal of Family Practice*, v.67(6) p.379-380. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001899/>

PINHEIRO, J. [et al.] (2016) *Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos*. Revista de Nutrição Campinas, v.29(3) p.367-375. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732016000300367&script=sci_arttext&tlng=pt

- PINTO, P. [et al.] (2015) *Avaliação de ministração de corticosteroides em situações de suspeita de parto pré-termo iminente: um estudo de coorte retrospectivo em um centro terciário*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.37 p467-472. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032015001000467&script=sci_abstract&tlng=pt
- PITILIN, É. [et al.] (2019) *Fatores associados à autoeficácia da amamentação Segundo os tipos de mamilos*. Revista Rene, v.20 p.1-8. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1040975>
- POLES, M. [et al.] (2018) *Maternal depressive symptoms during immediate postpartum: associated factors*. Acta Paul Enferm, v.31(4) p.351-358. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000400351&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
- POMPEU, K. [et al.] (2017) *Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem*. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro v.7/1142. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1142/0>
- POSNER, G. [et al.] (2014) *Trabalho de parto & parto de Oxorn e Foote*. 6ª ed. Editora Artmed.
- REITTER, A. (2019) *Practical insight into upright breech birth from videos: A structured analysis*. Wiley Periodicals, v.2020:00 p.1-9. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12480>
- ROCHA, C. [et al.] (2017) *O puerpério como espaço educativo para o cuidado da mãe e bebê*. Experiência UFSM, v.3(2) p.23-33. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/experiencia/article/view/24779>
- ROCHA, C., WESTPHAL, F., GOLDMAN, R. (2019) *Conhecimento, atitude e prática de enfermeiros obstetras e obstetrizes sobre a realização de episiotomia*. Brazilian Journal of Health Review, v.2(1) p.226-235. Disponível em: <http://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/903>
- RODRIGUES, A. [et al.] (2014) *Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v.18(2) p.257-261. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0257.pdf>
- RODRIGUES, D. [et al.] (2018) *Conhecimento da mãe sobre os primeiros cuidados ao recém-nascido*. Portuguese ReonFacema, v.4(4) p.1274-1282. Disponível em: <https://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/484>

- RUSCHEL, L., PEDRINI, D., CUNHA, M. (2018) *Hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida*. Rev Gaúcha Enferm, v.39 p.1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e20170263.pdf>
- SÁ, R., OLIVEIRA, C. (2015) *Hermógenes - Obstetrícia Básica*. 3ª ed. Editora Atheneu.
- SALAZAR, G. (2013) Criterios para el manejo de cesárea de urgencia. Revista Mexicana de Anestesiología, v.36(1) p.159-162. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131aj.pdf>
- SANDALL, J. [et al.] (2016) *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>
- SANTOS, B., OLIVEIRA, T., MARINHO, D. (2017) *Uso do leite materno no tratamento de trauma mamilar em puérperas: revisão integrativa*. International Nursing Congress. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5383>
- SANTOS, C., PIMENTA, C., NOBRE, M. (2007) *A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências*. Revista Latino-america Enfermagem v.15(3) p.1-4. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf
- SANTOS, I., RAMALHO, C. (2016) *Indução eletiva do trabalho de parto às 39 semanas de gestação vs atitude expectante: revisão sistemática*. Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, v.10(3) p.215-227. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302016000300006
- SAVIANI-ZEOTI, F., PETEAN, E. (2015) *Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes -com gravidez normal e de risco: estudo comparativo*. Estudos de Psicologia v.32(4)
- SCAPIN, S. [et al.] (2018) *Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos*. Texto Contexto Enfermagem. V.27(1) p.1-8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072018000100300&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- SCHINCAGLIA. [et al.] (2017) *As consequências do uso de ocitócitos durante o parto*. Revista Científica de Enfermagem, v.7(19) p.75-82. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/184>
- SEPÚLVEDA, Ó. (2019) *Mastitis puerperal*. Medicina UPB, v.38(2) p.140-146. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1023409/medicina-38-2-art-5.pdf>
- SHARMA, D., SHASTRI, S., SHARMA, P. (2016) *Intrauterine Growth Restriction: Antenatal and Postnatal Aspects*. Clinical Medicine Insights: Pediatrics v.2016:10 p.67-83. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27441006/>

SHEA-LEWIS, A., ECKARDT, P., STAPLETON, D. (2018) *An Investigation into the Safety of Oral Intake During Labor*. American Journal of Nursing, v.118(3) p.24-31. Disponível em: https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2018/03000/CE_Original_Research_An_Inv estigation_into_the.21.aspx

SILVA, B., BRAGA, L. (2019) *Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa*. Revista SBPH, v.2(1) p.258-279. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100014

SILVA, B. [et al.] (2017) *Cuidados de Enfermagem ao recém-nascido no alojamento conjunto: uma revisão integrativa*. International Nursing Congress. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/sempeq/article/view/3877>

SILVA, E., SILVA, E., AOYAMA, E. (2020) *A importância do aleitamento materno nos seis primeiros meses de vida do recém-nascido*. Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, v.2(2) p.60-65.

SILVA, I., PRADO, B., MENEZES, M. (2016) *Pré-eclâmpsia e restrição de crescimento intrauterino (RCIU): estudo de caso*. Ciências da Saúde - Enfermagem Obstétrica. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/sempeq/article/view/3490>

SILVA, R. [et al.] (2018) *Inserção de enfermeiras obstétricas no atendimento ao parto: percepção da equipe de enfermagem*. RIES, ISSN 2238-832X, Caçador, v.7 p.293-302. Disponível em: <http://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1240/0>

SILVA, T. [et al.] (2016) *A importância do exame anatomopatológico da placenta em obstetria e neonatologia*. HU Revista, Juiz de Fora, v.42 p.171-175. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2324>

SIMKIN, P., HANSON, L., ANCHETA, R. (2017) *The labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia*. 4ª ed. Editora Wiley Blackwell.

SINGATA, M., TRANMER, J., GYTE, G. (2013) *Restricting oral fluid and food intake during labor (review)*. The Cochrane Library. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175539/>

SOSA, C. [et al.] (2015) *Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth*. Cochrane database of systematic reviews v.3. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD003581/PREG_bed-rest-in-singleton-pregnancies-for-preventing-preterm-birth

SOUSA, J. [et al.] (2018) *Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto*. Revista Baiana Enfermagem, v.32. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-990527>

- SOUZA, E., AGUIAR, M., SILVA, B. (2015) *Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto*. Revista Enfermagem v.18(2) p.42-56. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11693>
- SOUZA, M., SILVA, D., CARVALHO, R. (2010) *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. Einstein v.8 p.102-106. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf
- SOUZA, S., GUALDA, D. (2016) *A experiência da mulher e do seu acompanhante no parto em uma maternidade pública*. Revista Texto Contexto Enfermagem, v.25(1) p.1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-4080014.pdf>
- SPERLING, J., DAHLKE, J., SIBAI, B. (2016) *Restriction of oral intake during labor: whither are we bound?* American Journal of Obstetrics & Gynecology. Texas. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26812080/>
- TILLET, J., HILL, C. (2016) *Eating and Drinking in Labor - Reexamining the Evidence*. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, p.85-89. Disponível em: https://journals.lww.com/jpnnjournal/Citation/2016/04000/Eating_and_Drinking_in_Labor_Reexamining_the.2.aspx
- TORRES, M. [et al.] (2018) *Evidência sobre a posição da grávida no Segundo estágio do trabalho de parto*. Acta Obstétrica Ginecológica Portuguesa, v.12(4) p.277-283. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400005
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2018) *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- YOSHIDA, W. (2017) *Profilaxia do tromboembolismo venoso em cirurgia bariátrica*. J Vasc Bras, v.16(2) p.85-87. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5915854/>
- YOUSSEF, A. [et al.] (2018) *Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with increased risk of levator ani muscle avulsion*. Ultrasound Obstet Gynecol, v.53 p.95-100. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29749657/>
- ZEMET, R. [et al.] (2018) *Quantitative assessment of physical activity in pregnant women with sonographic short cervix and the risk for preterm delivery: A prospective pilot study*. PLoS ONE v.13(6). University of Illinois. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29889906/>

ZIMMERMAN, E. (2018) *Chupeta e mamadeira: os alvos para os desfechos desfavoráveis da amamentação*. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.94(6) p.571-573. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572018000600571&lng=en&nrm=iso&tlng=pt