

DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA: TRATAR O MAMILO DOLOROSO
E/OU TRAUMATIZADO EM MULHERES QUE AMAMENTAM

Relatório de estágio

Daniela Viseu Oliveira

Porto, 2019

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

DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA: TRATAR O MAMILO
DOLOROSO E/OU TRAUMATIZADO EM MULHERES QUE
AMAMENTAM

FROM EVIDENCE TO PRACTICE: TREATING PAINFUL AND/OR
TRAUMATED NIPPLE IN BREASTFEEDING WOMEN

Relatório de estágio de natureza profissional orientado pela
Professora Doutora Marinha Carneiro

Daniela Viseu Oliveira

Porto, 2019

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório marca o fim de uma das etapas da minha vida. Foi sem dúvida uma experiência desafiadora e que me fez crescer pessoal e profissionalmente. Como tal, gostaria de agradecer às pessoas que me apoiaram ao longo deste percurso e que contribuíram para a sua conclusão com sucesso.

À Professora Doutora Marinha Carneiro, pelo seu incentivo, pela partilha dos seus conhecimentos e pela sua disponibilidade em me orientar neste percurso.

Aos meus pais e ao meu irmão, que muito admiro, que são os responsáveis por me darem esta oportunidade, por todas as palavras de apoio e de incentivo, pela compreensão, pelo carinho e por acreditarem sempre no meu potencial.

Ao Pedro, por ter sempre acreditado desde o início que eu iria conseguir, pelo orgulho demonstrado por mim, pela paciência, pelo apoio e pela confiança.

E por fim, à equipa do Serviço de Obstetrícia do CHUSJ, principalmente às minhas orientadoras de estágio, e a todas as famílias que cuidei e que me proporcionaram as oportunidades de aprendizagem.

RESUMO

O presente relatório de estágio de natureza profissional, reflete a aquisição e o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no processo de concepção de cuidados à mulher/recém-nascido/casal e família ao longo das áreas de intervenção: gravidez, trabalho de parto, pós-parto e parentalidade, de acordo com as diretrizes do Regulamento de Competências de Cuidados Especializados apresentadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Um dos principais objetivos centra-se no desenvolvimento das práticas, através da evidência científica, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados especializados. Como tal, procedeu-se a uma fundamentação teórica do processo de enfermagem de cuidados especializados prestados ao casal/família, através de focos, diagnósticos e intervenções, suportados pela prática baseada na evidência nas diferentes áreas de cuidados, tendo como objetivo a promoção de uma transição saudável para a parentalidade. Foi dado destaque às áreas que mais foram trabalhadas ao longo da prestação de cuidados e àquelas que suscitaram maior reflexão.

A amamentação torna-se numa das áreas de cuidados no período pós-parto, sendo uma das principais dificuldades enumeradas neste período, constituindo grande preocupação para as mães na transição para a parentalidade. Devido à elevada incidência de mamilos dolorosos e/ou traumatizados, que levam ao abandono precoce da amamentação ou da sua exclusividade, e sabendo que a Organização Mundial de Saúde preconiza a amamentação exclusiva até aos seis meses de vida pelos seus benefícios, tornou-se importante investigar esta temática, através da realização de uma Revisão Integrativa da Literatura. Os resultados deste estudo são escassos, não levando a conclusões robustas, considerando-se pertinente a realização de mais estudos. No entanto, a aplicação de leite materno surge como a intervenção recomendada, sendo, contudo, dado destaque à prevenção deste problema comum da amamentação como o fator mais importante na diminuição da sua incidência.

Palavras-chave: amamentação, mamilo doloroso e/ou traumatizado, competências do EESMO, pós-parto

ABSTRACT

This internship report reflects the acquisition and development of midwifery skills in the process of conception of care for women/newborn/couple and family along the intervention areas: pregnancy, labor and childbirth, postpartum and parenting, according to the guidelines of the Specialized Care Skills Regulation presented by the Portuguese Council of Nursing.

One of the main objectives focuses on the development of practices, through scientific evidence, to improve the quality of specialized care. As such, a theoretical foundation of the nursing process of specialized care provided to the couple/family was carried out, namely through focuses, diagnoses and interventions supported by evidence-based practice in the different areas of care, always with the aim of promoting a healthy transition for parenting. Emphasis being given to the areas that have been most worked on during care delivery and those that have given rise to further reflection.

Breastfeeding becomes one of the areas of care in the postpartum period, being one of the main difficulties listed in this period, which is a major concern for mothers in the transition to parenting. Due to the high incidence of painful and/or traumatized nipples, leading to early or exclusive breastfeeding abandonment, and knowing that World Health Organization recommends exclusive breastfeeding up to six months of age for its benefits, it has become important to investigate this through an Integrative Literature Review. The results of this study are scarce, not leading to strong conclusions, considering the pertinent accomplishment of more studies. Despite this, the application of breast milk emerges as the recommended intervention, but the prevention of this common problem of breastfeeding is highlighted as the most important factor in reducing its incidence.

Keywords: breastfeeding, nipple pain and/ or nipple trauma, midwifery care, post-partum

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP – American Academy of Pediatrics
APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras
APPT – Ameaça de parto pré-termo
CHUSJ – Centro Hospital Universitário São João
CTG – Cardiotocografia
DGS – Direção Geral de Saúde
EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
EGB – Estreptococo do grupo B
FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España
FC – Frequência cardíaca
FCF – Frequência cardíaca fetal
GIG – Grande para a idade gestacional
HPP – Hemorragia pós-parto
HTA – Hipertensão arterial
ICN – International Council of Nursing
IG – Idade gestacional
IMC – Índice de massa corporal
LA – Líquido amniótico
LIG – Leve para a idade gestacional
NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão arterial
PIG- Pequeno para a idade gestacional
PPT – Parto pré-termo
RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
RN – Recém-nascido
RPM – Rotura prematura de membranas
SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia
SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria
TP – Trabalho de parto

TPPT – Trabalho de parto pré-termo

UNICEF – United Nations International Children’s Emergency Found

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE	19
1.1. O casal grávido e a família na gravidez com complicações	21
1.2. Trabalho de parto e nascimento: a parturiente, o casal e a família	35
1.3. A parentalidade: receber o recém-nascido	58
2. TRATAR O MAMILO DOLOROSO E/OU TRAUMATIZADO EM MULHERES QUE AMAMENTAM.....	81
2.1. Introdução ao problema em estudo	82
2.2. Método	85
2.3. Resultados.....	87
2.4. Discussão.....	97
2.5. Conclusão	100
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	103
CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Experiências realizadas ao longo do estágio.....	104
--	-----

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Potenciais clientes dos enfermeiros ESMO.....	19
QUADRO 2: Síntese dos artigos selecionados.....	89

INTRODUÇÃO

No âmbito do plano curricular do 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, realiza-se o estágio de natureza profissional, no âmbito da gravidez, trabalho de parto (TP) e parto e pós-parto. Este estágio decorreu no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospital Universitário São João (CHUSJ), no ano letivo 2018/2019. Foi proposto a realização de um relatório de estágio que visa duas componentes: uma de análise e reflexão que deverá descrever o processo de desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), com base no Regulamento de Competências e Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados da Ordem dos Enfermeiros (OE); e outra componente que remete para a realização e descrição de uma Revisão Integrativa da Literatura, em que é selecionada uma temática para estudo, relacionada com a prática clínica ao longo da experiência de estágio.

Uma das principais intervenções do EESMO visa a promoção da amamentação tendo como principal objetivo o sucesso da mesma. São amplamente conhecidas as vantagens decorrentes da amamentação para a mulher e para o recém-nascido (RN) e, cada vez mais, surge evidência que demonstra os seus efeitos benéficos, posteriormente, na saúde como pessoa adulta. De forma a proteger, promover e apoiar a amamentação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), publicaram os dez passos para o sucesso da amamentação, sendo um destes, o apoio às mães na mesma, ajudando as que tenham problemas comuns.

O EESMO é confrontado diariamente com a necessidade de prestar cuidados a mamilos dolorosos e/ou traumatizados em mães que amamentam. Muitos são os estudos que comprovam a sua elevada incidência e as suas consequências no processo de amamentação. Ao longo do estágio, foi muito frequente, por parte das mães/casais, a solicitação de esclarecimentos sobre esta temática. Constatou-se, ainda, a inexistência de uniformização nos cuidados prestados, pela equipa de enfermagem, e a permanência de dúvidas sobre qual é o melhor tratamento. Assim, surgiu a necessidade de identificar e analisar a evidência sobre as intervenções mais eficazes no tratamento do mamilo doloroso e/ou traumatizado.

Os objetivos da realização deste relatório de estágio visam: demonstrar a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas no processo de cuidados à mulher/recém-nascido/família nas diferentes áreas do cuidado em Saúde Materna e Obstétrica; apresentar e promover práticas que respeitem a individualidade de cada família, considerando as suas crenças e diferenças culturais, de modo a promover a sua satisfação face à experiência da gravidez, parto e transição para a parentalidade; refletir sobre as práticas realizadas no contexto de estágio, através da sua fundamentação com base no desenvolvimento do conhecimento científico atual; descrever os processos de enfermagem elaborados ao longo do estágio, fundamentando cientificamente os dados de diagnóstico diferencial, os objetivos, os critérios de resultado esperados e as intervenções realizadas; contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre a implementação de práticas emancipatórias que promovam a autonomia e participação do casal na vivência da gravidez e no exercício do papel parental; demonstrar competências no domínio da investigação científica, problematizando as práticas e promovendo uma prática baseada na evidência.

Em termos de estrutura, o presente relatório é constituído por três capítulos. O primeiro descreve o processo de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo do estágio e encontra-se dividido em três subcapítulos, cada um correspondente a uma das áreas de cuidados. O segundo expõe o processo de investigação desenvolvido através da realização de uma Revisão Integrativa da Literatura. Por fim, o último capítulo contempla uma análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio profissionalizante.

No desenvolvimento deste relatório, a prática baseada na evidência esteve na base da sua construção, pois permitiu suportar a prática com base nas melhores evidências científicas, visando a melhoria contínua dos cuidados especializados prestados. Assim, reconhecendo a importância do conhecimento científico na implementação de práticas, para a realização deste documento, procedeu-se a uma vasta pesquisa bibliográfica, predominantemente com recurso a bases de dados, plataformas de bases de dados e livros de referência desta área.

1. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO E ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE

O estágio de natureza profissional implica a realização de um relatório sobre o mesmo, cujo conteúdo deverá refletir a aquisição e o desenvolvimento de competências do EESMO no processo de concepção de cuidados à mulher/recém-nascido/casal e família ao longo do estágio, com base no Regulamento das Competências Específicas e Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados da OE.

A OE (2019) preconiza que o EESMO atue, de forma autónoma, em todas as situações de baixo risco inerentes aos processos fisiológicos e aos processos de vida do ciclo reprodutivo da mulher, e de forma autónoma e interdependente, em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. Neste sentido, é esperada uma intervenção diferenciada no acompanhamento do casal e da família, considerando o seu contexto, as suas expectativas e a sua cultura, de forma a promover a transição para a parentalidade através de uma vivência satisfatória da gravidez e do parto

Considerando a mulher, no âmbito do ciclo reprodutivo, como o principal alvo de cuidados do EESMO, esta deverá ser vista pelos profissionais numa perspetiva holística, sendo os cuidados a ela prestados não limitados ao seu acompanhamento ao longo da gravidez, trabalho de parto e pós-parto, mas tendo, também, competências específicas para a acompanhar no período pré-concepcional, durante o climatério e em situações de saúde/doença ginecológica (OE, 2019). Contudo, apesar de a mulher ser um cliente privilegiado dos cuidados do EESMO, a atenção dos mesmos não se dedica exclusivamente a ela, estando representados no seguinte quadro os potenciais clientes dos enfermeiros ESMO (OE, 2018).

QUADRO 1: Potenciais clientes dos enfermeiros ESMO (Adaptado da OE, 2018).

Mulher (ao longo do ciclo vital)	Homem (ao longo do ciclo vital) Convivente significativo	Embrião/Feto Recém-Nascido	Comunidade (Grupos)
Mãe: grávida, parturiente, puérpera	Pai		
Casal			

É indiscutível que a gravidez, o parto e o puerpério se enquadram num ciclo marcante na vida da mulher, do homem e das suas famílias. Estes são mais do que acontecimentos biológicos, são acontecimentos integrantes e integradores da transição da mulher e do homem para a parentalidade (Correia et al., 2012).

A adaptação à parentalidade circunscreve as necessidades parentais relacionadas com os comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser mãe/pai, interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados (ICN, 2019). A transição para a parentalidade corresponde a um processo irreversível, com início durante a gravidez, que acarreta mudanças pessoais e interpessoais, que ocorrem à medida que cada mulher se concebe como mãe e cada homem se concebe como pai de um filho (Cardoso, 2011).

Cabe ao EESMO reconhecer que a gravidez e a parentalidade são eventos que podem despoletar transições e, como tal, procurar providenciar um acompanhamento atento que permita uma adaptação eficaz às alterações decorrentes na vida do casal, concedendo-lhes a mestria necessária para tomar as suas próprias decisões, informadas e conscientes, assim como uma vivência saudável da gravidez e o desenvolvimento de competências parentais, que assegurem cuidados adequados ao recém-nascido e satisfação face ao papel de pai e de mãe.

Ao longo deste primeiro capítulo, será exposto o processo de aquisição e desenvolvimento de competências específicas nas diferentes áreas de atuação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (gravidez, trabalho de parto e parto e pós-parto), tendo como base a prática baseada em evidência, de modo a problematizar e promover a excelência do exercício profissional, nomeadamente, no âmbito da transição para a parentalidade. Como tal, o processo de tomada de decisão, fruto do acompanhamento, do conhecimento e das habilidades adquiridas, encontra-se presente neste relatório de estágio. Ao longo do estágio decorrido, foram desenvolvidas e

implementadas intervenções baseadas no conhecimento científico mais atual, procurando adaptá-las às especificidades de cada mulher/casal com o qual foi estabelecido contacto. Assim, ao longo do documento serão descritas e analisadas as atividades desenvolvidas em estágio, bem como a evidência científica que serve de suporte à sua implementação prática.

1.1. O casal grávido e a família na gravidez com complicações

Ao longo deste módulo foi desenvolvida a competência “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.” (OE, 2019, p.13562).

Neste sentido, este módulo visou a aquisição e o desenvolvimento de competências necessárias à implementação de cuidados especializados, face a intercorrências e/ou complicações associadas ao processo gravídico e de transição para a parentalidade, que permitiram acompanhar grávidas com diferentes fatores de risco, patologias associadas e pertencentes a contextos sociais e culturais diferentes. Os cuidados de enfermagem prestados tiveram como objetivos a adaptação ao processo gravídico, a identificação precoce de sinais e sintomas de possíveis complicações e a adaptação e preparação do casal para o parto e para a parentalidade.

A gravidez é um dos acontecimentos mais sensíveis e vulneráveis na vida da mulher e do homem, gerando profundas alterações físicas e psíquicas, sociais e culturais, que cada mulher/casal vivencia de forma distinta e que os preparam para a parentalidade. A adaptação à parentalidade gera necessidades que o EESMO deve prever e procurar dar resposta através do apoio/aconselhamento/ajuda/encaminhamento adequados (Correia et al., 2012). A assistência pré-natal deve ser acessível, centrada na mulher e realizada por profissionais qualificados, sendo que a grávida/casal deve receber informação suficiente e objetiva dos profissionais e ter a possibilidade de tomar decisões esclarecidas. O objetivo dos cuidados pré-natais é de prevenir problemas de saúde que possam interferir com a saúde da mãe e da criança. Estes permitem preparar a mãe para o parto e maternidade e diminuir a morbimortalidade da criança e da mãe. Também, estes implicam, promover a amamentação, estimular os laços afetivos pais-criança e promover a autoestima e a perceção de autoeficácia da mãe (OE, 2015).

A gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. Esta envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, como mudanças na identidade e uma nova definição de papéis (Maldonado, 2013). Embora a gravidez seja, frequentemente, referida como uma transição desenvolvimental, o diagnóstico de alto risco impõe, igualmente, uma transição situacional. Esta surge, na maioria das vezes, de forma inesperada e constitui-se de igual forma, como um evento crítico que poderá dificultar a adaptação à gravidez e parentalidade. A compreensão da situação de alto risco permite prestar cuidados de enfermagem especializados e individualizados (Meleis, 2010; Lowdermilk & Perry, 2008).

A paternidade também é uma transição no desenvolvimento emocional masculino (Maldonado, 2013). Relativamente ao homem, cada vez mais é exigido, socialmente, um maior envolvimento na gravidez, fazendo com que o EESMO tenha uma intervenção ativa no sentido de o compreender e ajudar a enquadrar-se, segundo as expectativas próprias, sociais e culturais de cada família, no seu novo papel, mesmo em situação de gravidez com complicações (Lowdermilk e Perry, 2008). Também, como indicador do envolvimento na gravidez, são as preocupações do pai manifestadas durante a gestação e que se focam essencialmente na saúde da grávida/feto, no parto, no aumento das responsabilidades, na inexperiência em cuidar de uma criança e nas finanças. Posto isto, foi explorado o tema gerador de preocupação e encontradas soluções, em conjunto com o pai, de forma a empoderá-lo para enfrentar estas situações, nesta fase do processo gravídico.

Cada vez mais se reconhece que, sempre que possível, deve ser promovida a participação do pai. Esta deve ser salvaguardada e, ainda, deve ser respeitada a decisão da grávida nas situações em que tal é impossível ou existe oposição por parte desta. As mulheres e os seus companheiros e/ou família devem ser considerados parceiros nas decisões e intervenções que sejam necessárias para a vigilância da gravidez. Nesse sentido, todos os envolvidos deverão ser tratados com respeito e dignidade. As opiniões, crenças, ambientes culturais e valores da grávida/companheiro e família, no que se relaciona com a prestação de cuidados quer à grávida, quer ao RN, devem ser escutados e respeitados. Este reconhecimento, da importância do papel ativo do pai, não pressupõe limitar o reconhecimento de que a atualidade tem trazido novas formas de organização em família, ou que existem circunstâncias de vida (separação, novas uniões, morte) que criam formas de estar diferentes. E por isso, o processo de vivência de uma gravidez é, também por estas razões, único e sempre individualizado, prevalecendo a importância e o reconhecimento da qualidade parental, materna e paterna (DGS, 2015).

Enquanto a maioria das gestações e nascimentos ocorre sem intercorrências, todas as gestações são de risco. Cerca de 15% de todas as mulheres grávidas desenvolverão complicações potencialmente fatais que requerem cuidados qualificados, e alguns requerem uma grande intervenção obstétrica para sobreviver (OMS, 2017). Uma gravidez de alto risco é aquela em que a saúde ou a vida da mãe ou do feto estão em perigo por patologia materna ou obstétrica na gravidez atual, antecedentes de complicações obstétricas ou pela presença de fatores de risco no âmbito demográfico ou socioeconómico (condições sociais adversas, gravidez nos extremos da vida reprodutiva, grávidas obesas ou baixo peso) e comportamental (tabagismo, toxicod dependência, alcoolismo) (Campos, 2008).

A maioria das grávidas de risco é acompanhada em regime de ambulatório pelas consultas médicas e de enfermagem especializadas, mas em casos de surgimento ou agravamento da condição pode haver necessidade de internamento. Este módulo do estágio decorreu no serviço de internamento Medicina Materno-Fetal do CHUSJ, e permitiu a prestação de cuidados a grávidas com diferentes patologias associadas ou coexistentes à gravidez e complicações obstétricas. Por serem as principais causas de internamento neste serviço, destacam-se as seguintes patologias e complicações: estados hipertensivos da gravidez; ameaça de parto pré-termo (APPT); rotura prematura de membranas (RPM); abortamentos no primeiro trimestre, que vão ser abordados neste capítulo. Foram, também, prestados cuidados a grávidas com diagnóstico de hemorragias do primeiro, segundo e terceiro trimestre, diabetes gestacional, alterações do líquido amniótico (LA) (oligoâmnios e hidrâmnios), alterações hepáticas, incompetência cervical, pielonefrite, cólica renal, litíase renal, hiperémese gravídica, restrição do crescimento intrauterino, síndrome de transfusão feto-fetal e, ainda, dois casos de gravidez tripla espontânea. O planeamento dos cuidados passou pela identificação dos focos de atenção: Consciencialização, Adaptação à Parentalidade, Ligação Mãe/Pai-Filho, Preocupação, Ansiedade, Medo, Insegurança, Tristeza, Frustração, Sofrimento, Culpa, Sentimento de impotência, Autoimagem e Autoestima, Autocuidado durante a gravidez, e os focos relacionados com a existência de patologia que incluíam: Conhecimento sobre a saúde e Gravidez comprometida (ICN, 2019).

No momento da admissão da grávida foi apresentada a dinâmica e o espaço físico do serviço e explicadas as regras de funcionamento, e posteriormente foi realizada a avaliação inicial. Foram colhidos dados para o planeamento dos cuidados, tais como: motivo de internamento, antecedentes de saúde (peso pré-gravídico, terapêutica usada, grupo sanguíneo, alergias, doenças familiares), hábitos de vida, antecedentes obstétricos e ginecológicos, dados demográficos, história ocupacional (profissão, escolaridade) e, ainda, o

nome pelo qual preferia ser tratada, bem como o contacto de uma pessoa significativa. Para além dos dados obtidos, foi consultado o processo clínico da grávida, com o objetivo de obter dados sobre a gravidez atual, como a idade gestacional e a data provável do parto, intercorrências da gravidez e vigilância da gravidez. Esta avaliação inicial foi importante, para melhor compreender a forma como o casal lidava com a patologia e com o diagnóstico de gravidez com complicações, qual o conhecimento que demonstrava e quais os recursos mobilizados a esta situação, permitindo, assim, a conceção de cuidados individualizados de acordo com as necessidades específicas de cada grávida/casal.

Um dos focos de atenção foi a Consciencialização (ICN, 2019) da grávida/casal sobre a sua condição de risco, uma vez que esta é um fator essencial para uma adesão adequada aos cuidados de saúde necessários (Meleis, 2010). No âmbito do diagnóstico Consciencialização facilitadora (ICN, 2019), foi avaliada a perceção do casal sobre as mudanças esperadas durante a gravidez e os comportamentos necessários para adaptação à gravidez com complicações e foi avaliado o envolvimento do casal, através de comportamento de procura de informação e da colocação de questões sobre o seu estado de saúde, no decorrer da gravidez e desenvolvimento fetal.

A Adaptação à Parentalidade (ICN, 2019) constitui um foco de atenção de enfermagem, que já foi definido anteriormente. Sendo assim, foi avaliada a aceitação da gravidez, o lidar com as expectativas e as ambivalências relacionadas com a gravidez e a maternidade/paternidade, o estabelecimento de uma ligação afetiva com o feto e a preparação para assumir o papel maternal/paternal e as competências parentais. Pois, é da competência do EESMO o reconhecimento do processo de adaptação à parentalidade e o acompanhamento através da conceção, planeamento, implementação e avaliação de cuidados na vivência da gravidez e parentalidade e na preparação para o exercício do papel parental, através do empoderamento do casal, conferindo-lhes a mestria necessária para tomar as suas próprias decisões, informadas e conscientes, contribuindo desta forma para a satisfação do casal face aos novos papéis (Cardoso, 2011).

O foco de enfermagem Ligação mãe/pai-filho (ICN, 2019) foi alvo de atenção no planeamento dos cuidados, pois a intervenção do EESMO na avaliação e promoção da ligação emocional mãe/pai-filho poderá contribuir para a criação de uma relação, que começa na gravidez e que se irá prolongar para toda a vida. Esta ligação durante a gravidez é um preditor da ligação após o nascimento e dela dependem ainda a satisfação e a competência no exercício do papel parental. Assim, o enfermeiro poderá ter um importante papel no

estabelecimento da interação precoce dos casais com os seus filhos, avaliando as suas necessidades e planeando os cuidados que cada um dos elementos do casal necessita (Saviani-Zeoti e Petean, 2015; Delfino, 2012). Como tal, foi avaliada a ligação mãe/pai-filho, através da observação dos comportamentos da grávida/casal, como acariciar a barriga, referirem-se ao filho pelo nome e com carinho, descreverem características positivas do feto associadas aos seus movimentos, verbalizarem expectativas sobre a gravidez e nascimento, demonstrarem preocupação com o bem-estar fetal, seguirem as orientações dos profissionais de saúde, procurarem informação sobre o desenvolvimento fetal ao longo da gestação, planearem e desejarem a gravidez. As intervenções implementadas, no sentido de promover a ligação, foram: ensinar sobre o desenvolvimento fetal, ensinar sobre os movimentos fetais, ensinar sobre técnicas táteis e auditivas de estimulação fetal, ensinar sobre características do RN, promover a construção da imagem do RN e permitir a audição dos ruídos cardíacos fetais.

A Preocupação, Ansiedade, Medo, Insegurança, Tristeza, Frustração, Sofrimento, Culpa e Sentimento de impotência (ICN, 2019), são comuns durante o internamento da gravidez de alto risco e, podem ter repercussões adversas ao nível das complicações obstétricas, do desenvolvimento fetal e neonatal, interferindo também na própria experiência emocional de parto (Saviani-Zeoti e Petean, 2015; Costa et al., 2012), tornando-se, assim, focos de atenção. A hospitalização na gravidez, sobretudo quando há um internamento prolongado, pressupõe que há intercorrências. Esta situação pode colocar o feto e/ou a mulher em risco, e condicionar negativamente o resultado da gravidez e a adaptação do casal a esta nova etapa de vida. Um certo nível de ansiedade faz parte da natureza humana, como resposta fisiológica ao medo, perigo e ameaça. Assim, durante toda a gravidez, os níveis de ansiedade da mulher/casal estão muito elevados, o que se deve à vivência de um processo que não podem controlar e não sabem como vai terminar. O nível de ansiedade pode aumentar quando existe o diagnóstico de uma malformação fetal, ou mesmo quando se apresenta o risco para uma anomalia, podendo a ansiedade prolongar-se até o período pós-natal. Na gravidez de alto risco, as dificuldades de adaptação emocional são maiores, a começar pelo rótulo de “alto risco”, diferente das gravidezes ditas “normais”. Não deve ser esquecido que, durante a gravidez, vivências e experiências passadas podem ser recordadas, o que se vai refletir na forma como a mulher/casal investe na gravidez. A hospitalização é um fator desencadeante/agravante da ansiedade na grávida, em que os fatores psicossociais, nomeadamente o seu nível socioeconómico, situação profissional e apoio familiar desempenham um importante papel. Estas gestantes apresentam risco

aumentado não só de ansiedade, mas também de depressão (Saviani-Zeoti e Petean, 2015; Correia et al., 2012).

Se por um lado as mulheres se sentem reconfortadas e protegidas sob os cuidados dos profissionais de saúde, por outro, sentem-se culpadas por deixar as suas responsabilidades familiares e profissionais. Tal acarreta, muitas vezes, alterações emocionais, da privacidade, da intimidade, preocupações acrescidas com a sua saúde e a do feto, preocupações relacionadas com a organização familiar, impedimento de cuidar dos outros filhos em casa, impacto na relação conjugal, impacto na futura relação mãe/filho, impacto na vivência de futuras gravidezes, sentimentos de abandono, desamparo, falta de controlo, frequentes alterações de humor, tédio, solidão, elevação dos níveis de ansiedade e depressão. Pode-se, assim, referir como fatores de stress ligados ao internamento, percepção do papel de doente, inversão de papéis (de cuidadora, passa a dependente), incerteza em relação à evolução da situação, preocupações em relação ao bem-estar do feto, preocupações familiares e profissionais sobretudo com a pouca (ou nenhuma) assistência prestada aos outros filhos, cansaço face à espera (mesmo sabendo os riscos de um parto pré-termo, desejam-no para pôr fim à situação), sentimento de “prisão”, de tédio, de invasão de intimidade, falta de privacidade, desconforto e rotinas diferentes (Saviani-Zeoti e Petean, 2015; Correia et al., 2012).

A gravidez é um período crítico e de grande vulnerabilidade na vida do casal, a saúde mental deste deve ser alvo de atenção dos profissionais de saúde, sendo a sua promoção uma forma de potenciar o equilíbrio da pessoa, ajudando-a a compreender, interpretar e adaptar-se ao meio que a rodeia (Saviani-Zeoti e Petean, 2015; NICE, 2014; DGS, 2005). Sendo o enfermeiro o profissional que na equipa de saúde, dada a sua proximidade e permanência junto da grávida/família internada, se encontra em melhor posição para detetar precocemente qualquer alteração, os seus cuidados devem ter em conta as alterações somáticas e psíquicas necessárias a cada etapa da gestação e detetar precocemente qualquer desvio. Só intervenções ajustadas e partilhadas permitem atenuar ou resolver qualquer desajuste, criando condições para um ambiente favorecedor do bem-estar e desenvolvimento harmonioso, neste ciclo de vida familiar. É fundamental que o enfermeiro consiga identificar precocemente grávidas em risco, valorizar e promover comportamentos potenciadores de um estado emocional mais positivo (Correia et al., 2012). A gravidez é tipicamente um momento de alegria e antecipação, mas também pode ser um momento de ansiedade e preocupação. As intervenções, como ouvir e conversar com respeito e sensibilidade com a mulher e a sua família, podem ajudar a aumentar a confiança

nos profissionais de saúde (OMS, 2017). Ao longo deste módulo, foram acompanhadas algumas grávidas com diagnóstico de ansiedade ou depressão durante a gravidez, sendo muitos dos casos já diagnosticados no período antenatal. Como tal, foi fundamental, em primeiro lugar, estabelecer uma relação de confiança com a grávida e a família, através de uma atitude disponível, próxima, empática, cordial e de escuta ativa. Pois, é com base nesta relação de confiança que surge a oportunidade para detetar situações de risco. Também, a intervenção passou por reconhecer a ansiedade e levar a exprimir emoções, sentimentos, perturbações, manifestar compreensão, reconhecer o direito a ter medos e inseguranças, explorar e compreender os sentimentos negativos e valorizar e encorajar os sentimentos positivos, aceitar os mecanismos de defesa inconscientes, informar/esclarecer com a ajuda de questões de clarificação e de validação, oferecer frequentes reforços positivos, promover estratégias para aumentar a autoestima e fomentar a presença do companheiro ou pessoa significativa.

Nas situações de internamento prolongado, não se pode ser rígido com as regras, é necessário ir ao encontro das necessidades destas grávidas (Correia et al., 2012). Como tal, foi facilitada, quando necessário, a visita de alguém significativo fora do horário estabelecido ou permitido à família trazer determinado alimento e foi incentivado o estabelecimento de uma relação de proximidade com as companheiras de enfermaria. Também, por vezes, foi ponderada a mudança de enfermaria ou uma mudança da grávida para uma cama junto da janela, quando solicitado por alguma das grávidas.

O foco Autoestima ou Autoimagem define-se como a opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva (ICN, 2019). Este foi identificado, pois algumas grávidas, frequentemente, verbalizavam sentimentos de incompetência face ao novo papel de mãe, sentimentos de culpa e até sentimentos ambivalentes relativamente à gravidez. As grávidas consideradas de risco apresentam uma autoestima menor quando comparadas com grávidas sem complicações, sendo que uma baixa autoestima pode ter repercussões no desempenho do papel parental, no estabelecimento da ligação mãe/filho e na saúde mental da mulher. Também, as alterações corporais que decorrem da gravidez, como o aumento de peso, podem ser um fator de preocupação para mulheres, pois levam à alteração da sua autoimagem e conseqüentemente da sua autoestima (NICE, 2014). Posto isto, as intervenções adotadas foram, elogiar, escutar, esclarecer dúvidas, encorajar a identificar as suas qualidades,

reforçar a importância das qualidades identificadas pela própria, incentivar a identificar experiências que aumentem a autoestima, ajudar a identificar as reações positivas que as pessoas significativas demonstram sobre si, transmitir confiança na capacidade da utente em lidar com as adversidades e ajudar no estabelecimento de metas realistas.

Perante a impossibilidade das grávidas/casal de frequentarem cursos de preparação para o parto e parentalidade, aquando do internamento, foram abordados temas relativos ao parto, pós-parto, cuidados ao RN e amamentação, conforme avaliação da necessidade ou solicitação. De acordo com a idade gestacional e as necessidades sentidas pelo casal, as intervenções de enfermagem, independentemente do diagnóstico associado à gravidez, passaram pelo aconselhamento e orientação nos seguintes focos do Autocuidado durante a gravidez: Ingestão Nutricional; Sono e Repouso; Exercício Físico; Cuidar da higiene pessoal; Arranjar-se; Vestir-se; Uso de substâncias; Comportamentos de segurança; Processo sexual; Gestão dos efeitos colaterais da gravidez; Gestão do Regime Terapêutico (ICN, 2019).

Assim, com a finalidade de ajudar os casais a compreender as mudanças decorrentes da gravidez e as alterações que estas poderão implicar na sua vida, foram implementadas diversas intervenções relacionadas com os diferentes focos acima identificados, de forma a potenciar a saúde da grávida e do feto, e de acordo com as necessidades diagnosticadas. As intervenções foram: ensinar sobre alimentação e hidratação adequada; ensinar sobre aumento de peso esperado; informar sobre os efeitos da gravidez no padrão de sono/repouso; aconselhar sobre o padrão de sono e repouso adequados e estratégias promotoras de sono; promover as vantagens da prática de exercício físico durante a gravidez; ensinar sobre exercício físico adequado à idade gestacional (IG) e situação clínica; ensinar sobre alterações fisiológicas na gravidez e a sua influência no aumento da suscetibilidade à infeção; ensinar sobre hábitos de higiene e higiene perineal; ensinar sobre atividades como pintura do cabelo, das unhas, os cuidados de depilação, os cuidados de hidratação da pele e a utilização de maquilhagem; ensinar sobre uso de vestuário e calçado adequados; ensinar sobre efeitos adversos ao feto decorrentes do consumo de café, tabaco, drogas, bebidas alcoólicas ou medicação; ensinar sobre precauções de segurança relativas a segurança nos transportes, o uso de telemóveis, micro-ondas e fogão, a utilização de saunas ou água do banho com temperaturas elevadas, o uso de produtos químicos ou tóxicos em casa, o contacto com gatos e a realização de atividades de jardinagem; ensinar sobre sexualidade durante a gravidez; ensinar sobre os desconfortos da gravidez, como náuseas, vómitos, azia, edema, obstipação, câibras, entre outros, e estratégias para a sua gestão; ensinar sobre a

importância de aderir ao regime terapêutico; ensinar sobre regime terapêutico e estratégias para a sua gestão.

O foco Conhecimento sobre a saúde (ICN, 2019), refere-se à capacidade para identificar sinais de alerta e é essencial para que o casal se envolva no processo de cuidados. Este permite a prevenção de complicações, aumenta o envolvimento do casal no processo de cuidados, diminui a ansiedade e aumenta a sensação de autocontrolo. Assim, procedeu-se ao ensino sobre os sinais de alerta, adequados à situação de cada casal, à IG e à patologia diagnosticada, nos casos em que foi diagnosticado um défice de conhecimento. As grávidas e as suas famílias/parceiros foram incentivados a informar o profissional de saúde sobre o aparecimento e agravamento destes sinais, que poderiam sugerir alteração da sua condição clínica.

A hipertensão associada à gravidez constitui a causa mais importante de mortalidade e morbidade materna e perinatal. Estima-se, a nível internacional, que possa atingir 15% das grávidas com, pelo menos, um fator de risco (Néné et al., 2016). Ao longo deste módulo foram tratadas grávidas com estados hipertensivos da gravidez, sendo importante fazer uma classificação destes. Classificam-se em hipertensão arterial (HTA) crónica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, pré-eclâmpsia sobreposta em HTA crónica e HTA gestacional. Se a hipertensão ocorrer pela primeira vez após as 20 semanas de gestação, durante o trabalho de parto e/ou dentro das 48 horas após o parto, é hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, dependendo da presença de outros fatores. Se a hipertensão ocorrer antes das 20 semanas de gestação, é mais provável que seja hipertensão crónica. Como a pressão sanguínea de algumas mulheres pode não ser medida antes das 20 semanas de gestação, a hipertensão crónica pode ser identificada pela primeira vez durante a gravidez após as 20 semanas de gestação e persistirá além de 12 semanas após o parto. Alguns sintomas, como dores de cabeça, visão turva, convulsões e perda de consciência podem estar associados à hipertensão na gravidez, mas não são necessariamente específicos. A pré-eclâmpsia destaca-se entre os distúrbios hipertensivos. A obesidade, a hipertensão crónica e a diabetes estão entre os fatores de risco para a pré-eclâmpsia, os quais também incluem, nuliparidade, gravidez na adolescência ou em idades avançadas, índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 35, história familiar de pré-eclâmpsia, história prévia de pré-eclâmpsia ou hipertensão gestacional, doença vascular pré-existente e doença renal pré-existente e condições que conduzem à hiperplacentação e a placentas grandes (por ex.: gravidez de gémeos) (NICE, 2019; OMS, 2017; Montenegro et al., 2014; OMS, 2014; NICE, 2008). Como tal, a intervenção passou por monitorizar a pressão arterial (PA), conforme a gravidade, e

contactar o médico caso PA sistólica > 160mmHg e PA diastólica > 100mmHg, registo de diurese e avaliação das características da urina, monitorizar peso corporal, avaliar presença de edema, avaliar a presença de cefaleias, alterações da visão, dor epigástrica, avaliar conhecimento da grávida sobre os sinais de alerta e efetuar respetivos ensinamentos, caso necessário, orientar para repouso relativo no leito e, ainda, realizar cardiotocografia (NICE, 2019; OMS, 2017; Néné et al., 2016; Montenegro et al., 2014; OMS, 2014; NICE, 2008). Em alguns casos, houve necessidade de realizar protocolo com Labetalol, o que gerou discussão entre os colegas por este protocolo ser realizado no serviço de internamento e não no serviço de urgência, devido aos possíveis efeitos secundários. Não se registou nenhum caso de eclâmpsia ao longo deste módulo.

A RPM define-se como a rotura das membranas corioamnióticas com perda de LA antes do início do trabalho de parto. A RPM pré-termo (IG <37 semanas) ocorre em 2% das gestações e é responsável por cerca de 40% dos nascimentos neste contexto. Está associada a um aumento de morbimortalidade materna, fetal e neonatal resultante de infeção, prolapso do cordão, deslocamento de placenta e prematuridade. Nas gestações após parto prematuro por RPM, as mulheres devem ser tratadas por um obstetra especializado nesta situação. Os fatores de risco modificáveis, como tabagismo e doenças respiratórias devem ser abordados. Existem evidências de que a triagem de infeções do trato genital inferior, de situações de colo curto e o acompanhamento pelo EESMO, durante todo o período pré-natal, são benéficos na prevenção do parto prematuro (RCOG, 2019; OMS, 2017; NICE, 2015; Montenegro et al., 2014). Como tal, a intervenção passou por vigiar o LA (cor, quantidade, cheiro), avaliar o conhecimento da grávida sobre os sinais de alerta e efetuar respetivos ensinamentos, caso necessário, orientar para repouso relativo ou absoluto no leito, realizar cardiotocografia, administrar antibioprofilaxia (ampicilina 2g EV 6/6h nas primeiras 48 horas e posteriormente amoxicilina 500mg PO 8/8 horas durante cinco dias), administrar indutor da maturidade pulmonar fetal (4 doses de dexametasona 6mg IM 12/12 horas e posteriormente pode haver necessidade de realizar ciclo de resgate), e em caso de internamento prolongado, administrar profilaxia de tromboembolismo (enoxaparina 40ml/dia SC) e estimulação do trânsito intestinal com lactulose, e ainda, foram explicados ao casal grávido quais os efeitos terapêuticos da medicação administrada e quais os efeitos colaterais.

Define-se ameaça de parto pré-termo como a ocorrência, antes das 37 semanas de gestação, de contractilidade uterina dolorosa, frequente e regular com formação do segmento inferior uterino, mas sem repercussão cervical. O diagnóstico diferencial entre APPT e parto pré-termo (PPT) efetivo é extremamente importante, na medida em que

depende deste o planejamento de atuação clínica e o prognóstico pré-natal. O trabalho de parto pré-termo (TPPT) implica uma sintomatologia idêntica, mas com dilatação e extinção cervical. As principais causas têm origem em patologia materna, sendo estas RPM, corioamniotite, infecção extrauterina (infecções do trato urogenital), incompetência cervicólmica, patologias fetais, hiperdistensão uterina (gravidez gemelar, hidrâmnios), contractilidade uterina, entre outros (Néné et al., 2016; NICE, 2015; Montenegro et al, 2014). Como tal, nos casos de APPT, a intervenção passou por avaliar conhecimento da grávida sobre os sinais de alerta e efetuar respetivos ensinamentos, caso necessário, vigiar a dor, orientar para repouso absoluto no leito, realizar cardiotocografia, realizar protocolo de tocólise com Atosiban (iniciado no serviço de urgência e continuado no serviço de internamento), realizar protocolo de maturação pulmonar fetal (4 doses de dexametasona 6mg IM 12/12 horas e posteriormente pode haver necessidade de realizar ciclo de resgate), e em caso de internamento prolongado, administrar profilaxia de tromboembolismo (enoxaparina 40ml/dia SC) e estimulação do trânsito intestinal com lactulose, e ainda, foram explicados ao casal grávido quais os efeitos terapêuticos da medicação administrada e quais os efeitos colaterais. Nos casos de parto prematuro iminente (nas 12 horas seguintes), em grávidas com IG entre as 24 e as 31 semanas e 6 dias, houve necessidade de realizar o protocolo de neuroproteção fetal, com administração de um bólus de sulfato de magnésio EV 6g durante 20 a 30 minutos, seguido da administração de uma dose de manutenção de 2g/ hora até ao parto ou durante 12 horas. A antibioterapia profilática da infecção neonatal por estreptococo do grupo B (EGB) foi realizada em todas as grávidas com APPT ou PPT, se EGB positivo, desconhecido ou realizado há mais de cinco semanas.

A maioria das grávidas com o diagnóstico de pré-eclâmpsia, risco de abortamento, APPT e RPM tinham como prescrição o repouso relativo ou absoluto no leito, apesar desta não reunir consenso entre todos os profissionais, e não existir evidência sobre a eficácia do repouso na manutenção da gravidez e na diminuição de nascimentos antes do termo. Esta prescrição pode constituir-se como stressante para as mulheres e as suas famílias, inculcando sentimentos ambivalentes sobre a gravidez ou sentimentos de culpa em caso de incumprimento do repouso no leito. São vários os efeitos adversos do repouso prolongado no leito, sejam efeitos na saúde da mãe e do feto, quer efeitos na família e sociedade em que a grávida está inserida. Alguns autores demonstraram que o repouso no leito tem efeitos prejudiciais para a mulher, considerando que, ao fim de três dias já existe diminuição da tonicidade muscular, redução do peso, perda de cálcio e intolerância à glicose. O repouso no leito durante semanas provoca desmineralização óssea, obstipação, risco de trombose

venosa, dores musculoesqueléticas, hostilidade, fadiga, isolamento, ansiedade e depressão. Por vezes, seis semanas após o parto, estes sintomas ainda não desapareceram. Os RN cujas mães têm prescrição de repouso no leito tendem a ter menor peso à nascença e menor idade gestacional no momento do parto (Sosa et al., 2015; Lowdermilk & Perry, 2008; Meher et al., 2005; Aleman et al., 2005). Posto isto, a intervenção foi dotar o casal de estratégias que permitissem gerir da forma mais eficaz o repouso no leito da grávida no internamento, atribuindo uma cama perto da janela, alargando o horário das visitas, se necessário, organizando a área de repouso para que seja de acesso fácil aos pertences necessários, incentivando a realização de exercícios passivos de mobilidade articular, quando permitido, incentivando/apoiando a grávida na gestão da sua rotina, flexibilizando o horário do banho, das suas refeições, do tipo de atividades desenvolvidas (dentro das possíveis), gerindo com a grávida o horário das intervenções de vigilância/prescritas, tais como a monitorização cardiotocográfica, orientando para limitar as sesta e incentivando a encontrar atividades de lazer como ler, ouvir música, ver televisão ou manter um diário sobre a gravidez.

A monitorização da frequência cardíaca fetal (FCF) foi realizada em todos os turnos, através da auscultação com estetoscópio de ultrasons *Doppler* ou do registo cardiotocográfico. Em grávidas internadas com idades gestacionais precoces, entre as 12 e as 28 semanas de gestação, e na ausência de contratilidade uterina foi realizada auscultação intermitente através do estetoscópio de ultrasons *Doppler*. Para a realização deste procedimento foi solicitada a colaboração da grávida relativamente à sua perceção sobre a posição do feto, pois o local onde estas referiam sentir os movimentos fetais corresponde ao local oposto ao dorso do feto, facilitando assim a determinação do foco de auscultação. Também a identificação do foco fetal foi realizada através das manobras de Leopold em grávidas com IG superior a 30 semanas. O foco de auscultação corresponde à identificação do local, no abdómen da grávida, em que os batimentos cardíacos fetais são audíveis com maior intensidade e que normalmente corresponde ao local sobre o dorso do feto (OE, 2011). A cardiotocografia (CTG) foi a técnica de monitorização mais utilizada, pois permite a monitorização simultânea da FCF (cardiografia), da contractilidade uterina (tocografia), dos movimentos fetais (actografia) e dos movimentos fetais sentidos pela mãe, foi realizada de forma intermitente, com a duração mínima de 20 minutos, em que a grávida foi aconselhada a permanecer na posição de decúbito lateral esquerdo, sentada ou *semi-fowler* evitando assim a compressão uterina da veia cava inferior e a consequente diminuição da perfusão uteroplacentária e oxigenação fetal, sendo a sua interpretação importante para classificar o traçado e posteriormente definir a atuação clínica (Montenegro et al., 2014; OE, 2012).

A presença de uterinas em trabalho de abortamento foi frequente, devido a abortamentos incompletos, embrião sem vitalidade ou retenção de ovo desvitalizado. A gravidez inviável é a complicação mais frequente do primeiro trimestre da gravidez e é diagnosticada em cerca de uma em cada cinco gravidezes (Montenegro et al., 2014). O aborto espontâneo é a gravidez que termina como resultado de causas naturais ou acidentais antes das 24 semanas ou quando o produto de concepção tenha um peso inferior a 500g. A incidência é de cerca de 10 a 15% de todas as gestações identificadas. O risco de aborto espontâneo está relacionado com a idade gestacional, a paridade materna e as idades materna e paterna. Também, o número de abortos por mulher condiciona o risco de repetição (Néné et al., 2016). Nos casos de internamento, as intervenções passaram por: monitorizar PA, frequência cardíaca (FC) e temperatura; vigiar perda hemática vaginal e sinais de infeção; vigiar dor; vigiar expulsão de produto de concepção e recolher e enviar para anatomia patológica; aplicar prostaglandinas (misoprostol 600mcg inseridos no fundo do saco vaginal posterior, de 4/4 horas até completar três administrações) e vigiar e gerir os seus efeitos secundários como, náuseas, vômitos e diarreia, dores abdominais e hipertermia. Ainda, foi fornecida informação sobre sinais e sintomas de alerta que devam fazer a cliente procurar ajuda após a alta, informar sobre o retomar oportuno da vida sexual e informar sobre quando o casal poderá tentar nova gravidez (reforçar a noção de que se deve esperar o tempo suficiente para a recuperação física e emocional da mulher e fornecer informação pertinente sobre a necessidade de elaborar o luto pela perda da gestação).

A decisão de engravidar é cada vez mais uma escolha, e a partir daí é iniciado um processo de forte investimento emocional pelo casal e pela família. A perda gestacional, ainda que precoce, é uma experiência profundamente pessoal e única, que afeta cada pessoa de modo diferente, a mulher, o companheiro, outros filhos do casal, outros membros da família, exigindo um processo de luto que pode ser muito complexo (Néné et al., 2016; Koch, 2014). A precocidade de diagnóstico, atualmente possível com poucas semanas de gestação, acarreta a vivência de muitos processos de perda/luto que há alguns anos atrás não eram percebidos. O foco Luto (ICN, 2019) caracteriza-se por três fases: fase de choque, que corresponde a sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real, choque e descrença; fase de reação, que consiste em exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação; fase de aceitação, que consiste em ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro.

Sabe-se que a sociedade tende a desvalorizar as perdas durante a gravidez, que representam para o casal a perda do seu projeto de vida e de família, assim como, a perda do seu papel de pai e de mãe. O contacto entre os pais em luto e os profissionais da saúde nem sempre foi fácil, porque ambos apresentam dificuldade em lidar e conversar sobre a perda (Néné et al., 2016; Koch, 2014). Como tal, seguem-se as intervenções realizadas no sentido de avaliar, apoiar e facilitar o processo de luto. Foi providenciada toda a informação disponível sobre a natureza do aborto, quais os procedimentos que foram efetuados, quais os riscos ou eventuais complicações (com reforço na atenção aos sinais de alerta), e quais implicações em gravidezes futuras. Foi importante avaliar qual o significado da perda da gestação para todos e cada um dos envolvidos, compreender o que é esperado em cada uma das fases do processo de luto e de que forma podemos planear os cuidados a prestar a estes casais, dar a conhecer ao casal o processo de luto que os espera dando ênfase às diferenças na vivência entre o homens e mulheres e identificar os pais e familiares em risco de desenvolver respostas não adaptativas à perda. Também, a singularidade no processo de luto de pais que perderam os seus filhos ao longo da gestação poderá dever-se ao facto de não existirem lembranças ou provas da existência do filho. Assim, a intervenção passa por favorecer a aceitação da perda, proporcionado à mulher/casal a opção de visualização do produto de conceção expulso (caso o desejem), ainda que seja ou não perceptível a forma embrionária ou fetal. Ainda, incentivar a reintroduzir o padrão de rotina habitual, ajudando a construir novos significados e a restabelecer, no casal, a sensação de controlo. A reação individual à perda pode manifestar-se de muitas maneiras. A dor da perda daquela gravidez pode assumir proporções semelhantes às que a mulher sentiria com a perda de alguém próximo. Assim, foi oferecido apoio de uma forma sensível, tendo em consideração as circunstâncias individuais e a resposta emocional, nunca sendo realizados comentários que possam de alguma forma implicar um juízo sobre o comportamento demonstrado. Com a concordância da mulher/casal, foi transmitida informação relevante para a família, de modo a integrá-la na situação, criando uma rede de apoio que possa facilitar o processo de luto. Ainda que não abordem o tema, é frequente a mulher ou o casal pensarem que a perda da gravidez se deve a algo que fizeram ou deveriam ter feito, alimentando uma sensação de culpabilidade que será um obstáculo à vivência de um luto saudável (Néné et al., 2016; Lowdermilk & Perry, 2008).

É importante referir que todas as intervenções resultantes de prescrição implementadas, e que foram referidas anteriormente, foram explicadas à grávida/casal, promovendo a sua compreensão, colaboração e tomada de decisão, surgindo o foco

Conhecimento sobre regime terapêutico. Perante a administração de fármacos surgiu o foco Conhecimento sobre regime medicamentoso (ICN, 2019), e foi elaborado o diagnóstico de potencialidade para aumentar o conhecimento sobre regime medicamentoso, sendo implementadas intervenções como, ensinar sobre medicação e ensinar sobre efeitos secundários de medicamentos.

Por fim, a atuação do EESMO apresenta-se como um importante contributo para uma melhor vivência da gravidez de alto risco, com necessidade de internamento, e adaptação à parentalidade. Cabe ao EESMO conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher/casal/família com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e em trabalho de abortamento e, ainda, ter como foco a saúde mental.

1.2. Trabalho de parto e nascimento: a parturiente, o casal e a família

A competência “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.” (OE, 2019, p.13562), foi a adquirida ao longo deste módulo, na sala de partos do CHUSJ.

A OMS (2018) destaca a importância do cuidado centrado na mulher para otimizar a experiência de trabalho de parto e parto, por meio de uma abordagem holística baseada nos direitos humanos. Como tal, a finalidade dos cuidados é promover uma experiência positiva de parto. Esta define-se como aquela que cumpre ou excede as crenças e expectativas pessoais e socioculturais da mulher, incluindo o nascimento de um bebé saudável num ambiente clínico e psicologicamente seguro, com apoio prático e emocional contínuo de um acompanhante e de uma equipa gentil e tecnicamente competente. Neste sentido, todos os cuidados prestados foram de acordo com as necessidades reais do casal e culturalmente congruentes, indo ao encontro das suas expectativas e da promoção da saúde e bem-estar materno e infantil. Também, foram com a menor intervenção possível, permitindo o processo fisiológico normal do nascimento, tendo o casal o direito de vivenciar o parto como um momento único e individualizado, segundo as suas crenças, valores, costumes e dinâmica familiar (OE e APEO, 2012).

O início do TP marca o culminar da gravidez e o início de uma nova vida e de uma nova família. O diagnóstico de TP, apesar de não ser consensual na literatura, considera-se

quando se instalam contrações uterinas regulares e com sensação dolorosa, em frequência e intensidade, ao mesmo tempo que se dá a extinção cervical, iniciando a dilatação ou rotura espontânea de membranas (Néné et al., 2016). A determinação do diagnóstico de TP foi fundamental na conceção, planeamento e execução de intervenções adequadas e individualizadas a cada casal e para evitar o internamento de grávidas em fases muito precoces do TP. Admissões apenas em fase ativa do TP, diminuem o período de internamento e fazem com que as mulheres se sintam menos vulneráveis ao desconforto, apresentem menor necessidade de controlo da dor, maior sensação de controlo do TP, menor possibilidade de receber intervenções obstétricas desnecessárias e de serem cuidadas por diferentes profissionais, não afetando o desfecho perinatal (OMS, 2018).

O trabalho de parto é um conjunto de fenómenos fisiológicos, que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e ao nascimento. Este divide-se em quatro estádios, de características e tempos bem definidos (Néné et al., 2016). O primeiro estadio, chamado de apagamento ou extinção e dilatação do colo, decorre desde o início das contrações uterinas até à dilatação completa do colo uterino, podendo ainda dividir-se em duas fases distintas. A primeira, a fase latente, é caracterizada por contrações uterinas dolorosas, mas irregulares, extinção do colo uterino e dilatação até aos cinco centímetros. É uma fase que ocorre de forma lenta, nem sempre contínua, sendo que as parturientes devem ser informadas de que uma duração padrão desta não foi estabelecida e pode variar amplamente de uma mulher para outra. A fase ativa é caracterizada pela ocorrência de contrações regulares e dolorosas e ocorre entre os cinco centímetros (OMS, 2018) e a dilatação completa (10 centímetros). A duração desta fase geralmente não se estende para além de 12 horas nas primíparas e para além de 10 horas em múltiparas. O segundo estadio, designado de período expulsivo, inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto, ou seja, o nascimento. A duração deste estadio geralmente é de três horas em primíparas e duas horas em múltiparas (OMS, 2018). O terceiro estadio do TP, chamado de dequitação, compreende o período que ocorre desde a expulsão do feto até à expulsão completa da placenta e membranas, podendo durar até uma hora. O quarto e último período, designado de puerpério imediato, refere-se ao período de hemóstase, com uma duração até cerca de duas horas após a expulsão da placenta (Néné et al., 2016).

A cultura influencia o modo como o casal vivência a parentalidade. As suas crenças, medos e reações são condicionadas por ela, tal como pela informação que já possuem, pelas experiências passadas e pelo modo como manifestam a sua herança cultural. A influência da

cultura sobre as vivências do trabalho de parto e nascimento é relevante, devido à elevada e crescente taxa de imigrantes que procuram os serviços de saúde materna e obstétrica portugueses. A mulher tem direito a experienciar o trabalho de parto de acordo com as suas crenças e valores (Sousa, 2015; Pereira et al., 2008). O parto e o nascimento, enquanto fenómenos culturais, estão marcados por crenças e práticas culturalmente padronizadas, com diversidade de rituais e comportamentos, exigindo do enfermeiro um grande conhecimento cultural para que os mesmos sejam vividos como experiências gratificantes (Néné et al., 2016). Como tal, para além da centralidade do ato de cuidar foi, também, interiorizada na prática a realidade social e cultural da pessoa que necessita de ser cuidada.

A dor obstétrica, não distante de uma outra dor aguda, é igualmente subjetiva e, maioritariamente, influenciada e experienciada de acordo com as crenças, valores, religião, comunidade/família em que a grávida/casal se insere. A dor de trabalho de parto/parto é o que mais caracteriza a dor em obstetrícia e o grande receio das mulheres neste período, podendo influenciá-las negativamente na vivência do parto, pois é única e altamente individualizada para cada parturiente. Esta é uma experiência sensorial e emocional, única, complexa e multifatorial, que desencadeia uma série de alterações no equilíbrio homeocinético que produzem mudanças hemodinâmicas da frequência e da intensidade das contrações uterinas, do tempo de trabalho de parto e do tipo de nascimento. Apesar de ser frequentemente indesejada, é central ao parto, não um infeliz efeito secundário. Pode ser considerada como guia e protetora da parturiente e do feto, pois promove o progresso do trabalho de parto, protege o canal de parto e o feto, assegura altos níveis de oxitocina e endorfinas, é autolimitada, rítmica e intensifica-se ao longo do tempo. A dor ativa sentida pela parturiente leva-a a rentabilizar os seus recursos, fortalecendo-a e preparando-a para o vínculo com o RN. Ela estimula a parturiente a adotar novos posicionamentos, como forma de alívio. A resposta fisiológica mais relevante à dor é, assim, o movimento. A dor não pode ser reduzida à sua componente física, uma vez que a dor e o desconforto do TP estão intimamente ligados ao medo e ansiedade da parturiente que podem ser influenciados pelo internamento, através da restrição alimentar, liberdade de movimento, rotinas, sons, horários, luzes, pessoas e cheiro do serviço (Néné et al., 2016; Sousa, 2015). Assim, é indispensável o conhecimento adequado sobre a dor e os seus mecanismos, para a adoção de medidas adequadas à grávida/ casal de alívio da dor do trabalho de parto e parto. Considerando esta diversidade cultural e mesmo de crenças e tolerância à dor, é esperado que o EESMO tenha uma atitude de compreensão para com as diferenças culturais de cada

parturiente/casal, devendo ter uma intervenção diferenciada que promova uma experiência de TP positiva e gratificante para os seus clientes.

É de salientar que a cultura na qual estamos inseridos não faz compreender e viver o parto como um evento fisiológico dos mais marcantes da vida da mulher e do casal, sendo esperada uma dor incapaz de suportar, apesar dos cursos de preparação para o parto, os casais apresentam um empoderamento no controlo do seu TP aquém do desejado. Posto isto, deve-se refletir sobre a atitude dos profissionais da saúde que mostram descrença quer na capacidade de a utente gerir o seu TP, quer na decisão pela não utilização de terapêuticas farmacológicas. Ao longo do TP, alguns profissionais, repetidas vezes, questionaram a utente sobre a possibilidade de mudar a sua opção. Também, várias foram as utentes que com contratilidade ainda irregular e ainda numa fase latente do primeiro estadio do TP mostraram sentir tensão, dor e preferência pela utilização de técnicas farmacológicas de alívio da dor. Noutros casos, foi verificado que algumas das parturientes acabaram por optar por intervenções farmacológicas, quando a dor se tornava impeditiva de uma experiência gratificante do TP, mas manifestavam o seu agrado por lhes ter sido dada a opção de adiar e ter poder sobre o momento em que essa intervenção era realizada.

Ao longo deste módulo, poucos foram os casos em que foi possível contactar com casais que preferiram desenvolver a maior parte do seu TP em casa, onde tinham maior controlo sobre o meio ambiente e onde podiam recorrer a várias técnicas para alívio e gestão do desconforto e dor, sem terem de solicitar permissão aos profissionais de saúde e sem terem de experienciar algumas intervenções protocoladas no meio hospitalar. A maioria das vezes estes casos aconteciam não por opção, mas por dificuldade em identificar as contrações como contrações de verdadeiro TP, por estas não serem tão dolorosas quanto o esperado. Também, foram prestados cuidados a três parturientes que optaram por parto natural que se caracterizou pela mínima intervenção necessária e ausência de métodos farmacológicos de alívio da dor. Não foi possível a realização de algum destes partos, como tal, a intervenção passou pela assistência durante o trabalho de parto na gestão e alívio da dor, através do uso da bola de pilates, da massagem, de posicionamentos antiálgicos, de musicoterapia, da deambulação e da mobilização e de exercícios respiratórios. Foram, ainda, sugeridos outros métodos não farmacológicos, mas que não foram escolha das parturientes. De salientar que o acompanhante foi sempre envolvido nos cuidados e incentivada a sua participação, caso fosse a sua vontade. Uma das utentes em questão já tinha vivido uma experiência de TP e parto onde não foi utilizada terapêutica analgésica, sendo que ao longo de todo o TP a utente referiu não ter dor, apenas desconforto associado às contrações

uterinas. As outras duas utentes, primíparas, perceberam dor ao longo do TP e foram assumindo controlo sobre a mesma, adotando as suas estratégias. Os casais compreenderam as contrações uterinas como partes fundamentais para o decorrer do TP e nascimento, gerindo-as à medida que este avançava. Em todos os casos, foi esclarecido com os casais de que podiam, a qualquer altura, mudar de ideias e escolher métodos farmacológicos de alívio da dor.

As expectativas e experiências anteriores de parto podem influenciar a forma como a mulher encara o parto, envolvendo frequentemente sentimentos ambivalentes como alegria e entusiasmo, mas também medo, stresse e ansiedade. São múltiplos os fatores que influenciam a experiência de parto e a qualidade dessa mesma experiência. A experiência de parto está relacionada com fatores como a idade, o estado civil, a escolaridade, a história psicopatológica, possíveis problemas obstétricos ou adversidades de vida, o tipo de parto e de anestesia, os primeiros contactos com o bebé, o peso do bebé e a antecipação do parto. Já a qualidade da experiência do parto depende de uma multiplicidade de fatores individuais, sociais e situacionais, como a presença ou não de uma figura de apoio significativa, informação e o conhecimento de que dispõe, a participação ativa ou não da mulher nas decisões a tomar relativamente ao parto, o controlo percebido, a duração do parto, o tratamento recebido da equipa médica, o sofrimento e o estado da mãe e do bebé, a perceção de medo, ansiedade e stress, as expectativas prévias da grávida, a utilização ou não de métodos analgésicos e, principalmente, o tipo de parto, a dor sentida durante o parto e a possibilidade de contacto com o bebé imediatamente depois do parto. É importante compreender de que forma a experiência de parto é, por um lado, antecipada e, por outro lado, vivenciada. É da competência do EESMO proporcionar uma experiência de parto positiva (Sousa, 2015; Correia et al., 2012; Costa et al., 2012). Como tal, a intervenção passou por conhecer as expectativas, permitir a verbalização de medos e preocupações, perceber os níveis de ansiedade, stresse e autoeficácia e estabelecer um espaço onde a mulher se sinta segura, compreendida e onde sinta que tem o direito de intervir nas decisões que medeiam o seu TP.

A presença de um acompanhante para suporte contínuo durante o TP foi essencial (OMS, 2018; NICE, 2014), uma vez que este apoio ajuda no desenvolvimento do trabalho de parto, aumenta a sensação de controlo e de competência das parturientes, reduzindo a necessidade de intervenções obstétricas, e promove uma maior satisfação com a sua experiência de parto. Este apoio inclui suporte emocional, medidas de conforto físicas, informações e contacto constante com a equipa de cuidados de saúde. Ao longo deste

módulo, a escolha do acompanhante foi sempre realizada pela parturiente, sendo que os pais foram os que mais frequentemente estiveram presentes.

O parto marca o início de um momento em que o homem confronta os seus sentimentos, representações mentais, sonhos e desejos, com elementos do mundo objetivo, abrindo-se um caminho para o exercício da paternidade. A participação paterna, neste período, pode contribuir para a formação do vínculo entre pai e filho, proporcionar maior segurança emocional à mulher, favorecer a construção da paternidade participativa e afetiva, desmitificar os temores e sofrimentos relacionados a esse momento. Ao mesmo tempo, pode proporcionar a vivência de sentimentos de admiração, alegria e orgulho por ver o nascimento do filho e poder comparar suas semelhanças com ele. Ao adotar uma postura ativa, o pai oferece apoio emocional e físico à parturiente, através da interação verbal, baseada em palavras de encorajamento e elogios, referindo-se à chegada do bebé como uma forma de incentivar a mãe; acompanhamento na deambulação, ajudando na mudança de posição; oferecendo carinho e massagem nas costas (Ribeiro et al., 2015). Como tal, é papel do EESMO orientar e incentivar o homem a vivenciar o momento do nascimento do filho. Sendo assim, o pai foi encarado como um agente participativo e foi necessário providenciar suporte para que este se sentisse incluído em todo o processo. Ainda, foi avaliado o nível de envolvimento desejado, incentivando a adotar o papel mais confortável, foi incentivado o seu papel ativo no apoio à companheira e no contacto com o RN, foram dadas as informações relevantes e foi incluído no processo de tomada de decisão. O papel do pai na sala de partos, não foi desvalorizado ou esquecido, aquando dos cuidados prestados. Sempre que os pais se encontravam presentes no momento do parto, foi propiciada a oportunidade de cortarem o cordão umbilical e de participarem nos primeiros cuidados ao RN.

A promoção da confiança, autonomia e participação ativa da mulher durante o trabalho de parto é essencial para torna-la protagonista do seu próprio parto. Tal implica promover o *empowerment* da mulher/casal, pois empoderar é ajudar a desenvolver capacidades de controlo e determinação, através do desenvolvimento de competências, da autoestima e da autoeficácia. O empoderamento abrange o controlo da perceção da dor e de emoções como: o medo e a ansiedade, assim como o controlo sobre o ambiente, das pessoas envolvidas e dos procedimentos realizados (Sousa, 2015). Do ponto de vista desenvolvimental, quanto mais adequada a capacidade para lidar com as sucessivas tarefas inerentes à gravidez, melhor será a vivência emocional do parto, ocasião da separação física entre mãe e bebé. Por outro lado, e de acordo com a teoria do *coping*, uma melhor preparação para lidar com uma experiência que implica stress como o parto, reduz o nível de

ansiedade possibilitando que a experiência seja mais eficaz (Costa et al., 2012). Como tal, o suporte proporcionado foi essencial no empoderamento e capacitação do casal no processo de tomada de decisão, promovendo a participação ativa durante todo o processo de nascimento, rumo a uma experiência de parto positiva para o casal. Assim, ao longo do módulo, foi discutido com cada casal grávido, durante a sua permanência na sala de partos, o seu plano de parto.

O plano de parto consiste num documento escrito elaborado, durante a gravidez, pelo casal grávido em que este expressa as suas necessidades e preferências na gestão do trabalho de parto e parto, e que os ajudasse a sentirem-se seguros e, ao mesmo tempo, possibilitasse uma vivência mais positiva do parto. Este documento serve de elo de informação com a equipa de saúde, promove a tomada de decisão o sentido de controlo, facilitando a realização das expectativas do casal relativamente ao seu parto (OE, 2012). A necessidade da implementação de planos de parto, surgiu no sentido de ajudar as mulheres a evitarem as intervenções de rotina a que frequentemente estão sujeitas em ambiente hospitalar. Esta apresenta-se como uma intervenção útil para a promoção da comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde, para facilitar a reflexão sobre os elementos stressantes do trabalho de parto, ajudando a mulher/casal a lidar com o medo e a ansiedade inerentes ao parto e, ainda, para incentivar a participação ativa da mulher no trabalho de parto. O plano de parto surge como uma estratégia que incentiva o casal a dialogar sobre o trabalho de parto, a refletir sobre crenças, medos e desejos, e a discutir sobre sentimentos e preocupações acerca do mesmo, começando o plano de parto por ser uma lista de itens e acabando numa exposição de necessidades e anseios sobre as expectativas com o trabalho de parto (Sousa, 2015). Embora todos os casais mostrassem algumas preferências e expectativas que gostariam de ver concretizadas, é de salientar que poucos foram os casais que tinham um plano de parto elaborado, que tivesse sido refletido e discutido.

A admissão da utente ocorre pelo serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia, pertencente à sala de partos, pelo início do TP espontâneo, necessidade de indução de TP, por transferência do serviço de internamento materno-fetal ou pela marcação de cesariana eletiva. Dependendo do motivo da admissão, foram identificados os diagnósticos de enfermagem de Oportunidade de Trabalho de Parto ou Trabalho de Parto Presente (ICN, 2019).

Após, foi realizado o acolhimento do casal, através da apresentação das instalações físicas do serviço, da equipa de cuidados e dos recursos disponíveis. Ainda, foi realizada a

avaliação inicial, sendo colhidos dados, tais como: antecedentes de saúde (terapêutica usada, grupo sanguíneo, alergias, doenças familiares), hábitos de vida, antecedentes obstétricos e ginecológicos, dados demográficos, história ocupacional (profissão, escolaridade), nome pelo qual preferia ser tratada, acompanhante significativo que gostaria de ter presente durante o TP e parto, expectativas e emoções ao longo da gravidez e em relação ao TP e parto, existência de plano de parto, frequência de curso de preparação para o parto e parentalidade, esclarecimento de dúvidas, nome do RN, vontade de contacto pele a pele com o RN após o nascimento, amamentação na primeira hora de vida, preferência pelo corte do cordão umbilical, experiência de parto anterior, possibilidade de recurso a técnicas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor em trabalho de parto. Para além dos dados obtidos foi, ainda, consultado o processo clínico e o Boletim de Saúde da Grávida, com o objetivo de obter dados sobre a gravidez atual, como: idade gestacional, intercorrências da gravidez e vigilância da gravidez e exames e análises clínicas dos três trimestres da gravidez. Durante o acolhimento procurou-se conhecer melhor a parturiente/casal e conhecer as reais necessidades, no sentido de transmitir confiança no processo e participação nos cuidados, minimizando as inseguranças, os medos e a ansiedade. Após a admissão e o acolhimento dos casais, o processo de enfermagem foi iniciado, sendo identificados os diagnósticos de enfermagem adequados a cada casal.

O preenchimento do partograma foi, também, realizado após a admissão, sendo um instrumento utilizado para a monitorização da progressão do TP. Este tem como objetivos, acompanhar a evolução do TP, identificando e diagnosticando as alterações ao seu padrão de desenvolvimento, permitir a tomada de decisão atempada, bem como a redução de intervenções obstétricas desnecessárias. O partograma consiste na representação gráfica do TP, o que permite a apresentação visual da dilatação cervical e descida da apresentação fetal em relação ao tempo, a monitorização do bem-estar materno-fetal e o registo de fatores que poderão influenciar o TP como: FCF, estática fetal, estado das membranas e características do líquido amniótico, dinâmica uterina, sinais vitais maternos e fármacos administrados (Néné et al., 2016; OMS, 2014).

Algumas intervenções antigamente preconizadas na admissão, como: enema de limpeza e tricotomia, não são hoje recomendadas pela evidência científica, por não mostrarem benefícios a si associadas (OMS, 2018), não tendo sido realizadas ao longo deste módulo. A realização de enema não apresenta quaisquer benefícios clínicos na evolução do TP, não tem efeito nas taxas de infeção materna e neonatal e pode, muitas vezes, produzir constrangimento e desconforto na mulher por ser considerada uma prática invasiva (OMS,

2014). A tricotomia da região perineal aumenta o risco de contaminação do local cirúrgico (caso ocorra episiotomia), devido aos pequenos cortes resultantes da raspagem, e gera prurido e desconforto causado pelo crescimento do pelo interferindo no processo de cicatrização do períneo (OMS, 2015).

O toque vaginal é uma intervenção que pode dar acesso a dados pertinentes na tomada de decisão perante o diagnóstico de TP ativo, que permite avaliação das características do colo uterino como a dilatação, extinção, posição e consistência do colo. A avaliação tocológica permite, ainda, a monitorização da progressão do TP através da avaliação de indicadores da estática fetal como apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), posição (esquerda ou direita), atitude (flexão ou deflexão), variedades da apresentação fetal (anterior, posterior ou transversa) e descida (através dos planos de *Hodge*) e rotação interna da cabeça fetal. Após a rotura da bolsa amniótica, aquando do toque, torna-se possível observar as características do LA, nomeadamente: coloração, odor e quantidade. Os dados recolhidos, através do toque vaginal, podem ajudar o EESMO a indicar posicionamentos que favorecem a rotação interna e a descida do feto pelo canal de parto e, ao mesmo tempo, podem favorecer a diminuição da dor ou desconforto, aquando da contratilidade uterina. A avaliação das características da bacia materna também se tornou possível através desta intervenção (FAME & APEO, 2009). A realização do toque vaginal é uma intervenção frequentemente associada a desconforto e ansiedade maternas (NICE, 2014), estando, também, associada a um aumento do risco de infeção. Como tal, foi apenas implementada quando estritamente necessário, indo ao encontro das recomendações da OMS (2018, 2014), que indicam que deve ser realizada com um intervalo mínimo de cerca de quatro horas, não existindo outras queixas.

Perante o foco Conforto (ICN, 2019), e com o objetivo de diminuir os níveis de dor, medo, ansiedade e stresse, foram implementadas intervenções promotoras do bem-estar físico e do bem-estar emocional da parturiente. Estas passaram por promover a empatia com o casal, facilitar o internamento hospitalar, proporcionar um ambiente seguro e confortável (agradável, calmo, aquecido, com luminosidade reduzida, sem ruídos e com privacidade), permitir receber visita de um familiar significativo durante o TP, para além do acompanhante escolhido, discussão do plano de parto, e se este não existente de forma formal, procurou-se perceber que respostas podiam ser dadas a cada casal que melhorassem a sua experiência de parto. Ainda, a OMS (2018) recomenda que durante o TP sejam implementadas medidas que promovam a progressão do TP e o conforto materno, como a oferta de líquidos, a deambulação, a liberdade de movimentos e a adoção de posições verticalizadas, bem como

a oferta de métodos não farmacológicas para o alívio da dor. Os benefícios associados à adoção destas medidas, incluem a diminuição dos níveis de stresse e ansiedade das mulheres. Estes previnem a hiperventilação materna e promovem a redução da libertação de catecolaminas, contribuindo para uma melhor perfusão placentária. Como tal, resulta num melhor desfecho neonatal e na promoção da satisfação com a experiência de parto, devido a uma maior sensação de controlo do próprio corpo e das suas emoções, e numa redução da fase latente do TP, bem como da taxa de partos instrumentados.

A massagem foi realizada e/ou instruído o companheiro a realizar a mesma, com o objetivo de promover o relaxamento e o alívio da dor. Esta pode ser realizada em qualquer parte do corpo em que a mulher sinta desconforto. A técnica de contrapressão foi a mais usada, e consiste na aplicação de pressão contínua com o punho e a mão sobre a região sagrada, para o alívio da dor lombar (Lowdermilk e Perry, 2008).

O uso da bola de pilates foi incentivado por permitir a mudança de posição da parturiente e a realização de movimentos circulares com a bacia, que têm demonstrado ser eficazes na rotação e descida fetal, facilitando, assim, o encravamento. Esta é, também, uma medida de conforto, pois permite à mulher sentar-se com a coluna alinhada, diminuindo o desconforto na zona lombar e perineal (Néné et al., 2016).

As salas de parto disponibilizavam música, através de um rádio, que a parturiente podia sintonizar conforme a sua preferência. A maioria das parturientes usufruiu de alguma forma de musicoterapia, através do material disponibilizado pelo serviço, e em alguns casos, através de auriculares que as mesmas traziam com as suas preferências selecionadas. A música contribui para reduzir emoções negativas e reduzir os níveis de stresse, contribuindo para alcançar um elevado nível de relaxamento. Esta altera o humor pela positiva e estimula a imaginação e as respostas a nível do tálamo, onde os sentimentos e emoções são transmitidos para o hemisfério cerebral direito. Além disso, a música influencia a rede cerebral, que determina a experiência emocional através do sistema límbico, ajudando a libertar endorfinas a partir da glândula pituitária e diminuindo a concentração de corticotrofina, o que influencia nos níveis de pressão arterial e ritmo respiratório (Néné et al., 2016).

Durante o primeiro período do TP, os exercícios respiratórios foram instruídos e treinados para serem realizados durante as contrações uterinas. Pois, estes proporcionam alívio da dor, melhor oxigenação fetal, relaxamento e diminuição da ansiedade materna,

contribuindo para a diminuição da fadiga e do risco de hiperventilação e uma maior percepção de controlo da dor (Lowdermilk & Perry, 2008).

Não existe evidência suficiente para apoiar a prática de jejum da parturiente com baixo risco, com o objetivo de diminuir o risco de aspiração de conteúdo gástrico, apontando a autonomia e liberdade das mulheres para decidirem sobre a alimentação e a ingestão de líquidos durante o seu TP, como a decisão mais favorável ao desfecho do mesmo. A ingestão de líquidos claros (como água e chás), assim como alimentos leves (como gelatinas) foram possíveis, se estas assim o desejassem. A perfusão de líquidos durante o TP, como soro fisiológico com 5% glicose, embora faça parte dos protocolos institucionais (Montenegro et al., 2014) na assistência à parturiente, contraria as recomendações da OMS (2018). Assim, a perfusão de líquidos durante o TP deve ter objetivos específicos, sustentados pela evidência científica, e deve ser realizada como intervenção associada à utilização de analgesia pela via epidural durante o TP.

A OMS (2018) recomenda a deambulação e a adoção de posições verticais durante o TP em mulheres de baixo risco. Estas promovem o encurtamento da primeira fase do TP, reduzem a necessidade de analgesia por via epidural, favorecem a descida fetal, ajudam a mulher a encontrar uma melhor posição para parir, reduzem as lacerações perineais e episiotomias e reduzem a taxa de cesarianas e partos instrumentados. No serviço, a deambulação e a adoção de posições verticais durante o TP, foram intervenções difíceis de implementar por diversos motivos, como: a presença de cateter venoso periférico, soroterapia em curso, presença de cateter vesical, saco coletor de urina, CTG contínuo e aceitação por parte da equipa médica. Foi sendo possível a sua implementação, não sempre, mas através da mediação, negociação e argumentação com a equipa.

Nas parturientes com diabetes gestacional ou prévia, tratadas com dieta, durante o TP, a monitorização da glicemia capilar foi realizada a cada quatro horas, e foi administrada uma perfusão de soro glicosado polieletrólítico a 125ml/hora até retomar a alimentação oral. Dependendo dos valores de glicemia foi seguido esquema de insulina por protocolo do serviço. Nas mulheres tratadas com insulina ou antidiabéticos orais, foi administrado um soro glicosado polieletrólítico a 125ml/hora, e uma perfusão em seringa infusora com 50UI de insulina de ação curta em 50cc de soro fisiológico, a um débito variável segundo a glicemia capilar horária (DGS, 2017; Montenegro et al., 2014; DGS, 2011).

O foco dor de trabalho de parto (ICN, 2019) é a “... sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem

durante o trabalho de parto.”. No primeiro estadio de trabalho de parto a dor deve-se à contractilidade uterina, à dilatação do colo uterino e à distensão do segmento inferior do útero. No segundo estadio, junta-se a dor do períneo, relacionada com a compressão da apresentação fetal e com a distensão do períneo pela saída do feto. No terceiro e quarto estadio, a dor deve-se à separação e expulsão da placenta, às lacerações ou episiotomia e à involução uterina. A partir do século XIX o parto passa para o âmbito médico e perde a sua característica fisiológica, sendo abordado, unicamente, do ponto de vista biológico, e as mulheres são condicionadas a encarar as contrações uterinas como muito dolorosas e fora do seu controlo sendo, por isso, justificada a utilização de medicação para o seu alívio. Durante o trabalho de parto, um dos objetivos dos profissionais de saúde é a gestão da dor. Para isso, existem dois métodos, o método farmacológico e o não farmacológico. O primeiro circunscreve a dor a algo patológico que é necessário eliminar, pelo que aceitá-lo obriga a uma resposta farmacológica, direcionando-se, assim, a mulher para a utilização de analgesia. O segundo destina-se a melhorar as sensações físicas e psicológicas através do ensino de técnicas, que têm como objetivo ajudar a mulher a lidar com a dor de trabalho de parto sem recurso a fármacos (Néné et al., 2016; Sousa, 2015). Como tal, foram planeadas intervenções no âmbito da gestão não farmacológica da dor de TP, sendo que o EESMO tem um importante papel, auxiliando o casal a identificar algumas técnicas que já foram utilizadas com sucesso, em alguma altura da vida da mulher, aliviando o seu desconforto e ajudando-a a relaxar. Assim, ao longo deste módulo, foram incentivadas técnicas não farmacológicas, tais como: utilização da bola de pilates, deambulação, musicoterapia, auxílio na identificação de posicionamentos antiálgicos, exercícios respiratórios e massagem.

Sempre que foi da preferência da utente, foi administrada terapêutica farmacológica pela via epidural. A colocação do cateter epidural foi realizada, auxiliando o médico anestesista na sua colocação. Previamente à colocação do cateter foi reunido todo o material, explicado o procedimento e posicionada a parturiente (sentada ou em decúbito lateral preferencialmente esquerdo em posição fetal). Sempre que havia perfusão de ocitocina em curso, esta foi suspensa, para diminuição da frequência e intensidade da contratilidade uterina e, foi ainda vigiado o bem-estar materno-fetal durante todo o procedimento. Após a colocação do cateter epidural foi administrada uma primeira dose de fármacos (sufentanil e ropivacaína) pelo anestesista, sendo posteriormente administradas doses intermitentes de ropivacaína 0,2% (8-10ml), sempre que solicitado pela parturiente, e respeitando o intervalo de segurança (cerca de uma hora) entre doses e segundo o protocolo de serviço instituído. Os efeitos secundários mais frequentemente associados aos fármacos

administrados pela via epidural e presenciados durante a prática clínica foram: a hipotensão materna, náuseas e vômitos, prurido, tremores, bloqueio motor e sensitivo e retenção urinária (OMS, 2018; NICE, 2014). Ainda, o uso de fármacos opiáceos na analgesia epidural tem demonstrado estar associado ao prolongamento do segundo estádio do TP, ao aumento do número de partos instrumentados e ao aumento das taxas de cesariana (Néné et al., 2016).

Considerando os efeitos secundários, procedeu-se à monitorização da PA de cinco em cinco minutos durante quinze minutos após a colocação do cateter, foi colocada fluidoterapia em curso, para prevenir a hipotensão materna, e foi realizada a avaliação cardiotocográfica após cada administração de bólus de fármacos. Foram presenciadas situações de hipotensão que foram revertidas através do aumento do volume de fluídos em perfusão e através do posicionamento da grávida em *Trendelenburg*. As náuseas, vômitos e prurido foram sintomas monitorizados, após a primeira administração, e que foram observados em muitas situações. Os fármacos administrados intermitentemente através do cateter epidural podem causar bloqueio das fibras motoras, traduzindo-se numa diminuição da capacidade de deambulação da parturiente. Assim, foi vigada a função motora das parturientes e desde que não houvesse qualquer compromisso, foi incentivada a adoção de posições antiálgicas e a deambulação, junto da cama. Apesar de já ser vigada ao longo do TP, a Eliminação Urinária (ICN, 2019) foi um foco de atenção, após a colocação do cateter epidural, pelo Risco de Retenção Urinária (ICN, 2019), devido à diminuição da perceção relativa à eliminação urinária. Considerando que a formação de globo vesical pode comprometer a progressão da apresentação fetal no canal de parto, estabeleceu-se como intervenções de enfermagem a vigilância da eliminação urinária e de sinais de retenção urinária, sendo as parturientes incentivadas a urinar de duas em duas horas (NICE, 2014). Em SOS, por vezes, foi realizada drenagem vesical através de cateter urinário e, em caso de prescrição médica ou sempre que se verificou retenção urinária procedeu-se à algaliação da parturiente durante todo o TP até ao período expulsivo.

A maturação cervical e a indução do trabalho de parto são intervenções obstétricas que têm como objetivo preparar o colo uterino e iniciar artificialmente as contrações uterinas, que acarretam a dilatação e a extinção progressivas do colo que conduzem ao parto. Estas intervenções encontram-se indicadas quando existe consenso de que a parturiente e o feto têm maior probabilidade de um desfecho favorável após um parto induzido do que após um parto diferido (Montenegro et al., 2014). A necessidade de maturação cervical ou de indução do trabalho de parto deve ser avaliada caso a caso,

considerando-se o estado de saúde materna e fetal, os riscos que o prolongamento da gravidez acarreta para ambos, a idade gestacional, a avaliação do colo uterino (índice de *Bishop*) e da pelve materna, a estimativa do peso e a apresentação fetal. Estas intervenções obstétricas estão associadas a um maior risco de complicações, como: a hemorragia peri-parto, a cesariana, a hiperestimulação uterina com hipóxia fetal e a rotura uterina. Provocam, geralmente, maior desconforto à parturiente do que o trabalho de parto de início espontâneo e restringem a sua mobilidade, pela necessidade de monitorização fetal prolongada. A indução do TP com meios farmacológicos está associada a uma maior utilização de analgesia pela via epidural, maior taxa de partos instrumentados e de cesarianas urgentes. Constituem indicações para a maturação cervical e a indução do trabalho de parto as complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiam com a terminação da gravidez, mas em que não existe a necessidade que o nascimento ocorra em poucas horas. Constituem motivos consensuais para terminação da gravidez: a patologia médica ou obstétrica grave que põe em risco a saúde materna ou fetal, o oligoâmnios em gestação de termo, a restrição do crescimento intrauterino com alterações fluxométricas, a morte fetal e a gravidez não complicada que atinge as 41 semanas de gestação completas. Para a maturação cervical podem ser utilizados métodos farmacológicos (dinoprostona em dispositivo vaginal de libertação lenta, dinoprostona em gel intravaginal ou em comprimidos intravaginais, misoprostol em comprimidos intravaginais) ou métodos mecânicos (sonda de Foley dilatada com soro fisiológico). Para a indução do trabalho de parto deve ser utilizada a ocitocina, administrada em perfusão endovenosa, com bomba perfusora, de acordo com o protocolo hospitalar em vigor (DGS, 2015; OMS, 2011).

Nos casos em que foi decidida a maturação ou a indução de TP o planeamento de cuidados de enfermagem mais frequentemente incidiu nos focos: Consciencialização sobre a situação atual; Conhecimento sobre maturação/ indução de TP; Oportunidade de TP (ICN, 2019). Como tal, a intervenção passou por: informar sobre os objetivos do plano terapêutico estabelecido (indicação de monitorização cardiotocográfica contínua durante duas horas ou enquanto existir dinâmica uterina e repouso no leito durante pelo menos duas horas após a aplicação de agente farmacológico para maturação cervical), os riscos e benefícios associados à medicação administrada e a evolução esperada ao longo do internamento.

A hiperestimulação uterina define-se como a existência de uma hipertonia (tonicidade uterina superior a dois minutos) e/ou de uma taquissistolia (mais de cinco contrações em cada 10 minutos, durante um período superior a 20 minutos) (Montenegro et al., 2014). Ao longo deste módulo, identificaram-se muitos casos de hiperestimulação uterina

com consequentes alterações da FCF (desacelerações repetitivas e/ou prolongadas) registadas no CTG, tendo sido o estímulo medicamentoso imediatamente removido, as parturientes posicionadas em decúbito lateral esquerdo, para melhoria da perfusão úteroplacentária, e ainda, realizada tocólise com salbutamol, tendo sido monitorizada a frequência cardíaca materna.

O trabalho de parto estacionário define-se como aquele que não progride durante um intervalo de tempo, variável de acordo com a fase em que se encontra. Assim este pode ser dividido em: fase latente prolongada (duração superior a 20h em nulíparas e 12h em multíparas); fase ativa estacionária (ausência de alterações cervicais durante, pelo menos, 4h, sob perfusão ocitócica); período expulsivo prologado (duração superior a 2h em nulíparas ou a 1h em multíparas, sendo estendidos em 1h estes intervalos, na presença de analgesia locorregional). As causas do TP estacionário podem ser de natureza mecânica (condições fetais ou do canal de parto que impedem a normal descida da apresentação, apesar da normal dinâmica uterina) ou de natureza dinâmica (disfunção contráctil uterina) (DGS, 2015; OMS, 2014; Montenegro et al., 2014).

Perante este diagnóstico as intervenções devem ser implementadas de acordo com a causa subjacente, desde que haja evidência de bem-estar materno e fetal, com o objetivo de acelerar o TP e não de induzir. Perante uma distocia dinâmica, as recomendações são a administração de ocitocina, uma perfusão contínua de 10UI de ocitocina diluídas em 1000ml de soro glicosado 5% ou com um débito de 15ml/hora que ia sendo aumentado de 20 em 20 minutos de acordo com a dinâmica uterina e na ausência de intercorrências. O uso de ocitocina requereu uma monitorização cardiotocográfica contínua limitando a liberdade de movimento da parturiente (DGS, 2015; OMS, 2014; Montenegro et al., 2014).

A realização da amniotomia é uma prática útil, mas que não deve ser realizada em todas as mulheres indiferenciadamente. O procedimento de amniotomia é asséptico e consiste na rutura artificial das membranas amnióticas através pinça de *Herff*. É realizado com o objetivo de induzir e/ou encurtar o TP ou como método complementado com a utilização de fármacos como a ocitocina, e após a sua realização são avaliadas as características do LA como: o cheiro, a quantidade e a coloração, sendo as mesmas registadas, bem como a hora. Para a realização do procedimento, a parturiente não pode apresentar infeção por herpes genital ativo e o vírus da imunodeficiência humana, o TP deve apresentar evolução e a apresentação fetal encontrar-se com o diâmetro biparietal ao nível do III plano de *Hodge*, minimizando o risco de laterocidência ou procidência do cordão

umbilical associado ao procedimento. Pelo mesmo motivo, foi exercida, simultaneamente, pressão no fundo uterino e promovida uma saída gradual do LA (NICE, 2014; OMS, 2014). A presença de mecónio no LA ocorreu em algumas situações, pelo que se procedeu à avaliação cardiotocográfica contínua, para uma avaliação sistemática do bem-estar fetal, sendo comunicado à equipa responsável pelo TP em questão.

O diagnóstico Risco de infeção (ICN, 2019) foi identificado por estar associado à presença de cateter venoso periférico e/ou de cateter epidural, assim como, por estar associado a fenómenos como a laceração perineal ou a presença de episiotomia e episiorrafia. Na presença de rotura das membranas amnióticas (artificial ou espontânea) superior a 18 horas e/ou resultado positivo ou desconhecido no rastreio de EGB, foi iniciada a profilaxia da infeção neonatal, segundo o protocolo instituído que preconizava a administração de ampicilina EV de 4/4 horas até ao parto. A transmissão vertical do EGB durante o trabalho de parto, pode originar sépsis, pneumonia ou meningite no RN, na 1ª semana de vida (OMS, 2015; Montenegro et al., 2014).

Dentro do diagnóstico Trabalho de Parto (ICN, 2019), a vigilância do bem-estar materno-fetal assume um dos principais objetivos, sendo a monitorização cardiotocográfica o método mais utilizado. O traçado CTG pode ser considerado normal, suspeito ou patológico, de acordo com os dados obtidos através do mesmo, sendo a sua classificação importante para definir a atuação clínica (Montenegro et al., 2014; NICE, 2014). Na gravidez de baixo risco, durante o TP, as evidências científicas recomendam a utilização da auscultação intermitente da FCF como método seguro de avaliação do bem-estar materno-fetal. Por outro lado, na literatura, é consensual a recomendação de se utilizar a CTG contínua na grávida com risco aumentado de morbilidade e mortalidade perinatal (Néné et al., 2016), considerando casos de suspeita de sépsis ou corioamnionite, temperatura corporal igual ou superior a 38°C, HTA severa (igual ou superior a 160/110mmHg), administração de ocitocina, sangramento vaginal que decorra durante o TP ou presença significativa de mecónio no LA (NICE, 2014).

Contrariamente às recomendações (OMS, 2018; NICE, 2014), a monitorização cardiotocográfica contínua foi mantida em quase todos os casos desde a admissão até ao nascimento. Quando disponível, deu-se preferência ao sistema de monitorização cardiotocográfica contínua por telemetria existente no serviço, de modo a promover a deambulação e movimentos da mulher. A monitorização contínua intraparto pode ser considerada vantajosa, por facilitar a vigilância de várias parturientes e fetos, permitindo

ainda a avaliação da variabilidade fetal, da FCF, da contratilidade uterina e possibilidade de rever todo o comportamento da FCF ao longo do TP. No entanto, as desvantagens a ter em consideração são, a diminuição da mobilidade da parturiente e a subjetividade inerente à análise dos registos obtidos, com conseqüente aumento do número de intervenções obstétricas, como aumento de partos instrumentados e taxas de cesariana (Graça et al., 2017). Durante este módulo foram identificados alguns casos de traçados cardiotocográficos com indicadores suspeitos, muitos dos quais, conduziram à decisão de interrupção do plano terapêutico definido ou de cesariana de emergência. Ainda, em alguns casos, houve necessidade de monitorização interna através da eletrocardiografia fetal.

O segundo período do TP ou período expulsivo compreende o período que decorre entre a dilatação completa do colo do útero até à expulsão do feto, durante o qual a mulher sente involuntariamente a necessidade de realizar esforços expulsivos resultantes das contrações uterinas. Assim, durante este período, a intervenção passou por ser expectante, na primeira fase, aguardando pela descida da apresentação e aproveitando este momento para preparar todo o material necessário para o parto e a colocação do equipamento de proteção individual devidamente esterilizado. Era, ainda, nesta altura que se posicionava a parturiente para o período expulsivo que em regra era em *semi-fowler*, apesar das recomendações da OMS (2018). Estas defendem a liberdade de escolha da posição de parto, incluindo posições verticalizadas e laterais, mesmo sob efeito de analgesia pela via epidural. A parturiente foi incentivada a puxar quando sentisse essa necessidade, como preconizado pela NICE (2014) e OMS (2018), que defendem que os esforços expulsivos devem ser livres e espontâneos e não dirigidos. No entanto, surgiram situações em que devido ao bloqueio sensitivo provocado pela analgesia epidural, ineficácia dos impulsos expulsivos ou pela falta de preparação para o parto foi incentivado o puxo dirigido. A realização de esforços expulsivos vai expulsando ativamente o feto que durante a sua descida pelo canal de parto realiza os movimentos de insinuação, descida, flexão e rotação interna à medida que a cabeça fetal se vai modelando até atingir o períneo provocando a sua abaulação e ocorrendo a coroação (Cunningham et al., 2012). Neste momento realizou-se a proteção do períneo e a massagem perineal com lubrificante, pois estas técnicas permitem preservar a integridade do períneo reduzindo o risco de trauma perineal (OMS, 2017). Ainda, durante esta fase avaliou-se o bem-estar fetal, através da monitorização CTG, e a necessidade de realização de episiotomia.

Está cientificamente comprovado que a adoção de posições verticais, durante o período expulsivo, traz grandes benefícios para a parturiente, como o encurtamento do

segundo período de TP, pelo aumento dos diâmetros pélvicos maternos e pela utilização da força gravítica, melhor controlo da dor, devido à escolha de uma posição cómoda, aumento da dinâmica uterina, devido ao aumento da pressão exercida pelo feto no colo uterino, alinhamento do feto com a bacia, diminuição do risco de alterações da FCF, uma vez que reduzem o risco de compressão dos grandes vasos da pelve e promovem a oxigenação fetal, maximização dos esforços expulsivos maternos e o aumento da progressão da descida fetal, redução de partos instrumentos e da necessidade de episiotomia (Néné, 2016; OE, 2015). Apesar disto, a posição utilizada era horizontal em *semi-fowler*, não tendo sido permitida a utilização de outra posição, apesar de várias tentativas. Em alguns casos, a intervenção possível foi colocar a parturiente em posição lateral, sentada na cama ou na bola enquanto se aguardava a descida da apresentação.

Um dos focos de atenção ao longo do TP foi a Fadiga (ICN, 2019). Atualmente as situações de indução TP, ou da admissão do casal em fase latente do TP, conduzem a longos internamentos onde são realizadas avaliações tocológicas sucessivas e vigilâncias cardiotocográficas contínuas, causadores de cansaço e fadiga na parturiente, que podem condicionar os esforços expulsivos. Assim, implementaram-se intervenções como, explicar à parturiente que deve iniciar os esforços expulsivos após a dilatação completa e incentivar a mulher a realizar esforços expulsivos, aquando da perceção da vontade de puxo, durante a descida da apresentação (NICE, 2014). Após o posicionamento da mulher para o parto, foi realizado o puxo dirigido, através da manobra de Valsalva, que consiste, aquando da contração uterina, em inspirar profundamente, encher o pulmão de ar, encostar o queixo ao peito e puxar durante 10 segundos, três vezes seguidas, contrariando todas as recomendações, sendo necessário questionar as práticas dos profissionais de saúde no que toca à abordagem deste período tão importante para o nascimento.

A episiotomia consiste numa incisão do períneo, com o objetivo de aumentar o diâmetro vaginal. A decisão de realização de episiotomia é bastante controversa e a sua realização rotineira encontra-se atualmente não recomendada por estar associada a deiscências mais frequentes, maior dor e dispareunia pós-parto, maior hemorragia pós-parto, risco aumentado de lesões do esfíncter anal e retal e incontinência urinária. A episiotomia tem indicação em partos vaginais distócicos, macrosomia fetal, cicatrizes prévias na área genital que possam resultar em lacerações graves na passagem do feto, sofrimento fetal, rigidez perineal, prematuridade e incompatibilidade feto-pélvica (OMS, 2018; Couto & Carneiro, 2017; Néné et al., 2016).

Nos casos em que foi realizada episiotomia, o que motivou a sua realização foi a rigidez perineal, pelo aspeto esbranquiçado e edemaciado que períneo apresentava mostrando-se frágil e com micro lacerações. A episiotomia foi sempre medio-lateral, tal como recomendado pela OMS (2018), por estar associada a menor risco de lesão do esfíncter anal e mucosa retal, realizada do lado esquerdo da fúrcula em direção à tuberosidade isquiática num movimento único de cerca de 4 cm, tendo extensão suficiente para aliviar a resistência perineal. Esta técnica foi sempre executada no momento do coroamento e durante o pico de uma contração uterina.

No momento da exteriorização da cabeça fetal, com uma mão foi realizada a proteção do períneo posterior e com a outra foram realizados movimentos suaves e controlados para prevenir a deflexão súbita da apresentação fetal, denominado este procedimento de manobra de *Ritgen* (Couto & Carneiro, 2017).

Após a saída da cabeça fetal, foi solicitado à parturiente que esta parasse os esforços expulsivos, para se realizar a pesquisa de circulares cervicais do cordão umbilical. Foram verificadas poucas situações de presença de circulares, e quando estas eram largas foram desenroladas e passadas por cima da cabeça fetal. Nos casos em que as circulares presentes eram apertadas, foi necessário realizar a clampagem e laqueação prévia do cordão umbilical à vulva. Ainda, poucos foram os casos em que se verificou a ocorrência de distocia de ombros, situação onde, após o nascimento da cabeça fetal, não é possível libertar os ombros com manobras habituais de tração inferior da cabeça. Tratando-se de situações de emergência obstétrica, estas foram resolvidas imediatamente com a hiperflexão das coxas da parturiente sobre o abdómen (manobra de *McRoberts*) e, por vezes, ainda com a necessidade da pressão suprapúbica e a realização ou extensão de episiotomia (Montenegro et al., 2014).

Após rotação externa e restituição da cabeça fetal, e quando o ombro anterior aparecia sob a sínfise púbica, procedeu-se à sua libertação, aplicando uma leve tração em direção posterior até que este se exteriorize. De seguida, procedeu-se à libertação do ombro posterior através do mesmo método, mas agora na direção anterior, facilitando assim a expulsão do corpo do feto.

Além dos partos realizados, também foram realizados partos participados. Estas situações ocorreram pelo mal posicionamento da apresentação fetal, nas situações em que se verificam traçados CTG não tranquilizadores, por exaustão materna e/ou ineficácia dos esforços expulsivos. Nestas situações a intervenção foi colaborar com a equipa médica, tal como preconizado pela OE (2019).

Imediatamente após a expulsão do feto foi registada a hora do nascimento e os pais foram felicitados, iniciando-se a terceira fase do TP, que compreende o momento após a saída do feto até à expulsão da placenta. O RN foi mantido ao nível do intróito vaginal, enquanto recebeu estimulação tátil para a iniciação dos primeiros movimentos respiratórios, feita a sua secagem, limpeza das vias respiratórias externas e avaliação do índice de Apgar e de vigilância dos sinais de potenciais dificuldades respiratórias (adejo nasal, retração intra/infracostal, cianose, pieira). O índice de Apgar é um método de fácil avaliação que considera cinco parâmetros, nomeadamente o tónus muscular, a irritabilidade reflexa, a coloração da pele, o esforço respiratório e a frequência cardíaca, e é aplicado no 1.º, no 5.º e ao 10.º minuto após o nascimento. Este método permite a avaliação da vitalidade do RN e é um preditor da necessidade de reanimação do neonato (ACOG & AAP, 2015). Ao longo do módulo, foram detetados casos em que o score de Apgar foi igual a 7, tendo sido necessária a clampagem precoce do cordão umbilical e a intervenção do neonatologista na assistência ao RN.

Após a expulsão fetal, o tempo de espera para a clampagem do cordão umbilical foi de um minuto. No entanto, o momento ideal em que é realizada a clampagem e o corte umbilical permanece controverso. Sabemos que a clampagem precoce do cordão umbilical (no primeiro minuto de vida) pode conduzir mais frequentemente a quadros de anemia ferropriva do RN, assim como a clampagem tardia (superiores a um minuto ou quando o cordão umbilical deixa de pulsar) poderá favorecer casos de policetemia e hiperbilirrubinemia com necessidade de tratamento médico (OMS, 2014). As recomendações da OMS (2014, 2018) defendem a clampagem tardia do cordão umbilical, num período superior a um minuto. Na maioria das vezes, o corte do cordão umbilical foi realizado pelo pai, sendo que foram poucas as vezes em que foi realizada pela mãe ou pelo profissional de saúde.

Enquanto era aguardada a dequitação, foram implementadas medidas que favoreceram a adaptação neonatal à vida extrauterina, em RN com boa vitalidade. Quando foi da vontade da mulher, o RN foi colocado em contacto pele a pele, seco e coberto com um lençol aquecido, durante pelo menos 30 minutos, de forma a promover a Ligação Mãe/Pai-Filho (ICN, 2019) nos primeiros minutos de vida e evitar a hipotermia. Em dois casos, o contacto pele a pele foi realizado com o pai por opção do casal. Desta forma, os pais puderam estabelecer contacto visual com o RN, tocá-lo, admirá-lo, falar com ele e manterem-se junto dele, pois o RN encontra-se numa fase de alerta e disponibilidade, tornando-se numa oportunidade de interação com os pais única e extremamente íntima. Vários estudos têm

comprovado os benefícios associados ao contacto precoce dos pais com o RN. Entre esses benefícios podemos destacar que o contacto acalma o bebé, promove uma maior estimulação sensorial, estabiliza os seus movimentos respiratórios e a frequência cardíaca, mantém a estabilidade térmica e reduz o choro (Moore et al., 2016).

Ainda, no sentido de promover a ligação mãe/pai-filho ao longo do TP, foram implementadas intervenções como: informar o casal sobre a avaliação do bem-estar fetal, envolver o casal na identificação dos movimento fetais, atribuir características positivas ao feto pelo seu padrão de comportamento, auxiliar os pais na identificação de características familiares no comportamento fetal, dar aos pais a oportunidade de ouvir os batimentos cardíacos fetais, informar os pais previamente sobre todos os cuidados que são prestados ao RN após o nascimento, informar o casal sobre as características esperadas no RN, tratar o feto e RN pelo nome escolhido pelo casal, e como já referido anteriormente, proporcionar ao casal a oportunidade de cortar o cordão umbilical e contactar pele a pele com o RN após o nascimento (sempre que fosse da sua preferência).

O contacto pele a pele na primeira hora de vida pode ainda contribuir para o sucesso no processo de amamentação exclusiva (Moore et al., 2016). Após o nascimento, sempre que possível e sempre que a mulher expressou vontade, foi iniciada a amamentação na primeira hora de vida. A amamentação precoce tem como vantagens imediatas a prevenção da morbilidade e mortalidade neonatal, conferindo um efeito protetor ao RN, devido às propriedades imunológicas do colostro e, ainda, no caso da mulher, favorece a contração uterina pela ação da sucção que estimula a libertação de ocitocina endógena prevenindo a hemorragia pós-parto (OMS, 2017).

Todos os cuidados prestados ao RN foram explicados aos pais, exceto em casos que exigiram uma intervenção de emergência, e ocorreram dentro da sala de partos, sob o olhar dos pais para que estes pudessem assistir e colaborar na prestação dos mesmos. Relativamente ao RN, após colocada a pulseira de identificação, tendo por base o foco Desenvolvimento Infantil (ICN, 2019), foi realizada uma avaliação cefalocaudal através da palpação das suturas cranianas e fontanelas, observação da presença de cefalohematoma, *caput succedaneum* e/ou escoriações do couro cabeludo, avaliação do coto umbilical e existência de três vasos (duas artérias e uma veia) e a confirmação da clampagem do mesmo, observação da presença das características próprias da genitália masculina e feminina e a perfuração do ânus. As vigilâncias relativas à ocorrência da primeira micção e primeira dejeção do RN foram associadas a este foco. Foi, ainda, realizada a avaliação antropométrica,

através da monitorização do peso, comprimento e perímetro cefálico. No caso de RN filhos de mães diabéticas ou com peso inferior a 2500g ou superiores a 4000g, realizou-se a monitorização dos valores de glicemia capilar ao nascimento. A profilaxia de hemorragia foi realizada em todos os RN, através da administração de vitamina K, 1mg IM, devido ao risco de hemorragia associado ao défice desta vitamina (OMS, 2018; NICE, 2014). A aplicação profilática de pomada oftálmica foi realizada a todos os RN, de modo a prevenir a conjuntivite neonatal. No caso da presença de mecónio ao nascimento, por vezes, houve necessidade de realizar aspiração.

Ainda, para cuidar do RN nas primeiras horas de vida, foram identificados como diagnósticos mais frequentes: Risco de Infeção, Risco de Aspiração, Risco de Hipotermia, Risco de Desenvolvimento Infantil alterado (até primeira micção e dejeção) e Risco de Hipoglicemia (quando RN com peso >4kg ou <2,5kg ou filhos de mulheres diabéticas) (ICN, 2019).

Durante o terceiro período pós-parto aguarda-se a expulsão espontânea da placenta, através da observação de sinais de separação da mesma, que incluem um jato de sangue que sai pela vagina, aumento do comprimento do cordão umbilical fora da vulva, elevação do fundo uterino no abdómen e útero mais firme e globoso à palpação. Ainda, realiza-se a manobra de *Kustner*, em que colocamos o bordo externo da mão a exercer pressão no bordo superior da sínfise púbica verificando se o cordão umbilical se retrai ou não. O Risco de Hemorragia (ICN, 2019) foi o diagnóstico identificado neste estadio do TP, sendo que foram implementadas intervenções como, desclampar o cordão umbilical após a secção do mesmo, para permitir a drenagem de sangue do cordão, tração controlada do cordão como forma de controlo do descolamento e de diminuir a perda de sangue associada, realizar a manobra de *Dublin* durante a expulsão da placenta, massagem uterina após a dequitação e administração de ocitocina (antes ou depois da dequitação). Na saída da placenta observou-se, ainda, o mecanismo de dequitação. Destacou-se uma situação em que por não haver exteriorização espontânea da placenta, cerca de uma hora após o parto, foi chamada a equipa médica e efetuada a extração manual da placenta.

Já no quarto período após o parto, foi realizada uma inspeção cuidada da placenta e membranas, em que observou-se a integridade das mesmas, a presença de dois folhetos (córion e âmnion), o local de inserção do cordão umbilical (central, lateral, marginal, velamentosa), presença de nós verdadeiros ou falsos no cordão, o número vasos do cordão (uma veia e duas artérias) e a presença de cotilédones aberrantes. É de salientar que, em

alguns casos, verificou-se a presença de cotilédones aberrantes, verificou-se um caso de placenta bilobada e um caso de placenta com inserção velamentosa, tendo sido enviadas as placentas para avaliação na anatomia patológica.

Após a dequitação, foi avaliado o canal de parto. Nos casos em que foi necessário realizar episiorrafia ou perineorrafia, foi informada a puérpera sobre o procedimento, pedindo a sua colaboração. Antes de iniciar o procedimento, foi trocado o equipamento de proteção individual, realizada lavagem do períneo com soro fisiológico, protegida a zona perineal posterior com a colocação de um campo estéril e disposto todo o material de sutura necessário. A técnica e o tipo de material de sutura variaram de acordo com as características da lesão presente. Foram ainda ensinados, à puérpera, os cuidados a ter, bem como os sinais de alerta. Por fim, foram então prestados cuidados de higiene à puérpera, vestida a sua camisa de dormir e colocada a roupa de cama.

O período de hemóstase, primeiras duas horas após a expulsão da placenta, é um período em que ocorrem rápidas alterações fisiológicas e em que existe um alto risco de hemorragia pós-parto (HPP), sendo necessária a vigilância mais apertada dos parâmetros vitais da puérpera como, a pressão arterial e a frequência cardíaca, bem como a perda sanguínea e presença do globo de segurança de *Pinard*, de 15 em 15 minutos (OMS, 2018). Também, pelo risco de hipotensão, foi baixada a cabeceira da cama. Ainda, antes da passagem para o serviço de puerpério, foi retirado o cateter epidural, suspensa a perfusão de ocitocina, avaliada a sutura, caso existisse, realizada higiene perineal e fornecida uma refeição ligeira.

Ao longo deste módulo, foi possível prestar cuidados a casais que perderam os seus filhos depois das 24 semanas de gestação, sendo identificado o foco Luto (ICN, 2019), nestes casos. As atividades de diagnóstico neste âmbito foram avaliar: a ligação mãe/pai-filho durante a gravidez, o significado da gravidez para o casal e sua família, a aceitação/reação dos pais face à morte fetal e a rede de apoio do casal. Após estabelecido o diagnóstico de Luto, foram implementadas intervenções como: gerir espaço físico, atribuir enfermaria onde seja improvável o contacto auditivo ou visual com RN ou grávidas, permitir o contacto com o filho perdido e dar espaço ao casal para ficar sozinho com o mesmo (se for da vontade do casal), permitir o apoio de conviventes significativos em ambiente hospitalar, realizar escuta-ativa, permitir que o casal guarde recordações do filho perdido (pedaço de cabelo, pulseira de identificação), conversar com o casal e a família dando-lhes oportunidade de falar sobre a perda, o seu significado, os seus sentimentos, permanecer junto do casal, providenciar a

visita de representantes religiosos (caso fosse pedido) e informar a restante equipa de cuidados sobre a presença de um casal em processo de luto. Algumas das intervenções, também, realizadas passaram por ajudar o casal a compreender o processo de luto, as fases e os sentimentos que os esperavam, ajudar a compreender as diferenças de género na vivência dos processos de luto e incentivar o casal a retomar, assim que possível, as suas atividades da rotina diária. Deste modo, procurou-se facilitar a transição das mulheres/casais que experienciavam este acontecimento, facilitando o seu internamento hospitalar e procurando promover a sua saúde e bem-estar (Koch, 2014).

1.3. A parentalidade: receber o recém-nascido

O desenvolvimento da competência “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.” (OE, 2019, p.13563), foi a finalidade que sustentou o desenvolvimento de competências relativamente a este módulo do estágio de natureza profissional, passado no serviço de puerpério do CHUSJ. Foi possível aplicar o processo de cuidados de enfermagem, considerando as competências preconizadas para o período pós-parto, à mulher, RN e família. O EESMO é o membro da equipa multidisciplinar mais presente para avaliar o bem-estar do binómio mãe/RN, pois existe uma grande aproximação com as utentes e estas estão também mais recetivas ao seu cuidar (OE, 2015). Nesta fase também é importante avaliar a adaptação da díade/tríade ao seu novo papel (DGS, 2015).

Designa-se por Puerpério o período imediatamente a seguir ao nascimento do recém-nascido e prolonga-se por 6 semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez. Este divide-se em três períodos: puerpério imediato (primeiras duas horas), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana) (Graça, 2017). Há quem lhe chame também o quarto trimestre, o que por si só pressupõe uma fase de continuidade dos três trimestres de gravidez, fundamental para a saúde materna e neonatal (Lowdermilk & Perry, 2008).

De acordo com a Teoria das Transições de Meleis (2010), o nascimento de um filho é um evento crítico e um tempo de mudança na vida de uma família, representando uma

transição no ciclo de vida, podendo o EESMO ser um agente facilitador desta transição, delineando estratégias de cuidados e selecionando as intervenções mais apropriadas para que a pessoa alcance um estado de saúde desejável e uma transição saudável. É um período bastante vulnerável à ocorrência de crise, devido às profundas transformações intra e interpessoais que ocorrem na mulher/família, face à delimitação entre o perdido (gravidez) e o adquirido (o filho). Sendo um período sobretudo de ajustamento, o apoio dado à mulher/família pelos enfermeiros é importante nesta fase da vida, com vista à prevenção de desajustes a nível familiar, tendo em conta a promoção da saúde e do bem-estar de toda a família, com repercussões positivas também para a sociedade (OE, 2015).

Neste serviço de puerpério, o período de internamento é curto, sendo pré-estabelecido pelas principais organizações mundiais, como a OMS (2013), e protocolado na maioria dos serviços, um período de 48 horas nos casos de partos eutócicos ou distócicos assistidos com recurso a ventosa ou fórceps, sem complicações associadas, e de 72 horas em casos de partos distócicos por cesariana. Posto isto, o planeamento da alta começa na admissão à unidade, devendo ser refletido no plano de cuidados desenvolvido individualmente para cada utente (Lowdermilk & Perry, 2008; Hockenberry et al., 2006; Cunningham et al., 2012). É salientado por Brown et al. (2002) que a alta precoce de mães saudáveis e RN de termo não parecem ter efeitos adversos na amamentação, na incidência de depressão materna, ou de reinternamentos, quando acompanhada de, pelo menos, uma visita domiciliar do EESMO.

Na maioria das vezes, o primeiro contacto com o casal decorreu poucas horas após o parto, ou seja, durante o puerpério imediato. Assim, as puérperas davam entrada cerca de duas horas após o parto, encontrando-se visivelmente sensíveis e emocionadas à chegada e com tendência a verbalizar as experiências de gravidez e parto. Podemos considerar que o parto é algo que acompanha todo o processo de gestação e puerpério, uma vez que ele é já antecipado na gravidez sob a forma de expectativas, e continua a ser referido após o nascimento do bebé, na forma de lembranças e sentimentos, fazendo parte da história da mãe/ família (Correia et al., 2012).

Ao longo deste módulo, encontrámos famílias satisfeitas e felizes pelas suas experiências corresponderem às expectativas, outras famílias encontravam-se ambivalentes ou até mesmo desiludidas com as suas experiências de parto. De acordo com Costa et al. (2012), de uma forma geral, a experiência de parto é percebida pela maioria das mulheres como sendo difícil, por envolver elevados níveis de dor, ansiedade, perda de controlo, perda

de noção de tempo e lugar e emoções negativas. Apesar disso, a avaliação que as mulheres fazem acerca da sua experiência de parto, depende de fatores demográficos, obstétricos e psicossociais como: idade, paridade, antecipação de parto, tipo de parto, analgesia de parto, participação ativa da mulher nas decisões médicas, expectativas prévias, fatores psicológicos, suporte de figuras significativas e atitudes dos profissionais de saúde. Posto isto, nos primeiros turnos após o parto, procurou-se perceber as vivências relativas ao parto, os fatores que interferem na qualidade dessas vivências e como se podia ajudar a mulher/casal a conseguir perceber uma experiência positiva, pois esta é um fator facilitador ou inibidor, que influencia profundamente a forma como a mulher/casal efetua o seu processo de transição para a parentalidade. Quando positiva leva a sentimentos de bem-estar, enriquecimento pessoal, autoeficácia e autocontrolo. Estes vão ter repercussões a longo prazo na capacidade para lidar com futuros eventos stressantes e no exercício da parentalidade (Sousa, 2015).

Foi possível observar uma grande diversidade étnica na população que frequentou o serviço, nomeadamente comunidades cigana, brasileira, chinesa e de países africanos, com diferentes crenças, práticas, emoções, contextos e expectativas. Posto isto, os cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis emergem como uma necessidade incontornável, para permitir uma intervenção mais próxima e adequada às necessidades da pessoa enquanto ser biopsicossociocultural e espiritual, inserido na sociedade (Pereira et al., 2008; Lowdermilk & Perry, 2008). Assim, foram prestados cuidados respeitando o direito da mulher/família de cumprir os rituais integrantes da sua etnia e, simultaneamente, proteger a saúde da mulher e da criança, que pode ser prejudicada por ações influenciadas por crenças.

A presença de alguns fatores de risco demonstrou a necessidade da prestação de cuidados individualizados e direcionados a cada família. Foi dada especial atenção na prestação de cuidados às mães adolescentes, alcoólicas e toxicodependentes, casos de gravidez não desejada, relacionamento conjugal instável, falta de suporte, baixo estatuto socioeconómico e contexto familiar disfuncional, tendo sido identificadas e referenciadas para a assistente social as situações de maior risco. Também, foram detetados casos de efetiva negligência nos cuidados ao RN, tendo havido necessidade de referenciar à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

Atualmente, a maioria dos casais tem a oportunidade de frequentar gratuitamente cursos de preparação para a parentalidade, disponibilizados pelas Unidade de Cuidados na Comunidade e pelas instituições hospitalares. De acordo com a OE (2018), a preparação para

a parentalidade é um ato de assistência prestado pelos EESMO à grávida e família, que visa desenvolver competências para o exercício do papel parental, que garantam o potencial máximo do seu desenvolvimento. A frequência de cursos de preparação para a parentalidade pode apresentar-se como um fator facilitador da transição para a parentalidade, pois permite o ensino e treino das competências parentais aumentando o conhecimento, a confiança, a percepção de autoeficácia e a segurança dos pais nos cuidados ao recém-nascido. Assim, durante a avaliação do foco Adaptação à Parentalidade (ICN, 2019), a frequência de cursos de preparação para a parentalidade foi um dado relevante e pesquisado em todos os casais acompanhados, durante o período pós-parto, pois demonstra uma disponibilidade para aprender e envolvimento nos cuidados ao recém-nascido (Meleis, 2010).

Na admissão ao serviço de puerpério, os dados transmitidos pelo enfermeiro especialista da sala de partos, que transfere a utente, foram tidos em consideração na admissão da puérpera como: antecedentes pessoais ou obstétricos relevantes, índice obstétrico, tipo e hora de parto, alguma ocorrência durante o trabalho de parto e parto, analgesia realizada, integridade do períneo, profilaxia de SGB, localização do fundo uterino e lóquios, primeira micção, primeiro levante e primeira refeição; e do RN como: índice de Apgar, comportamento nas primeiras horas de vida, como foi alimentado e hora da última refeição, presença de reflexos primitivos e eliminação vesical e intestinal. Após, foi realizado o acolhimento da puérpera e do RN, bem como do pai ou convivente significativo, na unidade de cuidados. O casal foi informado sobre as normas da unidade, os recursos disponíveis e o horário de visitas diário para o pai e restantes conviventes significativos. Foram, ainda, planeados os horários da prestação de cuidados ao RN para que fosse possível a presença do pai ou convivente significativo, sempre que houvesse essa vontade. Após instalar a puérpera foi consultado o seu processo clínico e o do RN, com o objetivo de proceder à colheita de dados necessários para a formulação do plano de cuidados.

A avaliação inicial da puérpera, aquando da sua admissão no serviço, foi realizada através do exame físico cefalocaudal que tinha como atividades de vigilância avaliar: estado de consciência, parâmetros vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, dor e temperatura), pele e mucosas, mamas e mamilos, lóquios, contração uterina, ferida perineal (episiórrafia ou perineórrafia) ou ferida cirúrgica abdominal nos casos de cesariana, eliminação vesical e intestinal e membros inferiores.

Nos outros turnos foi, também, avaliado o foco Autocuidado Pós-Parto (ICN, 2019), sendo a atividade diagnóstica, avaliar os conhecimentos e práticas da puérpera das

componentes da recuperação pós-parto. Quando detetados défices, as mulheres foram ensinadas e instruídas.

À entrada no serviço de puerpério, as puérperas, na sua maioria, já tinham iniciado a alimentação, aguardavam a realização do primeiro levante e da primeira micção. Como tal, estes tornavam-se focos de atenção.

As mulheres que tiveram um parto eutócico ou distócico por ventosa ou fórceps iniciaram a alimentação duas horas após o parto (Montenegro et al., 2014; Cunningham et al., 2012), enquanto que as mulheres submetidas a cesariana, dependendo do tipo de analgesia efetuada, podem ter um período de jejum de 6 horas após a cirurgia (Graça et al., 2017), sendo nos dois casos vigiada a tolerância à alimentação.

A imobilidade por repouso no leito, juntamente com o aumento dos fatores de coagulação e do fibrinogénio, são dos principais fatores de risco de ocorrência de trombose venosa profunda no puerpério e, conseqüente tromboembolismo pulmonar (Néné et al., 2016; Cunningham et al., 2012; Montenegro e Rezende Filho, 2011; Lowdermilk & Perry, 2008; NICE 2006). Como à entrada no serviço de puerpério, as puérperas ainda não tinham realizado o primeiro levante, era recomendada a mobilização dos membros inferiores até à ocorrência do mesmo, pelo Risco de Processo Vascular Comprometido (ICN, 2019). Esta recomendação, também promove a involução uterina com a eliminação dos lóquios, melhorando o funcionamento vesical e intestinal e ainda diminuindo o edema dos membros inferiores, muitas vezes verificado (Graça et al., 2017; Néné et al., 2016; Montenegro et al., 2014; Cunningham et al., 2012; Montenegro e Rezende Filho, 2011; Lowdermilk & Perry, 2008; NICE, 2006). Esses exercícios passavam pela flexão e extensão alternada dos pés e das pernas, movimentos de rotação da articulação tibiotársica e a hiperextensão do joelho seguida de relaxamento sobre a superfície da cama (Lowdermilk e Perry, 2008). Tendo como foco os membros inferiores, foram vigiados sinais de dor, rubor, calor, edema e sinal de Homan, sendo que a utilização rotineira deste último não está recomendada (NICE, 2006). Ao longo do estágio não foi detetado comprometimento do processo vascular em nenhuma das mulheres cuidadas.

Até ao primeiro levante foram identificados os diagnósticos, Capacidade para o Autocuidado Comprometida e Conforto alterado (ICN, 2019), pelo facto de a utente não poder ir à casa de banho ou autocuidar-se de forma independente. Como tal, sempre que necessário, foram prestados cuidados de higiene e conforto no leito, tendo como objetivos assegurar o bem-estar e o conforto e prevenir a infeção puerperal.

O primeiro levante foi realizado de forma progressiva, após a monitorização da pressão arterial e pulso, e a avaliação da presença de sudorese, sensação de desmaio, tonturas ou visão turva. Caso não se verificasse qualquer intercorrência, era realizado o levante e a puérpera era acompanhada na deambulação. O Risco de Hipotensão (ICN, 2019) foi um diagnóstico identificado, aquando do primeiro levante da puérpera, pois há um risco aumentado de hipotensão ortostática quando a mulher se senta, se levanta ou deambula nas 48 horas após o parto (Lowdermilk & Perry, 2008). O diagnóstico de hipotensão ortostática foi identificado algumas vezes durante este módulo, para utentes que não toleraram o levante, tendo este sido adiado. Também, este risco estava presente no caso da puérpera tomar banho nas primeiras horas ou logo após o levante, devido à elevada temperatura da água, e aquando das primeiras idas à casa de banho, tendo este sido prevenido.

Foi avaliado o foco Eliminação Urinária, devido ao Risco de Retenção urinária, pois os traumatismos causados pelo parto, o aumento da capacidade vesical e a anestesia/analgesia, são fatores que predispõem a diminuição da vontade de urinar nas horas seguintes ao parto. Em consequência, e também devido ao aumento da diurese, o risco de distensão da bexiga está aumentado, o que pode conduzir a uma maior suscetibilidade às infeções urinárias e à atonia uterina, e consequentemente causar hemorragia (Néné et al., 2016; Lowdermilk & Perry, 2008). Assim, a intervenção de enfermagem nesta fase do puerpério passou pela vigilância da micção espontânea, que deve acontecer dentro de seis horas após o parto (OMS, 2013; NICE, 2006). Quando a utente não apresentou micção espontânea, foram implementadas algumas intervenções, como possibilitar a audição da queda de água, o contacto com água morna e colocar água no períneo (Lowdermilk e Perry, 2008; Montenegro & Rezende Filho, 2011). Caso, após estas seis horas, a utente não tivesse conseguido urinar, após a implementação de intervenções nesse sentido, era identificado o diagnóstico de Retenção Urinária e executada a introdução de sonda vesical intermitente (NICE, 2006; Cunningham et al., 2012). Ao longo do módulo, foram identificados dois casos de retenção urinária em que houve necessidade de introdução intermitente de sonda vesical para drenagem de urina. Ainda, a incontinência urinária nos primeiros dias depois do parto é frequente, por isso houve crescente preocupação com a possibilidade de esta ocorrer após o parto (Cunningham et al., 2012). As puérperas com perda involuntária de urina devem receber a instrução de exercícios promotores de fortalecimento do assoalho pélvico (NICE, 2006). Salienta-se um caso em que na prática houve necessidade desta intervenção, pois uma puérpera apresentava estas perdas de urina.

A eliminação intestinal é um foco de atenção durante o período puerperal, devido ao Risco de Obstipação (ICN, 2019), uma vez que esta se encontra alterada na maioria das mulheres, devido ao repouso relativo no pós-parto imediato, à dor causada pela presença de hemorroidas ou ferida perineal, ao efeito de hormonas da gravidez (progesterona), à suplementação com ferro durante a gravidez, ao relaxamento da musculatura abdominal e perineal, à dieta da puérpera durante os primeiros dias e à desidratação. Neste âmbito, as intervenções de enfermagem passaram por informar sobre as alterações esperadas no padrão de eliminação intestinal, incentivar as mulheres a aumentar a ingestão hídrica e de alimentos ricos em fibras e incentivar a mobilidade. Nos casos em que estas medidas não foram eficazes, foi administrado um laxante de contacto, de acordo com prescrição médica (Néné et al., 2016; Montenegro et al., 2014; Lowdermilk & Perry, 2008; NICE, 2006).

No pós-parto foi identificado o diagnóstico Risco de Hemorragia (ICN, 2019). Segundo a OMS (2014), a hemorragia pós-parto é definida como a perda sanguínea igual ou superior a 500ml que ocorre após a dequitação, até às primeiras 24 horas após o nascimento, sendo considerada grave se for superior a 1000ml. A atonia uterina é a causa mais comum de hemorragia pós-parto, sendo que traumatismo do trato genital (lacerações vaginais e cervicais), rutura uterina, retenção do tecido placentário ou distúrbios de coagulação materna também podem resultar em HPP. As intervenções para prevenir a atonia uterina são: prevenir a distensão vesical e manter um bom tónus uterino através da massagem no fundo uterino. A vigilância da contração uterina, perda sanguínea e eliminação urinária são intervenções recomendadas para todas as mulheres para prevenir a HPP. Como tal, os cuidados de enfermagem passaram pelo ensino da puérpera sobre a eliminação urinária, o processo de contração uterina e pela instrução de massajar o fundo uterino, a fim de eliminar lóquios ou possíveis coágulos que poderiam impedir a contração uterina (OMS, 2014; Montenegro et al., 2014; Cunningham et al., 2012; Montenegro & Rezende Filho, 2011; Lowdermilk & Perry, 2008). Não se verificou nenhum caso de HPP ao longo do estágio.

A perda sanguínea por via vaginal que ocorre após o parto é denominada de lóquios. A vigilância dos lóquios tem como objetivo fazer a distinção entre esta perda sanguínea e uma HPP. As puérperas foram ensinadas quanto as características dos lóquios como, cor, quantidade e cheiro e a sua evolução durante o período puerperal. O cheiro é uma característica que deverá ser tida em consideração no que diz respeito à prevenção da infeção. Os lóquios apresentam um cheiro *suis generis* e no caso de apresentarem um odor fétido, poderemos estar perante um diagnóstico de Infeção Puerperal (Néné, et al., 2016).

As lesões do canal de parto, para além de serem uma das causas de HPP, poderão ser também um foco de infeção durante o período puerperal, sendo a ferida cirúrgica ou laceração ou ferida perineal foco de atenção dos cuidados de enfermagem. Assim, o Risco de Infeção (ICN, 2019) foi um dos diagnósticos identificados, e com o objetivo de o reduzir, em todos os turnos foi monitorizada a temperatura corporal, vigiado o penso cirúrgico, nos casos de parto por cesariana, e vigiado o períneo, quanto ao processo de cicatrização, à presença de edema ou sinais de infeção, nos casos de parto por via vaginal. As intervenções de enfermagem passaram pelo ensino das medidas preventivas da infeção, como: os cuidados de higiene perineal (a sua frequência, os produtos de higiene a utilizar; a limpeza perineal, no sentido ântero-posterior e a troca frequente dos pensos higiénicos); a importância da lavagem das mãos antes e depois do contacto com o períneo; os sinais e sintomas associados a complicações decorrentes do processo de cicatrização perineal; as características dos lóquios e a sua evolução esperada. No caso de ferida cirúrgica abdominal, as intervenções passaram pelo ensino sobre os esforços e como realizá-los (Néné et al., 2016; Cunningham et al., 2012; Montenegro & Rezende Filho, 2011; Lowdermilk & Perry, 2008; NICE, 2006). Durante o módulo, foram identificados dois casos de infeção da ferida cirúrgica abdominal com necessidade de recorrer ao bloco operatório para limpeza e encerramento das mesmas. Também, foi identificado um caso de infeção de uma laceração de terceiro grau com necessidade de correção, por duas vezes, no bloco operatório, tendo estes casos aumentado o tempo de internamento tanto da puérpera como do RN.

Aquando do acolhimento da puérpera, também a pele e as mucosas foram observadas e os sinais vitais (PA, FC, temperatura e presença de dor) monitorizados. A vigilância da pele e das mucosas pode indicar sinais de desidratação ou de hemorragia. A monitorização da temperatura é importante pela possibilidade de infeção, se houver aumento da temperatura para 38°C nas primeiras 24 horas pós-parto e esta persistir por dois dias (Lowdermilk & Perry, 2008). A presença de taquicardia e uma pressão arterial baixa pode indicar hipovolémia em resultado de hemorragia, contudo são um sinal tardio (Cunningham et al., 2012; Lowdermilk & Perry, 2008). Também, é importante a monitorização da pressão arterial para identificar sinais de hipertensão.

Como 5º sinal vital temos a dor, que foi monitorizada em cada turno, sendo que esta variou quanto à sua localização. As puérperas referiam dor no períneo, por trauma perineal e hemorroidas, no abdómen, pela ferida cirúrgica, nas mamas e/ou mamilos, decorrente da amamentação e músculo-esquelética, devido à duração e posicionamento durante o trabalho de parto e parto. Mediante o grau de dor verbalizado pela utente, foram adotadas

medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor. Quanto à ferida perineal, foi aconselhada a aplicação de pensos de gelo durante períodos nunca superiores a 15 minutos, várias vezes ao dia. Quando às hemorroidas, para além da aplicação de gelo para reduzir o edema e a dor e a adoção de posições que aliviem o desconforto, foi também fornecida uma pomada anti-hemorroidária. Quando estas intervenções não foram suficientes ou foram ineficazes, foi administrada analgesia prescrita. Nos casos de dor abdominal no local da ferida cirúrgica foi gerida a analgesia prescrita para o alívio da dor (Néné et al., 2016; Lowdermilk & Perry, 2008; NICE, 2006).

Um dos grandes focos de enfermagem no período pós-parto é a Amamentação (ICN, 2019). A avaliação da mama e mamilo da puérpera foi realizada, questionando quanto à presença de dor durante a amamentação, rubor, ferida ou laceração, assim como observação da mesma. Também, se procedeu à identificação da consistência da mama, forma do mamilo e a presença de colostro.

Amamentar é a primeira grande decisão da mulher durante a gravidez e com a qual a puérpera se depara após o nascimento, sendo esta decisão exclusivamente da mãe e representa um processo complexo (Levy & Bértolo, 2012). Neste sentido, e sendo percebida a extrema importância da amamentação para as puérperas, para os RN e para a saúde pública, é papel do EESMO apoiar a mãe na tomada de decisão, no estabelecimento da lactação e no suporte e manutenção da amamentação. No que diz respeito a este foco, foi avaliada a intenção da mãe de amamentar, bem como as experiências anteriores. As primeiras experiências de amamentação foram sempre presenciadas, no sentido de avaliar os conhecimentos e habilidades sobre o processo de amamentação, através da grelha de observação da mamada da OMS. As intervenções passaram pelo ensino da composição do leite materno, o mecanismo de produção e ejeção de leite, sinais de fome e saciedade, sinais de ingestão nutricional suficiente, sinais de boa pega, posição da mãe e RN, frequência e duração das mamadas, critérios para a escolha da mama, estimulação do RN, estratégias de prevenção de complicações, cuidados com as mamas e mamilos, colocar a eructar e ainda vigiar a mama e mamilo. Estes ensinamentos foram realizados de acordo com as necessidades de cada puérpera (OMS, 2018).

Assim, no sentido de estimular uma boa pega foi ensinado às mães que o corpo e cabeça do RN devem estar alinhados, a cabeça em ligeira extensão, o queixo do RN toca a mama, o RN respira livremente, a boca está bem aberta, os lábios, especialmente o inferior, estão voltados para fora, a língua pode ser vista entre o lábio inferior e a mama, a pega

contempla uma parte da aréola, e esta pode ser vista numa porção maior acima do lábio superior, o RN suga lenta e profundamente, usando a língua e a mandíbula, a deglutição pode ser ouvida e/ou vista, o RN está calmo e mantém-se adaptado à mama. Também, foi abordada a importância de uma boa pega, uma vez que esta proporciona uma extração efetiva do leite e o esvaziamento da mama, evitando fissuras nos mamilos e na zona alveolar envolvente, evita a dor durante as mamadas e permite que o RN ingira o leite inicial e final, levando a um aumento de peso adequado e a uma maior autoestima e satisfação materna (Levy & Bértolo, 2012).

No que diz respeito à frequência das mamadas, foi ensinado que o horário não devia ser rígido e que o bebé deve ser alimentado em regime livre, ou seja, quando apresenta sinais de fome. No entanto, durante o primeiro mês de vida as puérperas foram aconselhadas a não deixar que o intervalo entre as mamadas ultrapassasse as três, quatro horas. Também, a duração da mamada não é importante, dado que esta é altamente variável, sendo que a maior parte dos RN obtêm 90% do leite que necessitam em 4 minutos e outros necessitam de cerca de 30 minutos ou mais para o fazerem (OMS, 2018; Levy & Bértolo, 2012).

No critério de escolha das mamas, as puérperas foram aconselhadas, até à subida do leite, nos primeiros dias após o parto, a oferecer as duas mamas, para estimular a produção de leite pelo esvaziamento da mama, já que não existe evidência que haja alterações na composição do colostro ao longo da mamada. Após a subida do leite (leite de transição e depois leite maduro), é importante esvaziar uma mama até ao fim e só depois oferecer a outra, e na mamada seguinte iniciar pela mama mais cheia, isto é, na mama onde o bebé mamou menos tempo. A justificação para esta alteração tem a ver com as alterações das características do leite ao longo da mamada, sendo mais rico em água, vitaminas e proteínas no início da mamada e mais rico em gorduras no fim (Levy & Bértolo, 2012).

Quanto aos sinais de ingestão nutricional suficiente, foi explicado aos pais que um RN que mama eficazmente apresenta cerca de três dejeções e seis micções por dia, apresenta uma boa coloração e uma boa tonicidade, ganhando peso e crescendo de forma saudável. Foi explicado que estes podem perder entre 7% a 10% do seu peso à nascença, mas que o recuperam, sendo expectável que este aumente cerca de 25 a 30 gramas por dia após a recuperação do peso à nascença (Levy & Bértolo, 2012; Lowdermilk & Perry, 2008).

A atuação do EESMO é importante na prevenção e tratamento de complicações na amamentação com vista a proteger e apoiar o aleitamento materno. As complicações mais frequentemente observadas durante o estágio, foram a presença de macerações ou fissuras

dos mamilos e o ingurgitamento mamário. Os traumas mamilares são a causa mais comum de dor na amamentação e para prevenir a sua ocorrência, as intervenções de enfermagem passaram essencialmente por ensinar: a realizar uma boa pega e o correto posicionamento da mãe e da criança, a aplicação de colostro após cada mamada, expor os mamilos ao ar, realizar a higiene sem aplicar sabão nos mamilos, deixar o RN interromper a mamada ou, caso não o faça, colocar o dedo mínimo na boca do bebé para interromper a sucção. Perante o diagnóstico de Maceração ou Fissura do Mamilo (ICN, 2019), os cuidados prestados visaram corrigir a pega, incentivar a iniciar a amamentação pelo mamilo não doloroso, aconselhar a aplicar uma gota de leite materno no mamilo após o banho e após cada mamada, o uso de protetores arejadores do mamilo, aconselhar o uso de lanolina e administrar analgésicos conforme prescrição. Outra complicação decorrente da amamentação foi o ingurgitamento mamário. Esta complicação normalmente ocorre por volta do terceiro dia após o parto, coincidindo com a subida do leite. A intervenção passou por orientar a mulher a extrair manualmente o leite, a aplicar compressas mornas e a realizar uma massagem antes da mamada para estimular o reflexo de ejeção do leite, retirando apenas a quantidade de leite suficiente para que o RN conseguisse realizar uma pega adequada, aconselhar a mamada em livre demanda e instruir a aplicação de compressas frias ou gelo após a mamada para diminuir o edema e a dor (Levy & Bértolo, 2012). Ao longo do módulo, foi também possível intervir junto dos casais no âmbito das competências específicas da amamentação de gémeos.

Quando a puérpera não demonstrou intenção de amamentar, foram avaliados os seus conhecimentos sobre a amamentação, pesquisada a experiência anterior, a sua autoconfiança e autoeficácia no processo de amamentação. Durante o percurso de estágio houve dois casos de puérperas que decidiram não amamentar. Sendo esta decisão associada a questões culturais, pois em ambas as situações as puérperas eram chinesas, a intervenção passou por apoiar a puérpera na sua decisão. Para além deste caso, houve outro em que a puérpera não amamentou porque se encontrava contraindicado pelo facto de a puérpera ser portadora de infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). O que vai contra as recentes guidelines da OMS (2016), que referem que as mulheres portadoras de infeção por VIH devem amamentar por pelo menos 12 meses, e podem continuar até 24 meses ou mais, se estiverem a realizar terapia anti-retroviral. Os cuidados relacionados com a amamentação, no caso da puérpera infetada pelo VIH, passaram essencialmente pelo aconselhamento da inibição láctea, explicar os motivos pelos quais não poderia amamentar o RN, tal como

ensinar sobre a técnica de alimentação com leite adaptado, incluindo a preparação e administração de leite artificial, bem como os cuidados a ter com o material.

No puerpério há transformações psicológicas consideradas adaptativas, pois é a fase do ciclo de vida da mulher em que esta se encontra mais vulnerável ao desencadear ou agravar de perturbações psiquiátricas, uma vez que é a altura em que está mais focada na proteção do recém-nascido em detrimento de si mesma. Esta é confrontada com um aumento da responsabilidade, tornando-se a figura de referência ao assumir os cuidados ao RN, sofrendo de fadiga por privação súbita do sono e consequente isolamento social. Também, esta fase é acompanhada de esgotamento emocional depois da excitação e do medo vivenciados durante a gravidez e o parto, desconfortos comuns no puerpério imediato, ansiedade quanto à capacidade de cuidar adequadamente do bebé, alterações hormonais, mudanças a nível psicológico, familiar e social, adoção de um novo papel de grande responsabilidade e reorganização dos demais, bem como da elaboração e aceitação da nova imagem corporal, identidade e sexualidade. Todos estes aspetos, aliados a uma vulnerabilidade pessoal e familiar, propiciam alterações psicológicas que podem ser de grande severidade (Néné et al., 2016; NICE, 2014; DGS, 2015; OMS, 2013; Cunningham et al., 2012; Lowdermilk & Perry, 2008; NICE, 2006; DGS, 2005).

Sendo esta área um foco de atenção no pós-parto, coube um olhar atento aos sinais de alerta, com vista ao diagnóstico precoce de perturbações, uma vez que podem comprometer não só a saúde materna, como a ligação ao bebé e a relação com o companheiro e família alargada. As puérperas e suas famílias/parceiros foram incentivadas a informar o profissional de saúde sobre quaisquer mudanças de humor, estado emocional e comportamento que estejam fora do padrão normal da mulher. Ao longo do módulo, foram identificados alguns casos de mulheres que experienciaram os *blues* pós-parto, que é um desequilíbrio emocional que se caracteriza por choro fácil, labilidade emocional, ansiedade, fadiga, irritabilidade face ao companheiro ou familiares, dificuldade na adaptação à mudança, alterações na atenção e memória, diminuição de apetite e distúrbios de sono. Estes sintomas têm início nos primeiros dias do pós-parto, com pico entre o terceiro e quinto dias e habitualmente tem remissão espontânea dentro de uma semana ou duas. As intervenções de enfermagem passaram por informar os casais de que o *blues* pós-parto se traduz em episódios benignos e de curta duração, ajudar a mulher a falar sobre os seus sentimentos e providenciar apoio e compreensão, encorajar a alimentação e repouso adequados, disponibilidade para cuidar do RN, caso a mulher considerasse necessário. Em, pelo menos, três casos houve necessidade de, durante a noite, os cuidados ao RN serem

assegurados totalmente pela equipa de enfermagem, devido à administração de medicamentos que alteravam o estado de sono e de alerta das puérperas, por patologias psiquiátricas prévias à gravidez. Se, por um lado, a labilidade emocional faz parte das alterações fisiológicas esperadas neste período, os sinais indicadores de uma perturbação patológica devem ser identificados e o quadro clínico tratado precocemente. Posto isto, os casais foram ainda informados de que, caso identificassem esta situação após a alta e os sintomas aumentassem ou não desaparecessem até três semanas, deveriam contactar um profissional de saúde. As mulheres devem ser incentivadas a desenvolver e manter redes de apoio social, pois estas são promotoras de uma interação positiva mãe/bebé e de um sentimento de pertença e segurança. Esta pode incluir no seu sistema de apoio o parceiro, a família nuclear, os amigos, a comunidade e quaisquer outras pessoas que ela considere necessárias para o seu bem-estar físico, emocional e social. Foi avaliada a existência de suporte social, pois é importante para detetar situações de risco para a relação mãe/criança, como por exemplo isolamento social, e ausência de suporte familiar. Um apoio social insuficiente durante o puerpério é caracterizado pelo isolamento, falta de ajuda quando se trata de tarefas diárias, eventos que provocam stress ou crises, e falta de apoio de um companheiro, amigo próximo ou membro da família. (Néné et al., 2016; DGS, 2015; NICE, 2014; OMS, 2013; Cunningham et al., 2012; Lowdermilk & Perry, 2008; Nice, 2006; DGS, 2005).

Ao longo deste módulo, a diabetes prévia ou gestacional foi das patologias mais frequentes, para além dos restantes cuidados, sendo que foram implementadas intervenções de vigilância dos sinais de hipoglicemia ou hiperglicemia. Nos casos de diabéticas tratadas em ambulatório, com dieta, foram realizadas pesquisas de glicemia antes do pequeno almoço, almoço e jantar. Se a glicemia <120 mg/dl em três determinações sucessivas suspendiam-se as pesquisas. Se a glicemia >200 mg/dl em duas determinações era contactado o médico. Nos casos de diabéticas tratadas em ambulatório, com insulina ou antidiabéticos orais, foram realizadas pesquisas de glicemia antes e uma hora após as três principais refeições, com administração pré-prandial de insulina de ação rápida de acordo com esquema. Se a glicemia fosse >140 mg/dl em duas determinações sucessivas era contactado o médico (DGS, 2017; Montenegro et al., 2014). Também, a pré-eclâmpsia foi das patologias mais frequentes, tendo sido monitorizada a pressão arterial, bem como a presença de cefaleias, alterações visuais e dores epigástricas (NICE, 2006). Se pressão sistólica >160 mmHg e pressão diastólica >100 mmHg era contactado o médico (OMS, 2014).

A administração da imunoglobulina anti-D foi uma intervenção de enfermagem realizada até às 72 horas após o parto, às puérperas com fator Rh negativo, cujo RN apresentava fator Rh positivo (Montenegro et al., 2014; Cunningham et al., 2012; Lowdermilk & Perry; NICE, 2006). Esta intervenção previne a sensibilização destas mulheres Rh negativas que estiveram em contacto com células sanguíneas Rh positivas do feto, ou seja, a imunoglobulina promove a destruição das células Rh positivas do feto antes que a mãe forme os seus próprios anticorpos contra elas (Lowdermilk & Perry).

No serviço de puerpério, para além da puérpera, temos também o recém-nascido como principal cliente dos cuidados de enfermagem especializados. Na admissão do recém-nascido ao serviço de puerpério, foram confirmados alguns dados como: a identificação da puérpera, identificação do RN através da pulseira, o sexo do RN, a verificação da clampagem do coto umbilical e foi colocada pulseira eletrónica. A avaliação inicial do recém-nascido, foi realizada através do exame físico cefalocaudal que tinha como atividades de vigilância avaliar: a pele, desenvolvimento infantil, reflexos de sucção e deglutição, eliminação vesical e intestinal, coto umbilical e peso (apenas no momento da alta).

Como já foi referido anteriormente, o intervalo de tempo de internamento é um período muito curto, pelo que todas as intervenções implementadas, no âmbito das competências parentais, têm como objetivo tornar os pais autónomos e confiantes no desempenho do seu papel. É muito difícil separar a prestação de cuidados ao RN dos cuidados ao casal, uma vez que um dos principais objetivos do EESMO é capacitar os pais de conhecimentos e habilidades que potenciem a sua autonomia enquanto prestadores de cuidados de eleição do RN.

No âmbito do foco Papel Parental (ICN, 2019), o planeamento dos cuidados de enfermagem teve como principal objetivo potenciar a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades e aumentar o sentido de segurança, autoeficácia e mestria no casal para a execução dos cuidados no regresso a casa. Segundo Cardoso (2011), as competências parentais são definidas como um conjunto de conhecimentos e de habilidades que otimizam o desempenho do papel parental com mestria, garantindo o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento da criança. Neste sentido, é papel do EESMO diagnosticar as necessidades de aprendizagem, sendo avaliadas as competências parentais relativamente aos seguintes cuidados ao RN: assegurar a higiene e manter a pele saudável; vestir/despir; tratar do coto umbilical; lidar com problemas comuns na criança (choro e cólicas); garantir a segurança e prevenir acidentes; reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento

normal e promoção e vigilância da saúde da criança (Cardoso, 2011). Nesta avaliação, procurou-se perceber se se tratava de um primeiro filho, ou se os casais tinham experienciado algum contacto ou prestação de cuidados a outros RN, ou frequentado algum tipo de curso de preparação para a parentalidade. Ainda, procurou-se envolver o pai em todos os cuidados ao recém-nascido, bem como os familiares, que verbalizavam crenças ou mitos fomentadores de práticas menos corretas nos cuidados, explicando-lhes os motivos que tinham levado às alterações nos cuidados implementados sem, contudo, desrespeitar ou desvalorizar as suas convicções. Nos casais que já tinham filhos, foram planeados cuidados de forma a facilitar a adaptação do irmão mais velho ao mais recente membro da família. Os pais foram incentivados a envolver os outros filhos nos cuidados ao novo elemento da família, de forma a promover a aceitação do RN. Existem algumas estratégias que podem ser implementadas de modo a promover uma integração mais harmoniosa do RN no seio familiar. Assim, quando os filhos mais velhos do casal demonstravam vontade de interagir com o RN, estes eram incentivados e elogiados por o fazer, não sendo obrigados a estabelecer contacto caso não fosse a sua vontade. De acordo com a idade do filho mais velho, os pais foram orientados a negociar algumas regalias com o mesmo, bem como a evitar alterações súbitas nas rotinas anteriormente mantidas (Hockenberry et al., 2006). Também, foram aconselhados a preparar a chegada do RN a casa, caso houvesse animais de estimação que fossem estar em contacto com o mesmo.

Uma das primeiras áreas com a qual os pais contactam é a da troca da fralda. A utilização de compressas com água constitui-se a melhor opção para a limpeza da região perineal do RN (NICE, 2006), pois o uso continuado de toalhetes húmidos predispõe o aparecimento do eritema da fralda no RN. Estes poderão ser particularmente úteis quando os pais se encontrem em viagem ou fora de casa. Também, foi ensinado o modo de lavar o períneo de acordo com o género sexual da criança e desaconselhado o uso de cremes barreira por rotina. Ainda, aquando da troca da fralda ou da roupa do RN, existiu a oportunidade para o esclarecimento de dúvidas do casal quanto à presença na fralda de cristais de urato e/ou pseudomenstruação.

Este momento foi, também, oportuno para esclarecer dúvidas dos pais relativamente ao padrão de eliminação intestinal e vesical e a sua relação direta com uma adequada ingestão nutricional. Quando o RN não urinou nem evacuou durante as primeiras 24 horas de vida, foram especialmente vigiados sinais de distensão abdominal e a amamentação (NICE, 2006).

Ainda, no âmbito dos cuidados de higiene ao RN, o banho preferencialmente foi realizado após as 24h de vida do RN, não sendo possível, foi realizado após pelo menos as 6h de vida (OMS, 2013), mediante a presença do pai ou outro convivente significativo e da mãe da criança, sendo o primeiro banho demonstrado e o banho seguinte dado por um dos prestadores de cuidados. Os pais foram instruídos e treinados sobre a gestão do ambiente em casa, a temperatura ambiente deve estar entre os 24/25°C, podendo ser utilizado aquecedor 15 minutos antes do banho, este deve ser realizado longe de janelas ou locais onde seja previsível a ocorrência de correntes de ar, a banheira deverá ser colocada sobre uma superfície plana e estável e o RN não deverá ser disposto em contacto direto com as superfícies. A toalha de banho do RN deve ser colocada de forma a ser de fácil acesso, a roupa do RN deve ser disposta perto do local, aberta (botões e molas) e preparada pela ordem de vestir, e foi também disposto por perto o material para a troca da fralda, caso fosse necessário. Por se ter verificado algumas situações em que a roupa do RN ainda se encontrava com etiquetas, foram reforçados os ensinamentos sobre a necessidade desta ser previamente lavada e de as etiquetas existentes serem retiradas. As questões de segurança foram realçadas, tais como: a confirmação da temperatura da água pelo cotovelo ou parte interna do pulso ou com termómetro, sendo que deve estar entre os 36/37°C; o aquecimento da roupa do RN, sendo que a maioria das roupas possui molas metálicas que, quando aquecidas, poderão provocar queimaduras na pele do RN.

Os casais foram instruídos a nunca deixar o RN sozinho em qualquer fase dos cuidados. Também, foram instruídos na lavagem cuidadosa das mãos e remoção de anéis ou relógios, bem como, foi referido o uso de telemóveis na hora do banho ou a presença de animais de estimação ou irmãos mais velhos como potenciais distrações. Quanto à frequência do banho, duas a três vezes por semana é suficiente, este deve ser rápido (até cinco minutos), pelo risco de perda de calor excessiva e não é necessária a utilização de produtos de higiene até ao primeiro mês de vida. Quando os casais pretendiam utilizar produtos de higiene no banho, foram aconselhados a utilizar produtos *syndets*, (sabão sem sabão) isentos de parabenos, álcool e perfumes, ou produtos de limpeza e emolientes para hidratação da pele, com pH neutro e concebidos para utilização na pele de RN (NICE, 2006). Foi referido que os produtos que escolhessem deveriam ser todos da mesma marca por ser mais fácil eliminar esses produtos, aquando de possíveis alergias. A técnica do banho foi ensinada e instruída, a lavagem da face e dos olhos com água tédida e limpa e da cabeça do RN foi realizada em primeiro lugar, para prevenir perdas de calor, posicionando o RN em bola

de rãguebi, antes de iniciar o procedimento do banho no resto do corpo (Hockenberry et al., 2006).

Após os cuidados de higiene e preferencialmente durante o sono, os pais foram instruídos e treinados sobre a forma de cortar as unhas ao RN, utilizando tesouras de pontas arredondas ou limas de papel. Estes foram ensinados a tentar destacar a polpa digital da unha antes de cortar, foi ensinada a técnica para segurar os restantes dedos do RN e a tomar especial atenção aos cantos das unhas, que após o corte podem ficar especialmente afiadas e favorecerem o aparecimento de lesões na face e corpo do RN (Lowdermilk & Perry, 2008).

A limpeza do coto umbilical e a sua manipulação foi outra intervenção geradora de ansiedade parental. Deste modo, foram prestadas informações sobre a sensibilidade local, o intervalo esperado para a queda do coto umbilical, o processo de mumificação, a técnica e frequência de limpeza e o treino da mesma, assim como referidos os sinais de alarme que indicassem uma possível infeção. O método *dry care* foi o realizado, que consiste em manter o coto umbilical limpo e seco após o banho ou após a limpeza parcial do local, sem aplicação de solutos por rotina (OMS, 2013; NICE, 2006).

Durante a realização dos cuidados de higiene foi feito o exame físico geral do RN, sendo este o momento oportuno para esclarecer dúvidas dos pais relacionados com o desenvolvimento infantil adequado, tais como: a aparência esperada e os achados normais da pele do RN (como a presença de vérnix, mancha mongólica, eritema tóxico, acne miliar ou acrocianose), a capacidade dos órgãos dos sentidos e os reflexos presentes ao nascimento (Lowdermilk & Perry, 2008).

Um dos focos de enfermagem considerado foi a Ligação Mãe/Pai-filho (ICN, 2019). Esta ligação tem início, muitas vezes, com a confirmação da gravidez e desenvolve-se ao longo dos meses subsequentes. Como tal, considera-se importante a avaliação de determinados indicadores que estabelecem a efetividade desta ligação. Assim, está-se perante um processo de ligação efetiva, quando o casal sorri para o RN e emite sons comunicando com ele, usa o contacto face a face, sorri e atribui-lhe características positivas, elogia e verbaliza sentimentos positivos em relação ao RN, brinca e interage com ele, mantém-no confortável, bem alimentado e seguro, toca, massaja e tenta consolar o seu choro. Foi avaliada a ligação mãe/pai - filho e a vinculação do RN com os pais (Hockenberry et al., 2006; Papalia et al., 2001).

Perante os casos em que o RN foi internado no serviço de neonatologia, o processo de ligação mãe/pai-filho ficou dificultado, levando à identificação do diagnóstico de Risco de

Ligação mãe/pai-filho comprometida e Ansiedade por separação (ICN, 2019). Nestes casos, as intervenções de enfermagem passaram pelo incentivo a visitar e estar próximos do filho, para assim o poderem ver, tocar e envolverem-se na prestação dos cuidados que lhe eram prestados. As mães foram orientadas sobre como fazer expressão do leite materno como meio de manter a lactação (OMS, 2017).

Ao longo do internamento foram promovidas as vantagens da amamentação, do toque e da massagem para o RN e para o desenvolvimento de ligação na tríade mãe/pai - filho. Assim, aos casais interessados, foram ensinadas e instruídas técnicas de massagem infantil, realizadas preferencialmente durante o período da noite. A massagem infantil é considerada uma forma de potenciar o toque e permite aos pais uma maior proximidade com o seu filho através do contacto visual, contacto através da pele, o olfato, a vocalização e da comunicação que se estabelece, resultando na criação de uma forte ligação entre a tríade. Também, demonstra efeitos benéficos no sono, choro e interação do RN (Lowdermilk & Perry, 2008; Hockenberry et al., 2006; Papalia et al., 2001).

A gestão dos primeiros episódios de choro do RN tornou-se igualmente desafiante para os novos pais. Ao longo do módulo, teve-se oportunidade de identificar e ajudar os casais na identificação e gestão dos diferentes tipos de choro, assim como, capacitar o casal para a utilização de estratégias eficazes para a gestão da dor e do desconforto do RN. Perante o choro de dor ou de desconforto, quando verificadas a fralda, a temperatura e a roupa do RN, a maioria dos casais apresentava como estratégia para gestão do choro a utilização da chupeta. A introdução da chupeta durante o internamento foi desaconselhada, na maioria dos casais cuidados, até o processo de amamentação estar bem estabelecido (OMS, 2017). Contudo, foi aconselhada a todos os casais a sua introdução a partir do primeiro mês de vida pelo fator protetor associado ao SMSL. Posto isto, os casais foram informados sobre a técnica dos 5 S's de Harvey Karp, a massagem infantil e o banho como forma de relaxamento, que tiveram oportunidade de treinar durante o internamento com ajuda e supervisão (Lowdermilk & Perry, 2008; Hockenberry et al., 2006; Papalia et al., 2001).

Nos RN filhos de mães com diabetes gestacional ou prévia, e/ou LIG, PIG ou GIG, foi ainda identificado como diagnóstico Risco de Hipoglicemia (ICN, 2019). De acordo com o Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez (2011), as intervenções passaram pela monitorização de glicemia capilar, segundo esquema, e vigilância dos sinais e sintomas sugestivos de hipoglicemia como policitemia, hiperbilirrubinemia, alterações no nível de consciência como letargia, tremores e irritabilidade, depressão respiratória/apneias,

hipotonia, diminuição da atividade espontânea, choro gritado, recusa alimentar e hipotermia e convulsões. Foram determinados alguns casos de hipoglicemia, mas revertidos com aumento da frequência das mamadas ou reforço com leite artificial, não havendo necessidade de maiores cuidados.

Ao longo do módulo, surgiram muitos casos de icterícia. Com o objetivo do diagnóstico precoce de icterícia neonatal, foi realizada em todos os turnos a observação cefalocaudal do RN, sob luz natural, e na presença de sinais de coloração amarelada da pele e das membranas escleróticas, foi realizada a colheita de sangue no pé do RN para posterior avaliação sérica dos níveis de bilirrubina. Nos RN com diagnóstico de icterícia neonatal o tratamento de eleição foi a fototerapia durante 24 horas, sendo posteriormente feita reavaliação através de nova colheita de sangue. O tratamento através de fototerapia foi realizado no serviço de obstetrícia, ficando o RN sempre na companhia da mãe, mesmo após a sua alta. Nos casos em que foi necessária a realização de tratamento por fototerapia, os diagnósticos de enfermagem foram Risco de Integridade da Pele Comprometida (relacionado com os efeitos colaterais da fototerapia sobre a retina); Risco de Hipotermia/Hipertermia (relacionado com a exposição do RN durante o tratamento); Risco de Volume de Líquidos Comprometido (relacionado com o aumento insensível da perda de líquidos pelo aumento do trânsito gastrointestinal (SPN, 2013).

As intervenções de enfermagem passaram pelo controle dos possíveis efeitos colaterais e complicações da fototerapia, e também por: informar os pais sobre a importância retirar apenas o RN para realizar os cuidados mantendo-o o resto do tempo na fototerapia, inclusive na presença de visitas; informar sobre o uso de protetores oculares adequados durante a permanência do RN no sistema de fototerapia; aconselhar os pais a não usar óleos, cremes ou loções na pele do bebê para evitar queimaduras; aconselhar a mudança de decúbito de duas em duas horas; manter a criança despida apenas com a fralda para proteger as gônadas; vigiar os olhos do RN para despiste de lesões oculares; vigiar a temperatura axilar; vigiar as características da eliminação pelo risco de desidratação; vigiar alterações na pele; promover o aumento da frequência das mamadas; promover o contato pele-a-pele durante as pausas para mamar; vigiar o estado geral e reflexos do RN (SPN, 2013).

No decorrer do internamento, e com o consentimento dos pais, todos os RN, com peso igual ou superior a 2000g, foram vacinados contra a hepatite B (VHB). Os casais foram informados sobre os potenciais efeitos adversos e cuidados a ter. Ainda, alguns pais questionaram sobre a administração da vacina contra a tuberculose (BCG), tendo sido

informados que esta deixou de ser recomendada de forma universal desde junho de 2016, passando para uma estratégia de vacinação de grupos de risco (DGS, 2017).

Ainda, durante o internamento e após o RN completar 24h de vida, foram realizados o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (DGS, 2017; SPP, 2007), por um técnico de diagnóstico, e o Rastreio de Cardiopatias Congénitas, através da avaliação da oximetria dos membros superiores e inferiores (SPP, 2013).

Durante o internamento, o EESMO assume um papel preponderante na preparação para o regresso a casa após a alta. Os casais foram informados dos recursos existentes na comunidade, de que se deveriam dirigir à Unidade de Saúde Familiar da sua área de residência para o adequado acompanhamento médico e de enfermagem da mulher e do RN e para a realização do diagnóstico precoce ao RN, que se deve realizar entre o terceiro e o sexto dia após o parto. Ainda, no sentido da vigilância da saúde da mulher, os casais foram informados sobre a consulta de revisão do puerpério, que deve ser realizada até às seis semanas pós-parto na sua USF e da existência de cursos de recuperação pós-parto e massagem infantil de que poderiam usufruir. Também, foram disponibilizados os contactos de apoio do serviço e dadas informações sobre o cantinho da amamentação deste serviço de puerpério.

No âmbito do foco Papel Parental, após a alta, todos os RN foram transportados do serviço com cadeira de transporte, sendo que foi verificado se os equipamentos cumpriam as normas estabelecidas pela DGS (2013) e Associação Para a Promoção da Segurança Infantil. Durante este último contacto, o casal foi instruído sobre a colocação do RN na cadeira de transporte, colocação dos cintos de segurança, estratégias de verificação sobre a adequação dos cintos, colocação da cadeira no carro, estratégias para a observação do RN e a verificação do funcionamento de airbags do carro.

A realização do plano da parentalidade, que deve ser incentivada desde o início da gravidez, foi abordada durante o internamento no puerpério. Apesar do papel do pai ser cada vez mais ativo, são as mães que sofrem um maior número de mudanças nas suas vidas, associados a maiores níveis de responsabilidade na prestação de cuidados aos filhos, à visão social da maternidade, associada às próprias representações que as mulheres tendem a apresentar sobre o seu papel de principais cuidadoras. O que parecem desencadear, por outro lado, uma limitação e afastamento dos companheiros durante a prestação desses mesmos cuidados. As puérperas e os seus acompanhantes, companheiros ou pessoas significativas, foram questionados sobre o planeamento da divisão de tarefas no domicílio

após a alta, bem como dos recursos materiais, económicos e sociais de que dispunham para os ajudar nesta nova fase. Foram apresentadas sugestões e estratégias (Cardoso, 2011).

Na preparação do regresso a casa, foram prestados cuidados de enfermagem no âmbito dos seguintes focos: Satisfação Conjugal, Processo Sexual no Pós-Parto, o Uso do Contracetivo e a Recuperação Física e Emocional no Pós-parto (ICN, 2019). A relação entre o próprio casal foi um foco de atenção em enfermagem, uma vez que o período de ajustamento à parentalidade pode conduzir ao favorável desenvolvimento do relacionamento conjugal (Papalia et al., 2001). No entanto, esta poderá não ser uma realidade universal sendo que, frequentemente, os casais deparam-se com problemas, nomeadamente no que concerne à retoma da sexualidade após o parto. Procurou-se criar um espaço propício à discussão desta temática, sendo sempre abordada antes de o casal ter alta clínica. O reinício da atividade sexual foi um tema muito pouco abordado pelos elementos do casal, apesar de ser uma preocupação bastante comum. No entanto, quando o assunto foi discutido, em particular com as puérperas estas mostraram-se interessadas e bastante recetivas. O interesse da mulher por relações sexuais modifica-se depois do parto, o que se deve a alterações hormonais, mas existe também referencia a outros fatores: distúrbios emocionais, baixa autoestima, amamentação, alterações físicas (preocupação com a recuperação perineal/muscular), dispareunia e exigências como mãe. Alguns homens após a paternidade, também, partilham este stresse emocional e psíquico, influenciando no seu desejo e disponibilidade sexual. Apesar das potenciais mudanças na libido, estima-se que mais de 80% das mulheres retomam as relações sexuais coitais nas seis semanas após o parto (Silva, 2017; DGS, 2015; DGS, 2008). Assim, procedeu-se a uma avaliação do conhecimento relativamente aos métodos de contraceção a utilizar, assim como, dos recursos que poderiam ser particularmente úteis na sexualidade pós-parto, o diálogo sobre os medos/mitos relativos ao retomar da atividade sexual e esclarecimento de dúvidas, sendo posteriormente realizados ensinamentos que se adequassem a cada especificidade do mesmo. Devido ser frequente a dispareunia por causa de menor lubrificação vaginal, a maioria dos casais sente receio em reiniciar atividade sexual, posto isto, no sentido de minimizar o desconforto sentido, foi recomendado o uso de lubrificante juntamente com o preservativo (NICE, 2006). Sendo este como o único método contracetivo aconselhado durante as primeiras 6 semanas após o parto. A pílula progestativa foi aconselhada apenas nas seis semanas após o parto, por ainda não serem conhecidos os seus efeitos sobre o desenvolvimento cerebral ou hepático do RN, apesar de não influenciar a qualidade e quantidade do leite materno (DGS, 2008). A saída de leite durante o orgasmo acontece e

inibe a sexualidade e provoca grande constrangimento no casal. A adoção de hábitos como amamentar antes do contacto sexual, usar soutien e conchas de amamentação, e reforçar a ideia de que o leite perdido não afetará a alimentação do bebé foram orientações úteis na preparação do regresso a casa.

Como podemos ver através deste subcapítulo, concluiu-se que o EESMO tem um papel muito vasto e fundamental no acompanhamento das famílias durante o processo de transição para a parentalidade. Cabe a este cuidar da mulher que atravessa um conjunto alterações físicas e psicológicas, ajudar o recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina e ajudar o casal a adquirir conhecimentos e habilidades para desenvolver as competências parentais, pois assumir a responsabilidade de prestar os cuidados ao filho pode constituir uma tarefa difícil. Salienta-se a importância de incluir o pai nos cuidados do EESMO, no sentido de o envolver na prestação de cuidados ao recém-nascido e destacar a sua importância no suporte à puérpera.

2. TRATAR O MAMILO DOLOROSO E/OU TRAUMATIZADO EM MULHERES QUE AMAMENTAM

No âmbito do estágio de natureza profissional, um dos principais objetivos centra-se no desenvolvimento das práticas, através da evidência científica, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados especializados. Posto isto, a reflexão e análise crítica da prática levou a problematizar o objeto em estudo, com a finalidade de contribuir para a tomada de decisão em enfermagem e a definição de intervenções adaptadas à pessoa. Neste contexto, foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura sobre como tratar o mamilo doloroso e/ou traumatizado da mulher, aquando da amamentação, pretendendo-se compreender, dentro de uma grande variedade de intervenções possíveis, qual(uais) a(s) melhor(es) para tratar o mamilo doloroso e/ou traumatizado.

Segundo a definição do Conselho Internacional de Enfermeiros (2012, p.10), a PBE é “Um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar”. O propósito da PBE é encorajar a utilização de resultados da investigação na prestação de cuidados nos diversos níveis de intervenção, reforçando a importância da investigação na prática clínica.

É imperativo inteirar a revisão integrativa da literatura como instrumento válido da PBE, sobretudo, no âmbito da enfermagem portuguesa, pois, nos últimos anos, tem vindo a ser utilizada na área da saúde e tem permitido dar visibilidade à contribuição da enfermagem para a melhoria da prestação de cuidados (Sousa, et al., 2017). Os mesmos autores, referem que a revisão integrativa da literatura tem sido recomendada e utilizada como ponto de partida na validação de conteúdo de um diagnóstico e de intervenções de enfermagem, e pode, ainda, ser utilizada para conhecer as propriedades métricas de instrumentos de avaliação utilizados na prática clínica.

A prática da enfermagem baseada na melhor evidência científica é uma competência dos enfermeiros, e é incorporada nas intervenções dirigidas à mulher/recém-nascido/casal e família durante todo o processo de transição para parentalidade.

A amamentação desempenha um papel importante na saúde pública, pois promove a saúde e previne doenças tanto da criança quanto da mãe, a curto e a longo prazo (Ahmed et al., 2015). Apesar de todas as recomendações e embora sejam percebidos os benefícios da amamentação e a maioria das mulheres inicie a mesma, muitas descontinuam devido a

dificuldades encontradas e não por escolha própria. Um problema comum da mulher ao amamentar é o mamilo doloroso e/ou traumatizado (Denis et al., 2014).

Sendo conhecidos os riscos associados a este problema, é necessário, os profissionais de saúde estarem preparados para intervir eficazmente nestes contratempos da amamentação, diminuindo a sua incidência e promovendo a recuperação das mulheres afetadas. O EESMO é responsável por prestar cuidados à mulher que está inserida na família e comunidade, potenciando a sua saúde e apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2015). Posto isto, é fundamental que este profissional tenha conhecimento sobre os métodos mais eficazes no tratamento da dor e trauma mamilar.

2.1. Introdução ao problema em estudo

A OMS e a UNICEF recomendam que a amamentação seja iniciada na primeira hora após o nascimento, continuando exclusivamente nos primeiros seis meses de vida e continuada com alimentos complementares seguros e adequados, até aos dois anos ou mais (OMS, 2018).

Alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência da amamentação, significando que mais de 90% das mães portuguesas a iniciam. No entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do RN, sugerindo que a maior parte não consegue cumprir o seu projeto de dar de mamar, desistindo muito precocemente da amamentação (Levy & Bértolo, 2012).

O trauma mamilar é definido como uma lesão cutânea visível que se apresenta na área do mamilo e aréola, que pode ocorrer na forma de fissuras, erosão e ulcerações ou evidência clínica de eritema, edema, bolhas, manchas brancas, amarelas ou escuras e equimoses. Sabe-se que o mamilo traumatizado é causa para um mamilo doloroso (Vieira et al., 2013).

O mamilo doloroso tem sido expresso como uma preocupação para as mães, não apenas no período pós-parto imediato, mas para mais de um terço das mães às duas semanas e um mês após o nascimento. No geral, os traumas mamilares ocorrem principalmente no segundo ou terceiro dia do período pós-parto (Kent et al., 2015).

A dor e/ou trauma mamilar são os motivos mais comuns relatados pelas mulheres para parar de amamentar precocemente ou interromper a amamentação exclusiva, que são vivenciados por 80% a 90% das mulheres que amamentam (Niazi et al., 2018). Além disso, podem causar sofrimento psicológico e interferir na atividade geral, humor, sono, vínculo entre a mãe e o bebê, aumento dos níveis de stresse, diminuição materna da percepção de autoeficácia na amamentação, efeito inibitório sobre a libertação de ocitocina e aumento da introdução de leites artificiais (Kent et al., 2015).

Mamilos dolorosos e/ou traumatizados são frequentemente atribuídos a posicionamento e a pega ineficazes, mamilos planos ou invertidos, sucção do RN que causa fricção nos mamilos ou forte sucção, anquiloglossia infantil, anomalia palatina, infecções (incluindo *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus*, vírus Herpes simplex), psoríase, dermatite, lavagem do mamilo inadequada, uso de chupeta e fenômeno de Raynaud (Niazi et al., 2018).

Dadas as inúmeras combinações de causas atribuídas à dor nos mamilos, sugere-se que a dor nos mamilos geralmente é resultado de uma cascata de eventos. Posicionamento e pega desadequados (que podem ser causados simplesmente pelo posicionamento do bebê ou podem estar associados a anquiloglossia, anomalia palatina, mamilos planos ou invertidos) podem resultar num vácuo forte na sucção, fenômeno de Raynaud, atrito do mamilo durante a sucção e trauma mamilar. O mamilo traumatizado é então vulnerável à infecção. As inúmeras causas de dor e tratamentos disponíveis destacam a necessidade de diagnóstico da causa da dor, antes que um tratamento seja decidido. Isso requer uma análise cuidadosa da história e exame da mãe e do bebê, além de testes, quando apropriado, e observação da amamentação (Kent et al., 2015). O estudo deste mesmo autor destaca a complexidade do diagnóstico e tratamento da dor nos mamilos, bem como, o "*Breast Pain Reasoning Model*" de Amir et al. (2015), que incorpora uma avaliação do estado emocional da mãe, bem como as causas físicas da dor nos mamilos descritas e pode ajudar na aplicação de uma abordagem holística a esta complexa situação.

Considerando o impacto que a dor e o trauma mamilar têm sobre as mães e os RN, sobre enfermeiras obstétricas, que atuam na área de cuidados maternos e infantis ou diretamente com a amamentação, as suas intervenções devem ser centradas em medidas de prevenção. Na prática clínica observa-se que os mamilos dolorosos e/ou traumatizados apresentam uma grande incidência, assim as intervenções devem ser implementadas para aliviar a dor e cuidar o trauma existente, promovendo a manutenção da amamentação, e da

sua exclusividade, até que a criança tenha pelo menos seis meses de idade (Vieira et al., 2013).

Na prática, a multiplicidade de intervenções passa por tratamentos não farmacológico e farmacológicos. Os tratamentos não farmacológicos são: correção de posicionamento e pega, dispositivos de proteção de mamilo (ex. conchas de mamilo, protetores de mamilo, mamilo de silicone), compressas mornas, exposição do mamilo ao ar, expressão e aplicação de leite. Os tratamentos farmacológicos são: aplicação de creme antibiótico/antifúngico para infecções, lanolina com ou sem extratos de plantas ou uma combinação desses tratamentos, pomadas de vitamina A, adesivos de hidrogel, de glicerina. Ainda outros tratamentos passam por fitoterapia, fototerapia com LED e frenectomia leve por anquiloglossia (Dennis et al., 2014). De acordo com os mesmos autores, embora a evidência disponível tenha avaliado muitas intervenções diferentes projetadas para reduzir ou resolver a dor e o trauma nos mamilos, não está claro qual intervenção é o tratamento mais eficaz. Para melhorar a duração da amamentação e as taxas de exclusividade e tratar de uma das dificuldades mais comuns encontradas pelas mulheres que amamentam, é necessário, uma avaliação da dor, de todas as suas características, do tipo de trauma nos mamilos e um tratamento eficaz correspondente.

Ao longo do módulo do pós-parto, os pais questionavam os profissionais de saúde que os acompanhavam como poderiam tratar o mamilo doloroso e/ou traumatizado. Assim, as informações que o CHUSJ disponibilizava às mulheres para prevenir esta situação, era através de panfletos, nas consultas externas e nas aulas de preparação para o parto. No puerpério passavam por: assegurar que o RN pega bem na mama; aplicar leite materno nos mamilos no final de cada mamada e após o banho e deixar secar ao ar; expor o mamilo ao ar; evitar discos absorventes impermeáveis; não interromper a mamada, deixar que seja o RN a fazê-lo. Caso seja necessário interromper, colocar o dedo mínimo suavemente na boca do RN de modo a interromper a sucção; lavar os mamilos uma vez ao dia, no decorrer da higiene diária. Para tratar passavam por: iniciar a mamada pelo mamilo não doloroso; aplicar leite materno nos mamilos no final de cada mamada e após o banho e deixar secar ao ar. Apesar disto, o facto de não existir ainda consenso na produção científica produzida sobre o tema, fez com que os membros da equipa de cuidados discutissem e refletissem sobre o assunto ao longo do módulo e interviessem da forma que achassem mais correta. Assim, foi recomendada a expressão e aplicação de leite materno e secagem ao ar após cada mamada, pois ser a intervenção que não envolve a necessidade de aquisição de produtos para o mamilo, que envolvem custos, e estar ao alcance de todas as mães. Também, em muitos

casos foi recomendada a lanolina, sendo que a maioria das mulheres já tinha adquirido este produto durante a gravidez. Nestes casos, foram planeados cuidados que promoveram o desenvolvimento de competências parentais sobre o posicionamento e pega adequados, através da avaliação da amamentação pela grelha de observação da mamada preconizada pela OMS, pelos profissionais de saúde, pelo menos uma vez por turno para cada puérpera.

Em 1991 foi lançada, pela UNICEF e OMS, a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, tendo a UNICEF Portugal assumido a liderança desta. Esta iniciativa tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno em entidades que disponibilizem serviços de maternidade, obstetrícia, neonatologia e pediatria, influenciando a prática dos profissionais de saúde e cuidadores. Defende um conjunto de normas orientadoras da boa prática de forma a garantir o sucesso da amamentação, conhecidos como os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno. As medidas garantem que as mães e os bebés possam receber apoio adequado e informações atualizadas no período pré-natal e pós-natal em relação à alimentação infantil e às vantagens e procedimentos para o sucesso do aleitamento materno (UNICEF e OMS, 2018).

Uma das medidas desta iniciativa é apoiar a mãe na amamentação, ajudando as que tenham problemas comuns, como mamilo doloroso e/ou traumatizado, demonstrando a importância desta temática. Para além disto, o EESMO é confrontado diariamente com a necessidade de prestar cuidados a mamilos dolorosos e/ou traumatizados em mães que amamentam. Através da constatação da inexistência de uniformização nos cuidados prestados e a permanência de dúvidas sobre qual é o melhor tratamento para esse efeito, surgiu a necessidade de realizar investigação sobre esta problemática. Assim sendo, o objetivo é identificar e analisar a evidência sobre as intervenções mais eficazes no tratamento do mamilo doloroso e/ou traumatizado.

2.2. Método

Após a formulação do objeto de estudo pretendeu-se fazer uma revisão integrativa da literatura, que é relevante para a prática clínica, uma vez que fornece informações sobre as intervenções mais eficazes, contribuindo para a discussão e aplicação consistente dessas mesmas intervenções clínicas com base nas melhores evidências disponíveis.

A revisão integrativa da literatura é denominada integrativa porque fornece informações amplas sobre um problema, constituindo assim, um abrangente corpo de conhecimento, de rigor metodológico. É um dos métodos de pesquisa utilizados na PBE e que permite a procura, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre um tema investigado, em que o produto final é o estado do conhecimento desse mesmo tema, a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e na redução de custos, além disso, permite a identificação de fragilidades, que poderão conduzir ao desenvolvimento de futuras investigações. Este método de investigação tem seis fases distintas: 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados e, 6) apresentação da revisão/ síntese do conhecimento (Sousa et al., 2017).

A primeira fase constitui a definição de um problema, que já foi apresentado. Assim, a questão de investigação formulada foi: Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica para tratar o mamilo doloroso e/ou traumatizado?

Na segunda etapa, relacionada com a anterior, recorre-se a bases de dados através de motores de busca para identificação dos estudos que serão incluídos. Esta fase deve ser claramente documentada, incluindo os descritores utilizados, as bases de dados consultadas, as estratégias de pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão (Sousa et al., 2017).

Posto isto os descritores identificados, validados no sítio da MESH e DeCS foram: *therapeutics, nipple, breastfeeding*. Os descritores foram utilizados nas bases de dados através da frase booleana: *therapeutics AND nipple AND breastfeeding*. Para tal, as bases de dados onde foi realizada a pesquisa foram: Plataforma EBSCOhost, que contempla uma grande variedade de bases de dados (Academic Search Complete; CINAHL Complete; MEDLINE with Full Text; Psychology and Behavioral Sciences Collection; MedicLatina e SPORTDiscus with Full text), Plataforma Cochrane, que inclui a Cochrane Central Register of Controlled Trials e a Cochrane Database of Systematic Reviews, PUBMED e SCIELO.

Os critérios de inclusão para seleção das publicações encontradas foram: estudos publicados entre 2013 e 2019, disponíveis em texto completo, escritos em português, espanhol ou inglês, preferencialmente de elevado nível de evidência, e cujo tema incluísse os descritores definidos no respetivo título ou resumo do artigo, relativos a RN e mães

saudáveis, que apresentassem qualquer tipo de mamilo, fossem primíparas ou múltíparas e que apresentassem qualquer grau de dor e trauma mamilar. Caso necessário, proceder-se-ia ainda à leitura integral do estudo encontrado, de modo a perceber se este satisfazia os critérios estipulados. Os critérios de exclusão definidos foram: artigos escritos em línguas não definidas nos critérios de inclusão, estudos não indexados às bases de dados das ciências da saúde, artigos a que não conseguimos aceder ao texto completo, estudos que comparassem apenas alguns métodos, em vez de fazerem uma abordagem geral às possíveis intervenções para tratar o mamilo doloroso e/ ou traumatizado e relativos a RNs que apresentassem anquiloglossia, fenda palatina ou lábio leporino.

2.3. Resultados

Nesta terceira etapa, após a pesquisa efetuada nas bases de dados da plataforma EBSCOhost resultaram 146 artigos, depois da delimitação temporal (2013-2019) restaram 72 artigos, sendo que 23 foram eliminados por serem cópias integrais, ficando 49 artigos. Após a análise do título e do resumo foram pré-selecionados seis estudos para leitura integral, tendo sido excluídos três por não irem ao encontro da temática, sendo que os outros três integram o estudo. Na pesquisa efetuada na PUBMED resultaram 482 artigos, após a delimitação temporal ficaram 129. Após a análise do título e do resumo foram pré-selecionados 11 estudos para leitura integral, tendo sido excluídos seis por não irem ao encontro da temática. Embora tenham sido selecionados cinco, apenas dois artigos foram integrados no estudo, pois os outros já tinham sido selecionados a partir das pesquisas nas outras bases de dados. Ainda, na Cochrane Database of Systematic Reviews foram encontradas duas revisões, sendo que apenas uma ia ao encontro da temática, mas já tinha sido selecionada a partir das outras bases de dados. Em suma, no total foram selecionados cinco artigos para integrar o estudo. Os restantes artigos analisados serviram para aprofundar mais os conhecimentos sobre a temática.

Ainda nesta etapa, é então realizada a extração e análise dos dados dos artigos selecionados, sendo apresentados no Quadro 2. Os dados colhidos incluem a fonte, o ano, o objetivo, o método, os resultados, a conclusão e o nível de evidência. Os estudos foram categorizados de acordo com o seu nível de evidência, que foi analisado segundo o modelo dos "5S" de Haynes (2006), que compreende cinco níveis em forma de pirâmide, sendo o da

base da pirâmida o de menor evidência e o do topo de maior evidência. Foram, assim, incluídos nesta revisão: três revisões sistemática da literatura sendo que uma com meta-análise e dois estudos randomizados não controlados, pertencentes aos níveis de evidência IV e V, respetivamente.

Na quarta etapa é realizada a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, através de grelhas certificadas de avaliação da qualidade metodológica, que permitem avaliar a viabilidade, a adequação, a significância e a eficácia de vários tipos de artigos (Sousa et al., 2017).

QUADRO 2 - Síntese dos artigos selecionados

ESTUDO: INTERVENTIONS FOR TREATING PAINFUL NIPPLES AMONG BREASTFEEDING WOMEN (REVIEW)

Intervenções para o tratamento de mamilos dolorosos em mulheres que amamentam (revisão)

FONTE	Dennis, CL., Jackson, K., Watson, J. Cochrane Database of Systematic Reviews
ANO	2014
OBJETIVO	Avaliar os efeitos de todas as intervenções na resolução ou redução da dor mamilar e o impacto destas noutros desfechos, como trauma mamilar.
METODOLOGIA	Revisão sistemática da literatura com meta-análise. Foram incluídos quatro estudos envolvendo 656 mulheres que iniciaram a amamentação e apresentaram queixas de mamilos dolorosos ou traumatizados ou ambos. Estes avaliaram cinco intervenções diferentes, incluindo adesivos de glicerina, conchas de mamilo com lanolina, apenas lanolina, expressão de leite materno e pomadas para mamilo para qualquer propósito. Todos os estudos incluíram educação para posicionar o RN corretamente à mama, como parte dos cuidados de rotina pós-parto para os grupos de tratamento e controle.
RESULTADOS	Não houve evidência de que os adesivos de glicerina ou as conchas de mamilo com lanolina melhorassem significativamente a dor nos mamilos. Um estudo não encontrou diferenças claras na dor do mamilo (de um a sete dias após o tratamento) entre mulheres que aplicaram lanolina ou nada nos mamilos. Em contraste, o mesmo estudo constatou que as mulheres que aplicaram leite materno perceberam significativamente menos dor nos mamilos após quatro a cinco dias de tratamento do que as mulheres que aplicaram lanolina. Não houve diferenças entre os grupos nas percepções de dor nos mamilos entre mulheres que aplicaram leite materno e mulheres que não aplicaram nada. As mulheres que aplicaram pomadas para mamilo para qualquer

	propósito em comparação com as mulheres que aplicaram lanolina não tiveram melhora na dor do mamilo após sete dias de tratamento.
CONCLUSÃO	No geral, as evidências são insuficientes para recomendar qualquer intervenção para o tratamento da dor ou trauma mamilar. Um achado importante foi que, independentemente do tratamento utilizado, para a maioria das mulheres a dor mamilar reduziu para níveis moderados após aproximadamente sete a 10 dias pós-parto. A intervenção antecipatória em relação ao tempo habitual para a redução da dor e trauma mamilar e enfatizar a prevenção dos mesmos no período pós-parto precoce, podem ser uma estratégia útil para ajudar as mulheres a continuar a amamentação e mantê-la exclusiva.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	IV (Haynes, 2006)

ESTUDO: A SYSTEMATIC REVIEW ON PREVENTION AND TREATMENT OF NIPPLE PAIN AND FISSURE: ARE THEY CURABLE?

Uma revisão sistemática sobre prevenção e tratamento da dor e fissura mamilar: São curáveis?

FONTE	Niazi, A., Rahimi,V., Soheili-Far,S., Askari, N., Rahmanian-Devin, P., Sanei-Far, Z., Sahebkar, A., Rakhshandeh, H., Askari, V. Journal of Pharmacopuncture
ANO	2018
OBJETIVO	Analisar a intervenção farmacológica e não farmacológica para prevenir e tratar a fissura e a dor do mamilo.
METODOLOGIA	Revisão sistemática da literatura. Foram incluídos 17 estudos, num total de 1801 participantes. Sete artigos estavam no grupo de tratamento não medicamentoso (tamanho da amostra 491), 2 artigos no grupo de tratamento medicamentoso (tamanho da amostra 337) e 8 artigos no grupo de tratamento com fitoterapia (tamanho da amostra 973).
RESULTADOS	O ensino correto do método de amamentação foi a primeira ação para prevenir e tratar a fissura mamilar na maioria dos estudos, bem como o mais eficaz. Não houve diferença significativa entre as compressas de chá e as de água quente, ambas são eficazes

	para o tratamento da fissura, mas as de chá podem alterar o odor e sabor do leite materno. Os adesivos de hidrogel aumentam a taxa de cicatrização e são eficazes para aliviar a dor, mas também aumentam o risco de infecção. A eficácia do uso de lanolina e protetores de mamilo foi significativamente maior do que de hidrogel, mas os resultados sugeriram que a lanolina não é eficaz no alívio da dor nos mamilos. Não houve diferença entre as pomadas para mamilo para qualquer propósito e a lanolina. O uso de Aloé vera é mais eficaz do que a lanolina. A lanolina teve eficácia de tratamento semelhante com mentol e dexpantenol. O protetor de prata foi eficaz. O laser de baixo nível teve um efeito significativo no alívio da dor no mamilo. O uso de hortelã é eficaz. Os efeitos do Calendit-E, Aloé vera, Jujube e Guaiazulene sugeriram que estas ervas têm eficácia positiva na fissura mamilar e na prevenção e alívio da dor.
CONCLUSÃO	As compressas de água quente e mentol e o ensino dos métodos corretos de amamentação são tratamentos eficazes para prevenir e tratar a dor e as fissuras dos mamilos. Além disso, a aplicação de fitoterápicos para prevenção e tratamento dos problemas levantados pela amamentação pode ter benefícios, como Aloé vera, Portulaca olearacea. O número de estudos para o uso de tratamentos medicamentosos e não medicamentosos são limitados e a conclusão final requer estudos com metodologia e tamanho de amostra adequados.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	IV (Haynes, 2006)

ESTUDO: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE INTERVENTIONS FOR NIPPLE TRAUMA IN BREASTFEEDING MOTHERS

Uma revisão sistemática das intervenções para trauma mamilar em mães que amamentam

FONTE	Vieira, F., Bachion, M., Mota, D., Munari, D. Journal of Nursing Scholarship
ANO	2013
OBJETIVO	Identificar as intervenções mais eficazes para tratar o trauma mamilar em mães que amamentam.

METODOLOGIA	<p>Revisão sistemática da literatura.</p> <p>Foram incluídos 6 estudos, envolvendo 651 participantes. Os tratamentos investigados foram lanolina, lanolina em associação com conchas de mamilo, leite materno, hidrogel, adesivos de polietileno, um spray contendo clorexidina com álcool e água destilada. Todos os grupos de todos os estudos receberam educação sobre amamentação.</p>
RESULTADOS	<p>Dois estudos mostraram que a lanolina foi significativamente mais eficaz que o leite materno. O estudo que comparou a lanolina, leite materno e nenhum tratamento descobriram que o tempo de cicatrização no grupo da lanolina foi maior que nos outros dois grupos, sem diferença significativa entre os grupos controle e leite materno. Um estudo constatou que a lanolina associada às conchas de mama obteve melhores resultados do que o hidrogel. O adesivo de polietileno mostrou uma boa resposta para os mamilos em comparação com nenhum tratamento. Um estudo mostrou que o uso de um spray contendo álcool e clorexidina a 0,2% em comparação com um spray placebo (água destilada) resultou numa cicatrização mais rápida.</p>
CONCLUSÃO	<p>Considerando os tratamentos investigados, as evidências mais favoráveis indicam o uso de lanolina isoladamente ou em associação com conchas de mamilo e expressão e aplicação de leite materno após cada sessão de amamentação. Embora tenha sido encontrado um estudo clínico com resultados positivos resultantes do tratamento com spray contendo álcool e clorexidina a 0,2%, essa modalidade de tratamento deve ser mais investigada, pois a literatura não é a favor do uso de substâncias antissépticas em tratamento de feridas. As evidências indicam que o adesivo de polietileno e o hidrogel são contraindicados devido a seus efeitos colaterais, incluindo infecção, eritema e desconforto devido à necessidade de remoção antes da amamentação. Devido à falta de pesquisas sobre o tratamento do trauma mamilar, à predominância de estudos com amostras não representativas e a diversos desenhos e intervenções, os resultados são inconclusivos, indicando uma lacuna de conhecimento sobre este tema.</p>
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	IV (Haynes, 2006)

ESTUDO: TREATMENT OF NIPPLE PAIN IN BREASTFEEDING WOMEN IN THE POSTPARTUM WARD OF THE UNIVERSITY HOSPITAL OF LAUSANNE: A BEST PRACTICE IMPLEMENTATION PROJECT

Tratamento da dor do mamilo em mulheres que amamentam na enfermaria pós-parto do Hospital Universitário de Lausanne: Um projeto de implementação de melhores práticas

FONTE	Avignon, V. Joana Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports
ANO	2018
OBJETIVO	Implementar um plano de cuidados para dor nos mamilos de acordo com as melhores recomendações e estudos baseados em evidências.
METODOLOGIA	Estudo randomizado não controlado. Os dados foram colhidos num primeiro momento através de um questionário, todos os dias, enquanto as mães estavam internadas (n=17). Depois foram implementados cuidados para tratar o mamilo doloroso, sendo: a expressão e aplicação de leite materno e o fortalecimento do aconselhamento e suporte em mães que amamentam. Por fim, foram colhidos dados num segundo momento através de um questionário, já após a intervenção (n=55). O questionário utilizou cinco critérios que avaliavam a dor durante a amamentação, o uso de tratamento adicional pelas mães (bomba ou protetor de mamilo), a adesão dos profissionais de saúde às recomendações acordadas no protocolo realizado com base na evidência para tratar o mamilo doloroso, através da avaliação dos conselhos e apoio recebidos e percebidos pelas mães e o método de suplementação para os recém-nascidos. O estudo foi realizado em Lausanne, Suíça.
RESULTADOS	Os resultados após a implementação de cuidados baseados na evidência mostraram que a adesão a quatro critérios melhorou, sem aumento da dor sentida pelas mães que amamentam. Mais mulheres receberam informações adequadas (de 47% para

	64%) e apoio (de 47% para 58%). Cada item do critério 2 (informação adequada) e 3 (suporte adequado) apresentaram melhora. A gestão adequada da dor nos mamilos também aumentou de 8% para 31%.
CONCLUSÃO	As diretrizes mostraram que a prevenção e o uso de leite materno, em vez de métodos farmacológicos, levam a melhores resultados. A implementação desses procedimentos consistiu em eliminar os produtos existentes nas unidades, além de melhorar as informações e o apoio oferecidos às mães que amamentam. Apesar das limitações associadas a pequenas amostras, os resultados deste projeto mostram que a implementação de melhores práticas é possível, retirando tratamentos desnecessários. Outra avaliação é necessária no futuro para consolidar e melhorar estes resultados.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	V (Haynes, 2006)

ESTUDO: EVIDENCE BASED GUIDELINE USING TO ALLEVIATE TRAUMATIC NIPPLE AMONG NURSING MOTHERS

Uso de diretrizes baseadas em evidência para aliviar o mamilo traumatizado entre mães que amamentam

FONTE	Ahmed, E., Mohamed, H., Abu-talib, Y. World Journal of Nursing Sciences
ANO	2015
OBJETIVO	Avaliar o efeito de diretrizes baseadas em evidência para aliviar o mamilo traumatizado entre mães que amamentam.
METODOLOGIA	Estudo randomizado não controlado. Foram incluídas no estudo 150 mulheres que estivessem a amamentar recentemente, diagnosticadas com mamilos traumatizados com diferentes graus, e que fossem saudáveis e com bebês saudáveis. Foi avaliado o nível de trauma nos mamilos antes da intervenção, depois foram implementadas intervenções das diretrizes baseadas em evidências e foi avaliado o efeito destas no grau de trauma nos mamilos. O estudo foi realizado no Cairo, Egito.

RESULTADOS	O uso de lanolina revelou uma melhora significativa no grau de dor e trauma entre antes e após a intervenção. O uso de compressas de chá revelou uma melhora significativa no grau de dor e trauma entre antes e após a intervenção. O uso de leite materno revelou uma melhora significativa no grau de dor e trauma entre antes e após a intervenção. Comparando entre estes três métodos, os resultados mostraram que a lanolina, a compressa de chá e o leite materno tiveram o mesmo efeito de aliviar o trauma mamilar, indicando que não há diferença estatisticamente significativa entre os três métodos tratamento do grau de dor/ trauma pré e pós-intervenção.
CONCLUSÃO	O estudo chegou à conclusão de que todas as mães sofriam de diferentes graus de trauma e dor do mamilo. A maioria tinha práticas inadequadas relacionadas à amamentação e não tinham intervenção em relação ao trauma mamilar. Foi indicado um efeito positivo das diretrizes baseadas em evidências nas práticas das mães e no grau de trauma do mamilo. Também foi mostrado que a lanolina, a compressa morna de chá e o leite materno são intervenções recomendadas, tendo todas o mesmo grau de eficácia.
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	V (Haynes, 2006)

2.4. Discussão

De acordo com Sousa et al. (2017), a quinta fase corresponde à análise e interpretação dos resultados obtidos. Assim, foi realizada a comparação entre os resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos com o conhecimento teórico, destacando-se as conclusões e as implicações para a prática.

Através da análise dos artigos selecionados, foi possível perceber que existem dados pertinentes para a resposta à questão de investigação desta revisão. A análise dos resultados dos artigos selecionados concluiu que as intervenções específicas do EESMO podem reduzir e tratar o mamilo doloroso e/ou traumatizado. De salientar, foi a dificuldade em obter artigos que abordassem apenas o tratamento desta situação. Como tal, muitas vezes foi abordada a prevenção como forma de tratamento.

Estratégias nacionais e internacionais de promoção da saúde incluem o aumento das taxas de início e duração da amamentação, além de eliminar disparidades no cuidado de mulheres e bebês em relação à amamentação. Os formuladores de políticas, pesquisadores e organizações profissionais apontaram os benefícios irrefutáveis da amamentação para bebês, mães, sociedade e meio ambiente. Infelizmente, muitas mães experienciam mamilos doloridos e/ou traumatizados durante a amamentação e param de amamentar antes do que pretendiam. Portanto, deve-se oferecer a estas mulheres as medidas mais atualizadas de alívio sintomático e cicatrização acelerada (Ahmed et al., 2015).

O fator mais importante na diminuição da incidência de dor e trauma no mamilo é a prevenção, como referem quatro dos cinco estudos analisados. Essa prevenção deve ser realizada durante a gravidez e no período pós-parto imediato. Sendo que a intervenção do EESMO durante a gravidez centra-se no ensino teórico sobre o trauma e dor mamilar (conceitos, incidência, causas, tratamentos) e pelo ensino das técnicas de posicionamento e pega da mãe e do bebê durante a mamada. No período pós-parto devem ser reforçados os ensinamentos anteriores, acrescentando-se a observação das mamadas e posterior correção de práticas desadequadas, bem como os cuidados a ter com o mamilo incluindo a higiene e a aplicação do leite materno no mamilo (Denis et al., 2014; Ahmed et al., 2015; Niazi et al., 2018; Avignon, 2018). Ainda, à luz dos resultados do seu estudo, Ahmed et al. (2015) deixam três recomendações, sendo uma delas desenvolver um programa de aconselhamento para mulheres durante a gravidez e pós-parto imediato sobre prevenção e tratamento do mamilo traumatizado e doloroso, outra é o estabelecimento de um centro educacional no

internamento pós-parto para facilitar o acompanhamento dos casos e ainda a realização de pesquisas adicionais para determinar a relação entre a preparação para a amamentação durante a gravidez e a ocorrência de trauma mamilar.

Até ao momento, não foi possível sustentar recomendações de um produto específico como o melhor tratamento geral. Apesar da escassez de estudos sobre a efetividade do leite materno, essa escolha é apoiada pelas organizações de renome, como ministérios da saúde, UNICEF e OMS. Estes recomendam a aplicação de leite materno no mamilo e na aréola após o banho e após cada sessão de amamentação para facilitar a cicatrização do trauma mamilar e para alívio da dor. Esta recomendação é baseada nos princípios de que o leite materno é composto de anticorpos (imunoglobulina A), neutrófilos, macrófagos e linfócitos. Este tratamento apresenta um nível de evidência 2 e um grau B de recomendação, portanto a sua aplicação é considerada segura (Vieira et al., 2013; Ahmed et al., 2015; Avignon, 2018).

O uso de lanolina isolada, bem como o uso de lanolina em associação com conchas de mamilo, apresentou uma recomendação de grau B com nível de evidência 2, indicando um nível seguro de evidência para sua aplicação na prática clínica. A lanolina é uma substância gordurosa extraída da carne de ovelha, de cor branca amarelada, com aproximadamente 25% a 30% de água. A sua indicação para a cicatrização de traumas nos mamilos baseia-se na sua capacidade de formar uma barreira que impede a perda de humidade natural da pele. A lanolina altamente purificada é insípida, hipoalergénica e livre de odores, impurezas e componentes alergénicos. É considerada segura em relação a ser absorvida pela mucosa da pele ou ingerida, aquando da amamentação, e não precisa ser removida antes das mamadas. As conchas de mamilo são dispositivos de plástico rígido, que fornecem uma barreira aérea para proteger a pele do atrito ou pressão de roupas sobrepostas e outro contacto com a pele dos mamilos (Vieira et al., 2013; Ahmed, 2015). O resultado positivo em relação ao uso da lanolina pode ser duvidoso, pois depende da sua frequência de utilização e de como é aplicado e da sua associação com outros métodos (Vieira et al., 2013; Niazi et al., 2018).

Os tratamentos usando adesivos (com polietileno ou hidrogel) não oferecem resultados favoráveis. Embora a literatura descreva o hidrogel como tendo propriedades que melhoram a cicatrização (como a capacidade de absorção, não aderência, ser um agente bacteriostático e antifúngico, protegendo contra o atrito e aliviando a dor nos mamilos), não deve ser recomendado para o tratamento de traumas e dores nos mamilos, devido aos

efeitos colaterais identificados nos estudos, como altas taxas de infecção (Vieira et al., 2013; Niazi et al., 2018).

A indicação de sprays, com clorexidina a 0,2% e álcool ou com água destilada, foi justificada devido à sua ação anestésica local. Quando pulverizado, o spray tem um efeito de resfriamento, que tende a anestesiar o mamilo e torná-lo ereto. Isso facilitaria a sucção e favoreceria um esvaziamento mais eficaz das mamas. Esses fatores reduziram a probabilidade de trauma mamilar e, conseqüentemente, reduziram o risco de infecções. Apesar dos resultados positivos o seu uso não é recomendado na prática clínica da amamentação (Vieira et al., 2013).

Embora as compressas de água quente e as de chá sejam boas para o tratamento da fissura do mamilo, a compressa de chá pode afetar as possíveis alterações do odor e sabor do leite materno (Ahmed et al., 2015; Niazi et al., 2018).

O protetor de prata é eficaz e tem algumas vantagens: é lavável, pode ser reutilizada e não afeta o odor e o sabor do leite materno. O laser de baixo nível teve um efeito significativo no alívio da dor no mamilo, mas o seu alto custo cria problemas no uso desse tipo de tratamento para todos. A hortelã apresentou um efeito positivo significativo. Os efeitos do Calendit-E, A. vera, Jujube e Guaiazulene e hortelã sugeriram que essas ervas têm eficácia positiva na fissura mamilar e na prevenção e alívio da dor (Niazi et al., 2018).

O estudo de Ahmed et al. (2015), reforça que o uso de um produto (compressa de chá; leite materno; lanolina) em combinação com o uso de um panfleto de autoaprendizagem (sobre benefícios e técnicas de amamentação, causas de trauma mamilar, a sua prevenção e tratamento) é uma intervenção eficaz na redução do trauma e dor mamilar.

Apesar dos outros quatro artigos recomendarem algum tipo de intervenção, de acordo com o estudo de Denis et al. (2014), não havia evidências suficientes para recomendar qualquer intervenção para o tratamento da dor ou trauma no mamilo. No entanto, um achado importante nesta revisão foi que, independentemente do tratamento usado (adesivos de glicerina, conchas de mamilo com lanolina, lanolina isoladamente ou pomada para todos os fins), para a maioria das mulheres, a dor no mamilo é reduzida a níveis leves após aproximadamente sete a dez dias após o parto. Também, as mulheres que aplicaram leite materno melhoraram significativamente a cicatrização dos mamilos aos quatro a cinco dias após o início do tratamento do que as mulheres que aplicaram lanolina, embora as diferenças entre os grupos não fossem mais vistas aos seis a sete dias após o início do

tratamento. Não houve diferenças no tempo de cicatrização do mamilo entre mulheres que aplicaram leite materno e mulheres que não aplicaram nada. Esses resultados limitados sugeriram que a aplicação de nada ou leite materno pode ser igualmente ou mais benéfica em relação à cicatrização de feridas nos mamilos, como a aplicação de uma pomada como a lanolina.

O estudo de Vieira et al. (2013) aborda aspetos económicos dos tratamentos, sendo que aqueles com resultados positivos para a dor e cicatrização dos mamilos devem ser considerados economicamente razoáveis e acessíveis. A compra de lanolina de baixo custo pode ser uma ação governamental para promover esse tratamento para mães de baixos rendimentos. As conchas de mamilo são geralmente vendidas como um kit contendo duas conchas. Esses dispositivos não se degradam e podem durar todo o período de amamentação. O leite materno é um agente natural feito biologicamente para o corpo, sem efeitos secundários. Ele está sempre disponível e pode ser usado em todos os grupos sociais e económicos. É importante enfatizar que não existem evidências para contraindicar o uso do leite materno e, portanto, considerando as questões económicas, a sua aplicabilidade pode ser universal, enquanto o uso de lanolina e conchas de proteção mamária pode ser mais restrito.

É importante destacar que quanto mais a mãe suportar o trauma e dor mamilar, maior o risco de desmame precoce. Também, em todos os estudos selecionados os pesquisadores incluíram instruções sobre a técnica correta de amamentação como parte das intervenções testadas. As mulheres precisam de apoio efetivo dos profissionais de saúde e da família para amamentar adequadamente, posto isto, é importante adotar medidas para promover técnicas corretas de amamentação, a fim de evitar danos causados por trauma mamilar ou outras complicações futuras, e promover o processo de cicatrização. A orientação antecipatória é uma estratégia comum para diminuir o stresse e promover o *coping* entre as mulheres durante o período perinatal e, no caso de dor e trauma no mamilo, pode ser uma estratégia útil em relação ao tempo usual para a redução da dor. Também pode ajudar a sustentar a amamentação durante esse período em que as mulheres têm alto risco de interromper ou introduzir suplementação (Vieira et al., 2013; Denis et al., 2014; Ahmed et al., 2015; Niazi et al., 2018; Avignon, 2018).

2.5. Conclusão

Através desta investigação, percebe-se a aplicação de leite materno como a intervenção recomendada, embora as evidências sejam escassas. Mais importante do que tratar, é prevenir a ocorrência destes problemas e acompanhar o processo de amamentação a partir do seu primeiro momento, no sentido de impedir que se instale uma cascata de eventos que possam originar o mamilo doloroso e traumatizado podendo levar a desfechos como o abandono precoce da amamentação ou da sua exclusividade. Os resultados desta revisão podem ser usados para melhorar a saúde das mães e a qualidade dos serviços de saúde, bem como selecionar o tratamento apropriado.

Apesar da qualidade metodológica dos estudos incluídos ser boa, as diferenças encontradas nas metodologias para a realização de cada estudo dificultam a generalização de resultados. A qualidade das evidências para esta revisão não leva a conclusões robustas em relação aos objetivos avaliados, devido à falta de pesquisas sobre o tratamento da dor e trauma mamilar, à predominância de estudos com amostras não representativas e a diversos desenhos e intervenções e aos resultados inconclusivos, indicando uma lacuna de conhecimento sobre esse tema. Como tal, há necessidade de estudos clínicos com amostras maiores, com base no uso de lanolina, leite materno ou tecnologias novas e mais eficazes, com custos mais baixos para lidar com o trauma mamilar.

Mais pesquisas são necessárias para avaliar a eficácia de diversas intervenções para melhorar o trauma e a dor nos mamilos. Embora existam várias alternativas para o tratamento da dor no mamilo e até existam tratamentos inovadores, são necessários mais estudos para suportar a sua recomendação. Sugere-se que pesquisas futuras usem medidas padronizadas de dor para permitir comparabilidade dos resultados entre os estudos. Também, é recomendado que usem tempos padronizados para medir os efeitos da dor e do tratamento, pois o efeito do tratamento aos dois dias após o parto pode diferir do efeito do tratamento aos 10 dias após o parto. A escolha da amostra em estudos futuros deve ser orientada pela idade da criança, uma vez que a etiologia da dor na primeira semana pode ser clinicamente diferente da dor nos mamilos na segunda ou terceira semana de vida. Deve-se prestar atenção a tratamentos eficazes no momento em que as mulheres têm maior probabilidade de desistir da amamentação ou introduzir suplementação devido à dor e trauma nos mamilos.

Seria importante em futuras investigações separar os conceitos de trauma e dor mamilar, e cada um deste ser um objeto de estudo separadamente, sabendo que estes

podem estar relacionados, e para cada um destes identificar a sua prevenção e tratamento em estudos com igual amostra, metodologia e intervenção. Também seria pertinente, para além de avaliar a dor nos mamilos e o trauma, incluir a duração e exclusividade da amamentação e a satisfação das mulheres com o tratamento.

Dado as principais recomendações orientarem para o uso do leite materno, bem como dada a disponibilidade e a lógica biológica do uso deste para tratar a dor nos mamilos e promover a cicatrização, os próximos estudos devem incluir o leite materno como o principal objeto de estudo no tratamento do mamilo doloroso e traumatizado.

Por fim, mais pesquisas sobre as causas da dor e trauma no mamilo são necessárias para permitir a implementação de intervenções eficazes, uma vez que a análise detalhada da dor e do tipo de trauma pode ajudar na avaliação do sucesso dessas intervenções.

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

O desenvolvimento deste estágio profissionalizante proporcionou uma importante oportunidade de aprendizagem pessoal e profissional, permitindo adquirir e desenvolver competências nos diferentes domínios de atuação do EESMO, através do acompanhamento da mulher/recém-nascido/casal/família numa das mais importantes transições do ciclo vital.

Ao longo do estágio, a elaboração de processos de cuidados individualizados que respondessem às necessidades específicas percecionadas, permitiu perceber que a atuação do EESMO e a prestação de cuidados de enfermagem significativos só é possível através de uma prática baseada na evidência. A reflexão e problematização das práticas motivou a procura da melhor e mais recente evidência científica, constituindo-se como fonte de discussão nos contextos da prática clínica, sendo que o presente relatório evidencia essa abordagem. A mesma, visa a promoção de cuidados de enfermagem cada vez mais eficazes, uniformizados, valorizados e fundamentados cientificamente.

Vários foram os desafios ao longo dos diferentes módulos deste estágio. No módulo referente à gravidez com complicações, o principal desafio foi o de providenciar suporte emocional adequado a cada grávida/casal/família face aos sentimentos vivenciados pela necessidade de hospitalização e pela patologia da gravidez. Desta forma, foi necessária a implementação de estratégias capazes de promover a saúde mental e aumentar a esperança destes casais no futuro. De igual modo, a intervenção em casais em trabalho de abortamento foi difícil pela diversidade de formas como este processo é vivenciado, de acordo com cada pessoa, tendo sido prestados cuidados individualizados no sentido de apoiar nesta transição.

O módulo do trabalho de parto e parto foi o maior desafio deste percurso de aprendizagem, não só pela complexidade da execução das técnicas que contemplam o trabalho de parto e parto, mas também pela necessidade de desenvolver competências que permitiram proporcionar ao casal a vivência de uma experiência única e positiva. Os partos realizados foram momentos únicos de aprendizagem (marcados pela individualidade de cada família cuidada), permitindo sempre a reflexão da prática implementada, aperfeiçoando-a a cada nova experiência, com o objetivo de alcançar a autonomia profissional. Embora tenha sido atingido o número mínimo de experiências legalmente exigidas, alcançá-las foi uma grande dificuldade sentida. De igual modo, a normal abordagem biomédica e protocolizada pela equipa do serviço dificultou a intervenção centrada na mulher e na família. Não obstante

a estas dificuldades, foram prestados cuidados culturalmente sensíveis levando em conta a singularidade de cada um dos elementos da tríade familiar, com o objetivo de permitir a vivência da experiência do nascimento conforme as expectativas do casal.

Por fim, no módulo referente ao puerpério, apesar das intervenções referidas anteriormente, foi verificado que a prestação de cuidados era muito baseada em rotinas organizacionais, deixando pouco espaço à possibilidade de personalização e individualização dos cuidados conforme as necessidades de cada casal. O maior desafio neste módulo foi a quantidade de dúvidas e mitos, verbalizados pelo casal e família, relativamente aos cuidados ao RN, à puérpera e principalmente sobre a amamentação, os quais foram desmistificados com base no conhecimento científico.

Na elaboração deste documento, a extensa pesquisa bibliográfica necessária à fundamentação da prática, bem como o tempo despendido na sua redação, foram igualmente um grande desafio. Contudo, apesar de todos estes aspetos referidos, a realização deste estágio, a elaboração deste relatório e a frequência neste mestrado traduziram-se numa experiência muito gratificante, de grande realização pessoal e profissional.

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica publicado pela OE preconiza e orienta o percurso de formação do EESMO, estipulando que o desenvolvimento de competências deve decorrer ao longo de dois anos de formação, nos quais se devem atingir um número mínimo de experiências. De modo a facilitar a leitura dos números de experiências atingidos, a tabela seguinte representa as experiências realizadas ao longo do estágio, tendo sido alcançadas as legalmente exigidas. Não tendo sido possível a realização de parto com apresentação fetal pélvica, foi realizado o estudo, a simulação e o procedimento do mesmo em laboratório e numa atividade formativa no serviço onde decorreu o estágio.

TABELA 1 – Experiências realizadas ao longo do estágio

Grávidas		Parturientes		Partos executados		Partos participados		Prática sutura	Puérperas		Recém-nascidos	
Risco	Normais	Risco	Normais	Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvicos	Cefálicos		Risco	Normais	Risco	Normais
53	13	45	50	4	28	1 simulado	26	14	43	70	44	69

CONCLUSÃO

A realização deste estágio convergiu para o desenvolvimento das competências necessárias para cuidar da mulher/casal/família na transição para a parentalidade, ao nível da gravidez, trabalho de parto e parto e pós-parto, sendo que o presente relatório é uma representação disso mesmo. Para além disso, este documento, reflete as experiências vivenciadas ao longo deste ano, evidencia as práticas desenvolvidas, o processo de estudo e o processo de investigação realizado.

Os objetivos definidos na fase inicial foram atingidos, em contexto da prática clínica, através do desenvolvimento das competências delineadas e no cumprimento do número mínimo de experiências exigidas, as quais conduzem à atribuição do título de EESMO. Como tal, ao longo do relatório, foram abordados os diferentes módulos onde consta a atuação nos domínios do cuidado de enfermagem especializado. Desta forma, pode-se atuar no sentido de proporcionar ao casal e à sua família experiências de gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto significativas e conducentes com as suas expectativas. Este relatório apresenta, para cada uma das áreas de atuação do EESMO, o desenvolvimento dos processos de enfermagem, atendendo às características e necessidades individuais de cada cliente, que envolveram a tomada de decisão.

Durante a realização do presente relatório foi possível compreender a necessidade dos EESMO basearem a sua prática nos conhecimentos inerentes à disciplina de enfermagem, baseando as suas intervenções na evidência científica mais pertinente e atual. A problematização das práticas, o desenvolvimento e produção de investigação em enfermagem são essenciais para a prestação de cuidados de qualidade em saúde. Devem refletir a preocupação dos mesmos em dar resposta às necessidades dos seus clientes de enfermagem, através de intervenções significativas para uma experiência positiva da gravidez, parto e pós-parto. A necessidade de investigação constante teve um impacto positivo na evolução dos cuidados prestados, levando, por vezes, à mudança das práticas. Assim, o presente relatório representa a descrição dos cuidados prestados ao longo de todo o estágio, o processo de investigação e reflexão sobre as práticas do EESMO no seu contexto, bem como o desenvolvimento de um processo de investigação, tendo por base uma temática relevante relacionada com a prática.

Através do processo de investigação desenvolvido sobre o tratamento do mamilo doloroso e/ou traumatizado, este relatório demonstra a necessidade de se realizarem mais

estudos, uma vez que o EESMO poderá fazer a diferença no tratamento desta situação pela diminuição da sua incidência. O tratamento de mamilos dolorosos e/ou traumatizados foi uma constante ao longo do módulo do pós-parto. A elevada ocorrência desta complicação e as suas consequências associadas ao processo de amamentação, nomeadamente na sua duração e exclusividade, marcaram o interesse pela exploração do tema. Considerando os objetivos delineados e os resultados obtidos, sublinham-se como principais conclusões, a aplicação de leite materno como a intervenção recomendada, e a prevenção, através do posicionamento e pega adequados, como o fator mais importante na diminuição da sua incidência. Com a realização desta investigação compreendemos que o EESMO tem um papel fundamental na amamentação, atuando como um agente promotor do seu sucesso.

A realização deste relatório representa o fim de um desafio académico, que permitiu adquirir e desenvolver competências no domínio do exercício profissional do EESMO, bem como reconhecer a relevância que assume desenvolver as práticas baseadas na evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmed, E., Mohamed, H., & Abu-talib, Y. (2015). Evidence Based Guideline Using to Alleviate Traumatic Nipple Among Nursing Mothers. *World Journal of Nursing Sciences*, 1(3), 35-44. Doi: 10.5829/idosi.wjns.2015.1.3.93201.

Aleman, A., Althabe F., Belizán J. & Bergel E. (2005). Bed rest during pregnancy for preventing miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(CD003576). Doi: 10.1002/14651858.CD003576.pub2.

American College of Obstetricians and Gynecologists & American Academy of Pediatrics. (2015). The apgar score: Committee opinion No. 644. *Obstet Gynecol*, 126, 52-55.

Avignon, V. (2018). Treatment of Nipple Pain in Breastfeeding Women in the Postpartum Ward of the University Hospital of Lausanne: A Best Practice Implementation Project. *Joana Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(4), 1048-1067. Doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003539.

Brown, S., Small, R., Argus, B., Davis, PG. & Krastev, A. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD002958). Doi: 10.1002/14651858.CD002958.

Campos, D. (2008). *Protocolos de Medicina materno-fetal*. Lisboa: Lidel.

Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais*. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: Da evidência à ação*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf.

Correia, M., Leonardo, A., Fatela, A., Farias, A., Silva, A., Sousa, C. & Lopes, V. (2012). *A Psicologia na Saúde da Mulher e da Criança: Intervenções, Práticas e Contextos numa Maternidade*. 1ª Ed. Lisboa: Placebo Editora.

Costa, R., Pacheco, A. & Figueiredo, B. (2012). Antecipação e Experiência Emocional de Parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 15-35.

Couto, C. & Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermeria Global*, 47, 552-563. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.252131>.

Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rousa, D. & Spong, C. (2012). *Obstetrícia de Williams*. 23ª Ed. Brasil: AMGH.

Delfino, C. (2012). *Ligação Pais/filho - Contributo para o processo de vinculação: Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica promotoras do processo de vinculação entre Pais/filho*. (Relatório de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Dennis, CL., Jackson, K., & Watson, J. (2014). Interventions for Treating Painful Nipples Among Breastfeeding Women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(CD007366). Doi: 10.1002/14651858.CD007366.pub2.

Direção Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de saúde Reprodutiva – Orientações Saúde Reprodutiva/ Planeamento Familiar*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2011). *Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2011). *Orientação n.º2/2015 de 19/01/2015 - Indução do Trabalho de Parto*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Regras para o transporte de crianças em automóvel desde a alta da maternidade, Orientação DGS n.º 001/2010. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2015). *Orientação n.º1/2015 de 19/01/2015 - Trabalho de parto estacionário*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde (2017). Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1). 24-38.

Direção Geral da Saúde. *Norma nº 018/2015 de 11/12/2015 atualizada a 14/07/2017 - Rastreio e Tratamento da Surdez com Implantes Cocleares em Idade Pediátrica*. Lisboa: DGS.

Federación de Asociaciones de Matronas de España & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2009). *Iniciativa parto normal – Documento de consenso*.

Graça, L. (2017). *Medicina Materno-fetal*. 5ª Ed. Lisboa: Lidel.

Haynes, B. (2006). Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the “5S” evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. *Evidence Based Medicine*, 11, 162-164.

Hockenberry, M., Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. Recuperado de: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>.

Kent, J., Ashton, E., Hardwick, C., Rowan, M., Chia, E., Fairclough, K., ... Geddes, D. (2015). Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 12247-12263. Doi:10.3390/ijerph121012247.

Koch, C. (2014). *Ultrapassar a perda involuntária da gravidez: um modelo de intervenção de enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Recuperado de <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>.

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta.

Maldonado, M. (2013). *Psicologia da gravidez*. Rio de Janeiro: Editora Jaguatirica Digital.

Meher, S., Abalos, E. & Carroli, G. (2005). Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD003514). D: 10.1002/14651858.CD003514.pub2.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. 1ª Ed. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Montenegro, C. & Rezende Filho, J. (2011). *Obstetrícia fundamental*. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C. & Campos, A. (2014). *Protocolos de medicina materno-fetal*. 3ª Ed. Lisboa: Lidel.

Moore, E., Bergman, N., Anderson G. & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(CD003519). Doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2006). *Routine postnatal care of women and their babies*.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). *Antenatal care for uncomplicated pregnancies*.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*.

National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2015). *Preterm labour and birth*.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2019). *Hypertension in pregnancy: diagnosis and management*.

Néné, M., Marques, R. & Batista, M. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. 1ª Ed. Lisboa: Lidel.

Niazi, A., Rahimi, V., Soheili-Far, S., Askari, N., Rahmanian-Devin, P., Sanei-Far, Z., ... Askari, V. (2018). A Systematic Review on Prevention and Treatment of Nipple Pain and Fissure: Are They Curable? *Journal of Pharmacopuncture*, 21(3), 139-150. Doi: <https://doi.org/10.3831/KPI.2018.21.017>.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Competência para a auscultação de batimentos cardíacos fetais e avaliação da altura de fundo uterina*. Parecer n.º4/ 2011.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Realização de cardiotocografia*. Parecer n.º13/2012.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Plano de parto*. Parecer n.º7.

Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. (2012). *Pelo direito ao parto normal – Uma visão partilhada*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de bolso enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/ parteiras*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República, 2.ª série (n.º 85), 3 de maio de 2019, regulamento n.º 391/2019, 13560-13565.

Organização Mundial de Saúde. (2011). *WHO recommendations for Induction of labour*.

Organização Mundial de Saúde. (2013). *WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn*.

Organização Mundial de Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*.

Organização Mundial de Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a Prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia*.

Organização Mundial de Saúde. (2014). *Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*.

Organização Mundial de Saúde. (2014). *WHO recommendations for augmentation of labour*.

Organização Mundial de Saúde. (2015). *WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections*.

Organização Mundial de Saúde. (2016). *Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV*.

Organização Mundial de Saúde. (2017). *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. 2ª Ed.

Organização Mundial de Saúde. (2017). *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>.

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>.

Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. 8ª Ed. Lisboa: McGraw Hill de Portugal.

Pereira, A., Frade, F., Niza, M., Costa, M., Andrade, N. & Miranda, S. (2008). Parto e puerpério: perspectiva multicultural em Portugal. *Percursos*, 3(7), 9-15.

Ribeiro, J., Gomes, G., Silva, B., Cardoso, L., Silva, P. & Strefling, I. (2015). Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. *Revista espaço para a saúde*, 16(3), 73-82. Doi: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2015v16n3p73>.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2019). *Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation*.

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*, 32(4), 675-683. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000400010>.

Silva, T. (2017). *Satisfação conjugal, satisfação sexual e práticas sexuais das mulheres no pós-parto*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). *Consensos de icterícia neonatal*.

Sociedade Portuguesa de Pediatria, Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil – GRISI. (2007). Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU). *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(5), 209-214.

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2013). Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congénita. Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(6), 343-347.

Sosa, C., Althabe, F., Belizán, J. & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD003581). Doi: [10.1002/14651858.CD003581.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003581.pub3).

Sousa, A. (2015). *Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em enfermagem*. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Antunes, A. (2017). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Enfermagem, Ser. II*(21), 17-26.

Vieira, F., Bachion, M., Mota, D., & Munari, D. (2013). A Systematic Review of the Interventions for Nipple Trauma in Breastfeeding Mothers. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(2), 116–125. Doi: 10.1111/jnu.12010.