



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

A Influência das Posições Verticalizadas na  
Incidência do Trauma Perineal

The Influence of Verticalized Positions in the Impact  
of Perineal Trauma

Relatório de Estágio

Joana Margarida Santos Martins

Porto, 2020



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A INFLUÊNCIA DAS POSIÇÕES  
VERTICALIZADAS NA INCIDÊNCIA DO  
TRAUMA PERINEAL

THE INFLUENCE VERTICALIZED OF POSITIONS IN  
THE IMPACT OF PERINEAL TRAUMA

Estágio profissional de natureza profissional  
orientado pela Professora Doutora Marinha  
Carneiro

Joana Margarida Santos Martins

Porto, 2019



## AGRADECIMENTOS

O fim deste trabalho representa o final de um percurso longo, duro, árduo, com momentos bons e menos bons, mas também o início de uma nova etapa muito importante para mim e para a minha vida. Por ter sido um período de longas esperas, diárias e duradouras batalhas, sofridas ausências, período de ganhos e perdas, não poderia deixar de agradecer a algumas pessoas que foram fundamentais ao longo de todo este percurso.

Agradeço, primeiramente à Professora Doutora Marinha Carneiro e à Professora Vitória Parreira pelo acompanhamento, incentivo, disponibilidade e rigor científico que foram imprescindíveis para o meu percurso, mas também por me permitirem ir mais além e me abrirem portas importantes que me permitiram concluir esta especialidade.

Aos meus pais, pelo apoio, pela presença, pela compreensão, pelo amor e pelo otimismo com que sempre me brindaram ao longo deste meu percurso académico.

Ao meu irmão, por ter sido o pilar fundamental e importantíssimo ao longo desta caminhada; por me ter acompanhado em muitos momentos áridos e por me ter permitido uma caminhada um pouco mais fácil e menos solitária.

Às enfermeiras tutoras, com quem tive o prazer de me cruzar ao longo do contexto clínico, por terem sido fundamentais na minha formação; por tudo o que me ensinaram e por me ajudarem a crescer profissionalmente, incentivando-me a ser e a fazer melhor.

Às minhas colegas de curso, pois sem elas também não teria sido possível o sucesso desta etapa. Obrigada pelo apoio, disponibilidade e carinho com que sempre me trataram.

E por fim, mas não menos importantes, aos meus amigos. Primeiro, queria agradecer a paciência, a sinceridade e a amizade, por todas as horas e dias em que não consegui estar presente; pela ausência nos jantares e nos convívios; pela pouca dedicação, mas que, mesmo assim, permaneceram firmes ao meu lado e continuaram a apoiar-me e a incentivar-me. Obrigada pelo vosso companheirismo e pela compreensão ao longo deste percurso.

Um especial obrigado a ti, Joana Alegria, pela paciência constante; pela presença essencial; pela enorme amizade e pela força que me deste. Bem como a ti, Catarina Freitas, não só pela nossa gigante amizade, mas também, pelas palavras afetuosas; pelo encorajamento e por todo o apoio.

Um grato obrigado também ao Professor Jordão, pelo tempo e disponibilidade dispensada.



## RESUMO

O objetivo deste relatório é descrever todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica ao longo do estágio profissionalizante, com base na evidência científica mais atual, nomeadamente nas práticas clínicas de gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e autocuidado pós-parto e parentalidade.

No serviço de obstetrícia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, a posição frequentemente sugerida à parturiente foi a de litotomia e verificamos um grande número de episiotomias efetuadas. Já no serviço de obstetrícia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, a posição de parto foi da escolha da parturiente e frequentemente foram adotadas posições alternativas como: “quatro apoios”, sentada no banco de partos, lateral e semi-sentada. Aqui, constatamos menos episiotomias, maiores taxas de períneos íntegros e de lacerações de grau 1 e 2. Assim, consideramos relevante investigar se existia alguma associação entre a variável posição vertical e a incidência do trauma perineal. Determinamos como trauma perineal toda a perda de integridade do períneo ou qualquer outro dano ocorrido na região genital da mulher, incluindo as lacerações e a episiotomia. As posições verticais foram definidas como todas as posições que proporcionem um ângulo superior a 45.º graus, entre o tronco e os membros inferiores, como por exemplo: de pé; de joelhos, de cócoras, sentada e de “quatro apoios”.

Para investigar esta temática realizamos uma revisão integrativa da literatura, devido à sua abordagem metodológica. A seleção dos artigos deste estudo, basearam-se nos seguintes critérios de inclusão: idioma em português e inglês; gestações de feto único; adoção de posições verticalizadas no segundo período do trabalho de parto e qualquer tipo de trauma perineal, independentemente da paridade ou da analgesia. Como critérios de exclusão consideramos: as gestações com comorbilidades associadas, partos pré-termo e apresentações pélvicas. Deste modo, selecionamos 7 estudos, dos quais temos: 3 revisões sistemáticas da literatura com meta-análise; 1 estudo prospetivo controlado quase-experimental e 3 estudos de coorte (1 observacional; 1 retrospectivo e outro prospetivo).

O principal resultado obtido foi que as posições verticalizadas reduzem a incidência do trauma perineal, relativamente às episiotomias. Já quanto às lacerações, alguns artigos referem maior preservação da integridade perineal na posição verticalizada, enquanto outros referem exatamente o oposto. Assim, consideramos pertinente a realização de mais

estudos de elevada evidência científica, de forma a demonstrar e clarificar o efeito da posição verticalizada na incidência do trauma perineal.

Palavras-chave: Trauma Perineal; Posições Verticalizadas; Segundo Período do TP;

## RESUME

The purpose of this report is to describe the entire process of acquiring and developing skills of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health throughout the professional stage, based on the most recent scientific evidence, especially in the modules: pregnancy with complications, labor and delivery and postpartum self-care and parenting.

In the obstetrics service of Hospital Dr. Nélio Mendonça, the position frequently suggested to the parturient was lithotomy and we verified many episiotomies performed. In the obstetrics service at the Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde, the delivery position was chosen by the parturient and alternative positions were often adopted, such as: “hands and knees”, sitting on the delivery bench, lateral and semi-seated. Here, fewer episiotomies and higher rates of intact perineum and lacerations grade 1 and 2 were found. It became relevant to investigate whether there was any association between the vertical position variable and the incidence of perineal trauma. Perineal trauma is considered as any loss of integrity of the perineum or any other damage occurring in the woman's genital region, including lacerations and episiotomy. Vertical positions were defined as all positions that provide an angle greater than 45 degrees between the trunk and lower limbs, such as: standing; on your knees, as well as squatting, sitting and “hands and knees”.

To investigate this theme, we conducted an integrative literature review, due to its methodological approach. The selection of articles in this study was based on the following inclusion criteria: language in Portuguese and English; single fetus pregnancies; adoption of vertical positions in the second period of labor and any type of perineal trauma (lacerations and episiotomies), regardless of parity or analgesia. As exclusion criteria we consider pregnancies with associated comorbidities, preterm births and breech presentations. Thus, we selected 7 studies: 3 systematic reviews of the literature with meta-analysis; a prospective quasi-experimental controlled study and 3 cohort studies (1 observational; 1 retrospective and 1 prospective).

The main result obtained was that the upright positions reduce the incidence of perineal trauma, regarding episiotomies. Concerning lacerations, some articles refer to greater preservation of perineal integrity in the vertical position, while others refer to the exact opposite. Thus, we consider it pertinent to carry out more studies with high scientific evidence, in order to highlight and clarify the effect of the vertical position on the incidence of perineal trauma.

Keywords: Perineal trauma; Vertical Positions; Second Period of TP;

## **ABREVIATURAS**

APDMGP – Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

APPT – Ameaça de Parto Pré-termo

BCF – Batimentos Cardíacos Fetais

CHPVVC – Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HNM – Hospital Nélcio Mendonça

HTA – Hipertensão Arterial

IG – Idade Gestacional

ITP – Indução do Trabalho de Parto

LA – Líquido Amniótico

LCR – Líquido Cefalorraquidiano

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OMS – Organização Mundial de Saúde

OASIS – Obstetric Anal Sphincter Injuries

PPT – Parto Pré-termo

REBA – Rutura Espontânea de Bolsa Amniótica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RN – Recém-Nascido

RPM – Rutura Prematura de Membranas

RPMPPT – Rutura Prematura de Membranas Pré-Termo

STB – Streptococos do Grupo B

TP – Trabalho de Parto

UNICEF – United Nations Children’s Fund



## ÍNDICE

1. Introdução .....	17
2. Aquisição de competências na prática clínica: Gravidez com Complicações .....	21
3. Aquisição de competências na prática clínica: Trabalho de Parto e Parto.....	37
3.1. Influência da adoção de posições verticalizadas na incidência do trauma perineal no segundo período do TP.....	69
3.1.1. Introdução .....	70
3.1.2 Método .....	72
3.1.3. Resultados .....	74
3.1.4. Discussão de resultados.....	84
3.1.5. Conclusão.....	86
4. Aquisição de competência na prática clínica: Autocuidado Pós-parto e Parentalidade ..	87
5. Apreciação Final.....	111
6. Referências Bibliográficas .....	115



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1:</b> Conduta na APPT com base na ultrassonografia vaginal.....	28
--	----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1:</b> Descrição das mulheres a quem prestamos cuidados na prática clínica: “Gravidez com Complicações” .....	36
<b>GRÁFICO 2:</b> Descrição dos partos realizados e assistidos na prática clínica: “Trabalho de Parto e Parto” .....	68
<b>GRÁFICO 3:</b> Descrição do trauma perineal nos partos realizados na prática clínica: “Trabalho de Parto e Parto” .....	68
<b>GRÁFICO 4:</b> Descrição das puérperas e dos RN a quem prestamos cuidados na prática clínica: “Autocuidado Pós-parto e Parentalidade” .....	107

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>TABELA 1:</b> Níveis de evidência adaptado de Cristina Galvão.....	73
---	----

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>QUADRO 1:</b> Análise dos artigos selecionados para a RIL.....	74
---	----



## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito do segundo ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica surge a realização do estágio de natureza profissional, que permitiu adquirir, desenvolver e aprofundar competências especializadas, principalmente nos domínios de intervenção relativos à gravidez com complicações, ao trabalho de parto (TP) e parto e ao puerpério.

Dada a sua natureza e conteúdo, o estágio de natureza profissional permite ao enfermeiro desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados na área específica de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento N.º 391/2019 e conforme a Lei n.º 26/2017, de 30 de maio.

Este estágio, em contexto de trabalho clínico, decorreu em dois momentos de aprendizagem: o primeiro momento no Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM), no Funchal, englobando a prática clínica “Gravidez com complicações” e “Autocuidado pós-parto e parentalidade” e, o segundo momento, no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde (CHPVVC) incluindo a prática clínica “Trabalho de Parto e Parto”. Neste sentido, este trabalho foi construído de forma a demonstrar o percurso realizado e as experiências ao longo deste estágio profissionalizante, enfatizando a concretização dos objetivos abaixo enunciados e a aquisição e o desenvolvimento das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), tendo por base a evidência científica atual.

Os objetivos estipulados no Regulamento de Estágio de natureza profissional do 2.º ano são: demonstrar competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família na gravidez com complicações, durante o TP e parto, no puerpério e ao recém-nascido (RN) saudável e de risco; analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica e operacionalizar competências de análise e síntese inerentes à elaboração do relatório final.

O EESMO rege-se por um conjunto de competências específicas que são necessárias para uma prática de cuidados de excelência e de qualidade, pelo que a busca pelo melhor conhecimento e pela procura desta excelência e qualidade dos cuidados de saúde prestados são sempre uma preocupação constante. Assim, e de forma a tomar a melhor decisão e adequar as nossas intervenções enquanto futura EESMO, devemos basear-nos no

conhecimento científico. Para que tal ocorra, necessitamos de procurar a melhor evidência científica disponível, pois só assim é possível melhorar a eficácia dos cuidados, tendo em conta as necessidades reais e existentes do casal/família e obter maiores ganhos em saúde.

Assim, o EESMO assume, no exercício da sua profissão, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, ou seja, todas aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher, bem como intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco. Isto é: todas aquelas que envolvem processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. Desta forma, atua então nas seguintes áreas de intervenção: planeamento familiar e preconcepcional; gravidez – assistência à mulher vivenciando processos de saúde/doença no período pré-natal; parto – assistência à mulher vivenciando processos de saúde/doença durante o TP e parto; puerpério – assistência à mulher vivenciando processos de saúde/doença durante o período pós-natal; climatério; ginecologia e comunidade (OE, 2019).

A importância de fundamentar as ações e as condutas de saúde na melhor evidência científica disponível destaca-se em diferentes contextos: no meio académico, no meio clínico e, ainda, na formulação de políticas públicas de diversos países (Danski, Oliveira, Pedrolo, Lind & Johann, 2017). Ribeiro (2014) refere que a investigação se encontra sempre presente, seja qual for a fase com que o profissional se depare. Quer no início dos estudos, ou numa fase mais avançada da carreira, é através desta que é possível *“identificar o estado da arte sobre um determinado tema e fundamentar a ação”* (Ribeiro, 2014, p. 672). Danski, Oliveira, Pedrolo, Lind e Johann (2017) acrescentam que o uso de evidências científicas, se constata em todas as etapas da sistematização da assistência de enfermagem, principalmente na elaboração do plano de cuidados, sendo que esta tradução da evidência científica em ações se torna imprescindível para uma prestação de cuidados com o maior nível de qualidade.

Depreende-se, então, que o EESMO, ao longo de todo o seu percurso, utiliza a evidência científica com o intuito de comprovar a efetividade das suas intervenções e fundamentar a sua tomada de decisão, pelo que a sua atuação se baseia na prática baseada na evidência, que é definida, de acordo com Danski et al. (2017, p. 1), como *“o uso criterioso de resultados de pesquisas nos processos de trabalho”*.

A maioria das mulheres, ao longo do TP normal, sofre algum tipo de trauma perineal, ou seja, a perda da integridade do períneo ou qualquer outro dano ocorrido na região genital e que pode surgir espontaneamente (lacerações perineais) ou através de procedimento cirúrgico (episiotomia) (East et al. citado por Botelho, 2017). Assim, e tendo

em conta, as consequências inerentes e que podem advir do trauma perineal, determinamos aprofundar esta temática. Verificamos, também, em contexto clínico, que a posição adotada pela mulher, no segundo período do TP, originava resultados diferentes quanto ao trauma perineal. Assim, decidimos eleger como estudo de investigação a influência das posições verticalizadas na incidência do trauma perineal.

A prática baseada na evidência implica a revisão da investigação, sendo que esta pode ser realizada de diferentes formas.

Arksey e O'Malley citado por Ribeiro (2014) refere que existem diversas terminologias para as revisões, nomeadamente: a revisão sistemática; a meta análise; a revisão de literatura; a revisão narrativa, entre outros.

Para a investigação ser realizada, definimos efetuar uma revisão integrativa da literatura (RIL) acerca desta problemática, de modo a entender se existe evidência científica que permita verificar/confirmar se a adoção de posições verticalizadas pela parturiente, durante o segundo período do TP, influencia a incidência do trauma perineal.

Relativamente à estrutura do trabalho e para uma melhor organização e compreensão, dividimos o trabalho em três capítulos, tendo em conta os diferentes contextos do estágio. Assim, em primeiro lugar abordamos a aquisição de competências na “gravidez com complicações”, posteriormente a aquisição de competências no “TP e parto” e por último a aquisição de competências no “autocuidado pós-parto e parentalidade”. A RIL sobre a influência das posições verticalizadas na incidência do trauma perineal é integrada no capítulo de aquisição de competências do TP e parto.

De forma a suportar todo o conhecimento adquirido ao longo deste percurso e a aquisição de competências obtidas, este relatório fundamenta-se na prática baseada na evidência, apoiada por pesquisas bibliográficas realizadas na EBSCOhost Web. Privilegiámos as seguintes bases de dados: “Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and behavioral Sciences Collection, Regional Business News e SPORTDiscus with Full Text” e a “Scielo”.



## **2. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA: GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES**

A aquisição de competências na prática clínica: “gravidez com complicações” foi realizada no serviço de obstetrícia do HNM, no Funchal. Este serviço está dividido em três áreas: o internamento de grávidas (com três enfermarias, cada uma com três camas), a indução do trabalho de parto (ITP) (uma enfermaria também constituída por três camas) e a sala de partos (que contém seis enfermarias individuais). Existe ainda o serviço de admissão que funciona como serviço de urgência obstétrica e ginecológica. Esta prática clínica foi realizada no internamento de grávidas, de modo a desenvolvermos e adquirirmos um conjunto de competências específicas e necessárias à implementação de cuidados especializados à mulher grávida com patologia associada.

A gravidez é considerada como o período que se situa entre a concepção e o parto, durante o qual o produto de concepção se encontra em constante evolução, uma vez que um novo ser cresce e se desenvolve dentro do organismo materno. É um estado considerado normal uma vez que é um processo fisiológico e natural da mulher (Franco, 2016).

O EESMO, tendo em conta que é o profissional de saúde especializado, assume a responsabilidade de prestar assistência à mulher na vivência dos processos de saúde/doença durante o período pré-natal. Desta forma, é da sua competência informar, aconselhar, verificar e vigiar corretamente a gravidez normal, potenciando a saúde da mulher, bem como detetar e tratar precocemente fatores de risco associados à gravidez, promovendo o bem-estar materno e fetal (OE, 2019).

O período pré-natal torna-se uma oportunidade única para o EESMO influenciar a saúde da família, por ser uma fase de preparação física e psicológica, quer para o nascimento quer para a parentalidade, bem como da transição da mulher para se tornar mãe. Considerando esta como uma das etapas de maturação da vida adulta, representa-se, por este motivo, como um período de intensas aprendizagens, pelo que as gestantes procuram, essencialmente, orientação e cuidados de vigilância (Corbett, 2008).

A finalidade dos cuidados no período pré-natal é assegurar uma gravidez saudável, fisicamente segura e emocionalmente satisfatória para todos os envolvidos, pelo que é da máxima importância, para a concretização deste objetivo, a supervisão, a vigilância e o

acompanhamento de toda a gravidez, pois as intervenções de enfermagem relativamente à promoção de saúde podem beneficiar, durante muitos anos, o bem-estar da mulher, da criança e da família (Corbett, 2008; Lowdermilk, 2008).

Ao longo da gravidez o organismo materno vai suportando uma série de modificações físicas e psicológicas, que essencialmente servem para a adaptação ao seu novo estado gravídico, mas também, para assegurar ao feto, de forma eficiente, a nutrição necessária ao seu processo de desenvolvimento (Franco, 2016; Silva, 2010). No entanto, estas adaptações maternas, são estranhas e muitas vezes novidade, pelo que se torna importante ajudar as gestantes a perceber a relação entre a sua condição física e o plano de cuidados a implementar, apoiando a sua tomada de decisão e encorajando-a a participar ativamente nos cuidados (Lowdermilk, 2008).

Segundo Franco (2016), estas modificações e alterações fisiológicas, por vezes, podem ultrapassar a capacidade funcional de alguns órgãos maternos, podendo agravar-se por doenças existentes antes da gravidez, como por exemplo: doenças metabólicas, insuficiência cardíaca, renal e asma. Deste modo, torna-se fundamental e imprescindível, ter o conhecimento minucioso dos ajustamentos fisiológicos que ocorrem ao longo da gestação, que podem assemelhar-se a sinais e sintomas de algumas doenças. O EESMO deve estar apetrechado de saberes que lhe permitem identificar e distinguir, na prática, o que é normal do que é patológico, sendo da sua responsabilidade mobilizar competências e conhecimentos que permitam um acompanhamento individualizado e adequado às necessidades diagnosticadas em cada caso, principalmente se a gravidez apresentar alguma complicação (Graça, 2010; Silva, 2010).

Segundo Órfão (2016, p. 109), uma *“gravidez de baixo risco é aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica do risco pré-natal baseada na tabela de Goodwin modificada, nenhum fator acrescido de aborto espontâneo, parto pré-termo, morte fetal e aumento da morbilidade materna e/ou neonatal”*. Lowdermilk (2008, p. 682), por outro lado, define uma gravidez de risco como *“aquela em que a saúde ou a vida da mãe ou do feto estão em perigo por patologia concomitante ou exclusivamente devido à gravidez”*. Este afirma ainda que a situação de risco materno se prolonga por 30 dias após o parto, resolvendo-se habitualmente ao longo deste período, porém, a morbilidade perinatal pode persistir durante meses ou anos. Neste sentido, a gravidez é designada de alto risco desde que, independentemente da causa, possa resultar dela efeitos indesejáveis ao longo deste processo, constituindo assim um problema crítico dos cuidados de enfermagem da atualidade.

Nos Estados Unidos da América, dos cerca de 4 milhões de partos que se realizam por ano, 500 mil são considerados como alto risco, devido a complicações maternas ou fetais (Lowdermilk, 2008). O EESMO, tendo como principal objetivo maximizar a saúde da mulher durante a gestação, procura detetar e identificar, precocemente, eventuais desvios da normalidade, para que, juntamente com uma adequada e oportuna intervenção, sejam permitidos o tratamento ou a referência dos riscos ou complicações, evitando-se a morbilidade e a mortalidade materna-fetal.

Os cuidados de saúde no período pré-natal tornam-se fulcrais, na medida que permitem diagnosticar e tratar complicações que surjam relativos à saúde da grávida, sejam estas preexistentes, ou desenvolvidas durante a gravidez. Possibilitam, ainda, a monitorização do crescimento e do desenvolvimento do feto e a identificação de anomalias que possam interferir com o decorrer normal do TP. Nos casos em que se identifique fatores de risco, dever-se-á prevenir, detetar e tratar as complicações materno-fetais que daí advenham (Corbett, 2008; Machado 2010).

Atualmente, é utilizada uma abordagem mais ampla da gravidez de alto risco, em que se agrupa os fatores de risco com base nas ameaças à saúde e ao desfecho da gravidez. Assim, surgem quatro categorias de risco: as biofísicas – que incluem fatores tanto da mãe como do feto e que afetam o desenvolvimento ou a função de um ou de ambos; as psicossociais – que se relacionam com comportamentos e estilos de vida adversos com efeitos negativos na saúde da mulher e do feto; as sociodemográficas – que têm origem na mãe e na sua família, de que são exemplo: o baixo rendimento e a falta de cuidados pré-natais; e as ambientais – que compreendem os perigos laborais e o meio ambiente em que a mulher se encontra envolvida (Lowdermilk, 2008).

A gravidez, embora seja um fenómeno natural, não está isenta de problemas, pelo que, por vezes, na presença de complicações, a maioria das grávidas é acompanhada em regime de ambulatório, através de consultas médicas e de enfermagem especializadas na unidade de consulta externa. Contudo, e dependendo da causa destas complicações, pode ser necessário recorrer ao internamento. Foi nesse contexto que atuamos no decorrer da prática clínica. Foi-nos possível prestar cuidados de enfermagem a diversas grávidas, que, devido à presença de complicações, foram internadas no serviço de obstetrícia. Todas estas mulheres são admitidas no serviço de urgência, onde é realizada a triagem. Este procedimento consiste na colheita de dados, na avaliação dos sinais vitais e na avaliação do bem-estar materno-fetal através da monitorização de cardiocotografia (CTG). Em seguida, a gestante foi observada pelo médico obstetra, que realizou exame ginecológico e/ou ecografia obstétrica, sendo posteriormente internada no serviço.

No momento do acolhimento destas mulheres, procedemos à apresentação (estudante da especialidade em enfermagem de saúde materna e obstétrica), e pedimos a sua autorização para o seguimento e a prestação de cuidados. De seguida, e à medida que acompanhámos a grávida para a respetiva enfermaria, todo o funcionamento do serviço foi apresentado. Contudo, algumas destas mulheres, principalmente as com gestação de termo, já conheciam as instalações, uma vez que lhes foi disponibilizado, à 35.ª semana de gestação, uma visita à unidade.

Quando a gestante já se encontrava instalada, de forma a realizar uma recolha de dados mais aprofundada, estabelecemos uma relação de confiança com a mesma e questionámo-la sobre o desenvolvimento da sua gravidez. Posteriormente, observámos o processo clínico, nomeadamente: o boletim de grávida, as análises clínicas e, os exames e as ecografias realizadas ao longo da gravidez. Os dados, foram cruzados de modo a obtermos o máximo de informação sobre aquela mulher e a sua gravidez. A todas estas gestantes, definimos como diagnóstico principal: “gravidez comprometida”.

As patologias encontradas ao longo do contexto clínico foram: grávidas com hipertensão arterial (HTA), pré-eclampsia, diabetes gestacional, placenta prévia, oligoâmnios, rutura prematura de membranas (RPM), pielonefrite, ameaça de parto pré-termo (APPT), abortamento do primeiro trimestre e gravidez ectópica. É de salientar que tanto os diagnósticos como as intervenções foram adequados às situações apresentadas e de acordo com cada gestante e, porque cada patologia apresentava as suas especificidades, adotamos cuidados diferentes e especializados.

Outro aspeto importante a referir é que realizámos, a todas as grávidas, a vigilância e avaliação materno-fetal, durante pelo menos vinte minutos. Designa-se por CTG tranquilizador, quando o traçado apresenta as seguintes características: frequência cardíaca fetal (FCF) normal (110-160bpm); presença de pelo menos duas acelerações e variabilidade a longo prazo com amplitude de dez ou mais batimentos por minuto (Lowdermilk, 2008).

De acordo com o protocolo da instituição e da prescrição médica, a monitorização pela CTG foi executada uma vez por turno, ou seja, duas vezes ao dia, quando o traçado se apresentava tranquilizador. Em caso de um traçado não tranquilizador (falha de um ou mais critérios da normalidade), monitorizaríamos três vezes ao dia, ou de forma contínua, de acordo com a prescrição médica (tal situação não ocorreu em contexto clínico). Além desta avaliação, foram auscultados os batimentos cardíacos fetais (BCF), através de doppler ou do estetoscópio fetal de Pinard, no turno da tarde e nas grávidas em ITP de uma em uma hora. Estas intervenções foram transversais a todas as grávidas internadas no serviço. Questionámos ainda a contratilidade uterina sentida pelas grávidas, perguntando

determinados sinais e sintomas como por exemplo: contrações uterinas, dores abdominais, lombares ou sensação de peso hipogástrico contínuo. Em caso de manifestação destes sinais e sintomas, realizámos novamente a CTG.

Relativamente às mulheres que cuidámos com diferentes patologias, decidimos abordar as situações de APPT, e o abortamento no primeiro trimestre, uma vez que foram os diagnósticos com maior ocorrência no serviço.

De acordo com Magro, Guerreiro e Fidalgo (2016, p.211), a APPT é definida pelo *“aparecimento de contratilidade uterina regular, produzindo alterações no colo uterino antes da 37ª semana de gestação, nomeadamente afunilamento, apagamento e dilatação do colo”*. Por outro lado, Graça (2010, p.426) refere a *“existência, antes da 37ª semana de gestação, de contrações uterinas frequentes, regulares, dolorosas, com o segmento inferior uterino distendido, mas sem apagamento ou dilatação do colo”*. Já para Montenegro e Filho (2014, p. 579), a APPT é um quadro clínico que engloba *“casos sintomáticos e se caracteriza por contrações uterinas rítmicas e dolorosas com frequência de 1 a 2/10min, persistindo no mínimo por 1h, estando a paciente em repouso.”*

A causa do parto pré-termo (PPT) ainda é desconhecida, sendo que em muitos dos casos, é incerto, se resulta do início espontâneo do processo normal do TP, ou se, por outro lado, é consequência de um determinado mecanismo etiológico. Embora seja difícil identificar as causas do PPT, é consensual que a principal etiologia tem origem em patologia materna, o que aumenta os riscos tanto para a mãe como para o feto. Cerca de 20 a 30% dos casos é impossível identificar a causa concreta do início precoce da contratilidade uterina e da dilatação do colo uterino. Contudo, existem três teorias que tentam explicar o início precoce do PPT que passam pela brusca diminuição dos níveis de progesterona, pelo aumento da atividade da ocitocina e pela ativação prematura dos mecanismos deciduais (Graça, 2010).

Segundo Magro et al. (2016) a diferença entre APPT e o PPT é ténue e, por vezes, torna-se muito difícil de determinar o seu diagnóstico, o que repetidamente conduz a intervenções desnecessárias. No entanto, existem três fatores que contribuem para diagnosticar a APPT, sendo estes:

- ✓ Identificação de grávidas de risco – através da verificação da história clínica da grávida, averiguando principalmente a existência de PPT anterior, que de acordo com Montenegro e Filho (2014) é um fator de risco determinante na sua ocorrência, existindo um risco de 20% de recorrência e com aumento proporcional ao número de PPT anteriores;

- ✓ Verificação de sinais premonitórios, como: dor abdominal, dor e pressão pélvica, lombalgias, alterações do fluxo vaginal, contrações uterinas dolorosas ou não;
- ✓ Diagnosticar PPT em curso.

No contexto da prática clínica, a maioria das gestantes diagnosticadas com APPT, recorreram ao serviço de urgência devido a RPM. Graça (2010) distingue dois tipos de RPM: aquela que ocorre depois da 37.<sup>a</sup> semana de gestação, mas antes do início do TP, e a que ocorre antes das 37 semanas e se designa por RPM pré-termo (RPMPT). Esta última, é responsável por cerca de 1/3 dos PPT, sendo uma causa de morbidade e mortalidade perinatal significativa. Lowdermilk (2008) complementa que a RPMPT, frequentemente, é precedida de uma infecção, embora a causa para que esta ocorra seja desconhecida. Conquanto, estas gestantes apresentaram também outros sinais, associados ou não à presença de RPMPT, como a contratilidade uterina e a observação de encurtamento do colo uterino (verificado através da ultrassonografia transvaginal).

Como já referido, a RPM é uma das causas identificadas para a APPT e PPT, sendo a responsável por 1/3 dos PPT. Contudo, existem outras causas conhecidas como: a infecção extrauterina (principalmente as infecções urinárias que são responsáveis por 5 a 10% dos PPT); anomalias da placenta, do útero e da continência do colo uterino; patologia do feto (malformações do tubo neural e doenças metabólicas); hiperdistensão uterina (gravidez gemelar ou hidrâmnios); contratilidade uterina frequente e outras causas associadas a fatores maternos. Referimo-nos às infecções graves, hábitos não saudáveis, trabalho físico excessivo ou que exija longos períodos de pé, sem esquecer os fatores obstétricos, como antecedentes de PPT anterior (Graça, 2010; Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016).

Relativamente às anomalias da continência do colo uterino, foi-nos possível, ao longo do contexto prático, prestar cuidados a uma grávida, com 18 semanas de gestação, que entrou no serviço para ser submetida a uma técnica designada por cerclagem, por suspeita de incompetência cervical, uma vez que tinha antecedentes de PPT anterior com 26 semanas de gestação.

A cerclagem, apesar de ter sido uma situação única que ocorreu em contexto prático, consideramos importante abordar esta temática. De acordo com Manzoor et al (2019), a incompetência cervical, quer seja congénita ou adquirida, é uma causa tratável, sendo a sua incidência de 1 a 2% das gravidezes. É definida, segundo Manzoor et al (2019, p. 846), como *“a incapacidade de suportar uma gravidez intrauterina devido a um defeito estrutural ou funcional do colo do útero”*, que pode ser inerente ou adquirida através de traumatismo cirúrgico ou obstétrico. Geralmente, a sintomatologia apresentada na RPM, surge mais

frequentemente após a 16.<sup>a</sup> semana de gestação. A cerclagem cervical surgiu como pilar para o tratamento desta complicação, e deverá ser realizada entre a 12.<sup>a</sup> e a 14.<sup>a</sup> semana de gestação, sendo retirada posteriormente na 37.<sup>a</sup> ou 38.<sup>a</sup> semana de gravidez (Magro et al., 2016; Manzoor et al., 2019). Esta técnica representa uma taxa de sucesso de 70 a 80% dos casos, contudo este depende do grau de dilatação cervical, do comprimento do colo uterino, do prolapso das membranas e da idade gestacional (IG) no momento da intervenção (Manzoor et al, 2019; Tufail, Bano, Asif & Asif 2019).

A grávida não apresentou RPM, no entanto, foi identificado um ligeiro encurtamento do colo uterino. As intervenções neste caso passaram por escuta ativa, espaço para esclarecimento de dúvidas e repouso total no leito, pelo que até o banho foi dado no leito. Todavia, não foi possível acompanhar esta situação particular, uma vez que a gestante teve alta clínica após três dias, com atestado médico e orientada para repouso.

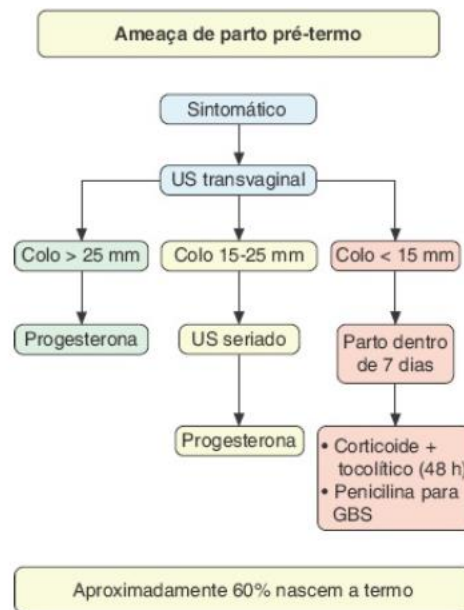
O diagnóstico de PPT dependerá da identificação de algum sinal indicador que surja na grávida e da presença anterior de PPT. Para Montenegro e Filho (2014), existem três grandes marcadores de PPT: vaginose bacteriana (rastreada na 16.<sup>a</sup> semana de gestação, através do método GRAM, com o objetivo de diagnosticar casos clínicos assintomáticos), ultrassonografia do colo uterino e fibronectina fetal. Por outro lado, Magro et al. (2016) referem quatro aspetos fundamentais na deteção de PPT, que são: exame pélvico, que permitirá a avaliação de modificações a nível das características do colo uterino; observação com espéculo, de forma a avaliar o tipo de fluxo vaginal; teste de fibronectina fetal e ainda ecografia transvaginal do colo uterino (Magro et al., 2016).

A fibronectina fetal é uma glicoproteína, que na presença de disrupção coriodecidual, surge na secreção cervicovaginal, que por norma, não se encontra presente na secreção vaginal entre a 24.<sup>a</sup> semana e o termo da gestação. Contudo, no rastreio efetuado entre a 24.<sup>a</sup> e a 26.<sup>a</sup> semana de gestação, 3 a 4% das gestantes com fibronectina fetal positiva (valor superior ou iguais a 50 ng/ml) apresentam risco elevado de PPT. Por esta razão, é considerado o marcador bioquímico mais importante na identificação do diagnóstico de PPT (Montenegro & Filho, 2014). Embora seja visto como uma mais-valia na identificação de APPT/PPT, este teste não foi realizado neste serviço, por se encontrar em rutura.

Com a aproximação do parto, o colo uterino sofre modificações como encurtamento, amolecimento, centralização e dilatação, sendo que estas podem ser constatadas através da ultrassonografia transvaginal do colo do útero. Esta torna-se assim, outro marcador muito útil para a predição de PPT, principalmente em gestantes sintomáticas com APPT e em gestantes assintomáticas. Neste último caso, a deteção de um comprimento do colo

uterino inferior a 20mm, entre a 20.<sup>a</sup> e a 24.<sup>a</sup> semana de gestação, predeline um risco aumentado de PPT. (Montenegro & Filho, 2014).

Através do comprimento do colo uterino é possível obter alguns dados. Uma apresentação de colo uterino inferior a 15mm, está associada muitas vezes, ao início do TP no decorrer de uma semana, enquanto que uma apresentação de colo uterino superior a 25mm, assegura, normalmente, um parto de termo (Montenegro & Filho, 2014). Na figura abaixo, encontra-se a conduta na APPT, tendo por base a ultrassonografia vaginal.



**Figura 1** – Conduta na APPT com base na ultrassonografia vaginal (Novaes citado por Montenegro & Filho, 2014, p. 581)

No contexto clínico, os médicos obstetras seguiam um procedimento muito semelhante ao demonstrado na figura supracitada. Nas gestantes que apresentaram um colo uterino superior a 25mm, foi prescrita a progesterona, geralmente em forma de óvulos para administração por via vaginal, sendo a sua aplicação concretizada no domicílio, uma vez que estas mulheres tinham alta clínica. A progesterona é utilizada, uma vez que, de acordo com Amorim, Silva e Rosado (2015, p. 14), “*exerce um importante papel na prevenção do parto prematuro pela manutenção da quiescência uterina na segunda metade da gestação*”.

Nas gestantes que apresentaram colo uterino inferior a 15mm, administrámos tocolíticos e corticóides. De acordo com Graça (2010) e Magro et al. (2016), a terapêutica tocolítica está indicada na gravidez entre a 24.<sup>a</sup> e a 34.<sup>a</sup> semana de gestação, na presença de contratilidade uterina regular, rítmica e dolorosa com alterações cervicais, pelo seu efeito inibidor das contrações uterinas. Esta situação foi colocada em prática numa

gestante, a quem prestámos cuidados, e se encontrava com uma IG de 32 semanas de gestação. O tocolítico preferencial nesta situação foi a indometacina 100mg (uma vez/dia por três dias seguidos), pelo facto de a grávida apresentar hidrâmnios. Segundo Júnior, Patrício e Félix (2013, p. 325), *“em casos de polidramnia a indometacina parece ser mais eficaz que a nifedipina”*, isto porque um dos efeitos secundários referidos desta medicação é o oligodrâmnios. Contudo, esta medicação deve ser utilizada cuidadosamente, pois o fechamento precoce do ducto arterial do RN, é outro efeito secundário referido pelo mesmo autor.

Também tivemos gestantes que apresentaram encurtamento do colo uterino entre 15mm e 25mm, que segundo Montenegro e Filho (2014), as gestantes que possuem este comprimento, merecem uma vigilância atenta através de ultrassonografia. Assim, as grávidas às quais prestámos cuidados e que apresentaram estes valores, foram realizadas semanalmente ultrassonografia vaginal, para observação de existência ou não de progressão nas modificações encontradas a nível do colo uterino.

A prescrição de tocolíticos tem como principal objetivo completar o ciclo de corticosteroides, que por sua vez tem como intuito a maturação pulmonar fetal. A sua utilização está indicada entre a 24.<sup>a</sup> e a 34.<sup>a</sup> semana de gestação, em situação de APPT, de TP de PPT ou RPM. (Graça, 2010; Magro et al., 2016). Na figura 1, a corticoterapia está indicada apenas nas gestantes que apresentam um colo uterino inferior a 15mm, contudo, no contexto prático, a corticoterapia foi realizada também nas gestantes que apresentaram colo uterino entre 15mm a 25mm. A maturação pulmonar fetal, segundo Magro et al. (2016), pode ser efetuada através de dois princípios ativos: a Betametasona 12mg – duas doses, com intervalo de 24 horas ou a Dexametasona 6mg – quatro doses, com intervalo de 12 horas. De acordo com o protocolo instituído no serviço, o corticoide de eleição foi a dexametasona 6mg, administrada por via intramuscular, de 12 em 12 horas até completar as quatro doses.

No momento da administração do corticoide explicámos à grávida os efeitos terapêuticos desta medicação (desenvolvimento pulmonar do feto, diminuição da incidência da síndrome de dificuldade respiratória, da hemorragia intraventricular e da mortalidade neonatal) (Graça, 2010) e os seus efeitos secundários, nomeadamente: cefaleias, insónias, hiperglicemia, euforia, fraqueza muscular e alterações do ritmo cardíaco (Infarmed, 2019).

Outra intervenção muito frequentemente utilizada, nos casos de APPT, em contexto clínico, foi o repouso no leito, pelo que todas as grávidas com este diagnóstico ficaram com esta orientação, que se caracterizou pela restrição de atividade, ou seja, permaneciam em

repouso no leito a maior parte do tempo, deslocando-se apenas até à casa de banho de cadeira de rodas. Com a prescrição desta intervenção, as gestantes sentiam-se desconfortáveis e tristes por terem de experienciar aquele momento da gravidez em repouso praticamente total, e, dependendo da situação, em internamento. Contudo, estes sentimentos desvaneciam-se pelo facto de sentirem que, de alguma forma, estavam a fazê-lo para ajudar o seu filho. Para estas mulheres, também providenciámos escuta ativa e expressão de sentimentos e orientámos para a mobilização dos membros inferiores.

Graça (2010) refere que esta intervenção é muitas vezes prescrita na APPT, uma vez que, quando realizada em decúbito lateral, permite diminuir a frequência e a intensidade das contrações uterinas, melhorar o fluxo uteroplacentário e aliviar a pressão da apresentação sobre o colo uterino. Mas também menciona que a sua eficácia não está demonstrada, pelo que não se deve constituir uma componente padrão da prevenção ou tratamento do PPT. Assim, e de forma a conseguir sustentar ou refutar esta intervenção, realizamos uma pesquisa baseada na evidência científica atual acerca desta temática.

Reunimos alguns artigos que abordaram a restrição de atividade na APPT/PPT. Levin et al. (2017), no seu estudo, referem esta intervenção como comum. Todavia, os autores mencionam estudos escassos relacionados com o tema, acrescentando, ainda, que os trabalhos que existem não comprovam exatamente o seu benefício. Inversamente, existem sim, estudos que documentam os efeitos nocivos, relacionados com a restrição de atividade, tanto para a mãe, como para o feto e a família. De acordo com estes autores, da amostra total (1086 mulheres), 177 mulheres tiveram PPT, sendo que a 37,1% destas, foi recomendada a restrição de atividade, contrariamente a 14,3% que não adotaram este padrão. Este estudo concluiu que a restrição de atividade não diminuiu o risco de PPT, mas sim aumentou-o, substancialmente, nas grávidas colocadas nesse regime de restrição.

Outro estudo realizado por Wagner et al (2017) na Alemanha, incluiu um total de 110 grávidas com gestações unifetais, entre a 24.<sup>a</sup> e a 34.<sup>a</sup> semana de gestação, com diagnóstico de TP pré-termo e comprimento cervical inferior a 15mm. Este grupo foi subdividido em dois, tendo cada um deles 55 grávidas. Apenas a um dos dois grupos foi recomendado o repouso no leito. Os autores chegaram à conclusão de que os protocolos de tratamento atuais, baseados em internamento de curto prazo e tocólise, com progesterona vaginal para manutenção, são mais eficazes que os protocolos que incluem internamentos prolongados, beta-miméticos, antibioterapia e repouso no leito.

Zemet et al (2018), referem que aproximadamente 95% dos obstetras recomendam a prática de repouso e que 18% das gestantes nos Estados Unidos da América será colocada em repouso no leito em algum momento da sua gravidez. No seu trabalho, menciona que o

repouso é recomendado em diversas complicações, com o objetivo de prolongar a gravidez. Esta intervenção é justificada com base na hipótese de que, o trabalho árduo e a atividade física extenuante, durante a gravidez, poderão estar associados ao PPT. Assim, o repouso no leito permitiria reduzir a atividade uterina. O mesmo autor incluiu no seu estudo uma revisão da Cochrane, com base numa amostra de 1266 mulheres. Este grupo foi dividido em dois grupos, sendo que num foi aplicada a intervenção “repouso no leito”, enquanto, no outro, não foi dada qualquer orientação nesse sentido. Os dados revelaram que, os resultados foram semelhantes, em ambos os grupos, relativamente ao PPT.

A avaliação quantitativa da atividade física, para Zemet et al. (2018), é importante, pelo que, decidiram realizar um estudo com uma amostra de 49 gestantes, com elevado risco de PPT, entre a 24.<sup>a</sup> e a 32.<sup>a</sup> semana de gestação. Utilizaram um dispositivo eletrónico portátil e um rastreador de atividade de banda inteligente que permitia contabilizar toda a atividade que a grávida executava. Não foram dadas nenhuma recomendações específicas relativamente ao nível ou intensidade da atividade física. Todas as grávidas, incluídas neste estudo, encontravam-se no domicílio, com atestado médico. Os resultados apresentaram uma taxa de 75,5% de PPT da amostra total (valor considerado alto) e uma média de passos por dia, significativamente, mais baixa nas gestantes que tiveram PPT, em comparação com as grávidas que tiveram parto de termo. A conclusão a que chegaram foi que não existia eficácia na diminuição da atividade física para a prevenção de PPT em gestantes de alto risco. Contrariamente, admitem que existe um potencial efeito negativo nesta prática, uma vez que além de não resultar no prolongamento da gravidez, está associada a um aumento do risco de PPT e desfecho neonatal adverso.

Constatamos, com base nos artigos supracitados, que a intervenção relativa à restrição de atividade, nomeadamente, o repouso no leito, não contribui significativamente para a prevenção de APPT/PPT, todavia continua a ser uma das intervenções mais prescritas atualmente. Assim, e como realizámos uma pesquisa baseada em evidência científica, efetuamos uma apresentação com os artigos selecionados e os principais resultados dos mesmos para os enfermeiros do serviço, partilhando a informação obtida. Foi-nos possível compreender também que, os riscos associados a esta intervenção são superiores, comparativamente aos seus benefícios, tal como Sprague, O’Brien, Newburn-Cook, Heaman e Nimrod (2008) referem, nomeadamente: tromboembolismo venoso, a perda ou diminuição do tônus muscular, a perda da força e da coordenação nos membros inferiores e o impacto psicológico e socioeconómico, como a ansiedade, a depressão e o isolamento social. Para diminuir o impacto destes riscos, todas as mulheres que se

encontravam em repouso, foram encaminhadas para o enfermeiro de reabilitação, que vinha à unidade em dias estipulados para trabalhar com estas gestantes no leito.

No contexto prático, as gestantes com o diagnóstico de APPT que apresentaram ausência de RPMPT; estabilidade do quadro de contratilidade uterina e encurtamento do colo uterino superior a 15mm, tiveram alta clínica. No momento da alta, foi transmitida a cada uma, informação acerca dos cuidados a ter, e instruímo-las sobre sinais e sintomas de alerta para regresso ao serviço de urgência, como por exemplo: a presença de contratilidade uterina dolorosa e regular e/ou perda de LA. Este é um aspeto fundamental na atuação do EESMO, uma vez que permite dotar a grávida de conhecimentos que facilitam a identificação de sinais e sintomas do TP e de situações anómalas a este processo. Esta atuação permitirá uma prestação de cuidados rápida, precisa e especializada (Magro et al., 2016). Também nesse momento, informámos sobre a toma correta da medicação prescrita, nomeadamente a progesterona (frequentemente prescrita para realizarem no domicílio), e orientámos para as consultas seguintes (semanalmente dirigiam-se ao serviço de urgência para realização de ultrassonografia transvaginal).

As grávidas que apresentaram APPT mostraram muitas vezes sentimentos como: o medo e a ansiedade, pelo facto de a gravidez não estar a decorrer dentro da normalidade e, conseqüentemente, com o impacto desta situação na idealização relativamente ao seu processo de gravidez e ao momento de parto. Assim, a principal intervenção, face a este diagnóstico, foi sobretudo de escuta ativa e de esclarecimento de dúvidas. Estas preocupações incidiam sobre o momento do parto e o bem-estar do feto/recém-nascido: “o que aconteceria se o parto se desencadeasse naquela IG”? e muitas vezes acerca de “como decorreria a amamentação, pelo facto do feto/recém-nascido ser pequeno e existir a necessidade de internamento na unidade de cuidados neonatais”?

Tal como já foi visto anteriormente, a maioria das gestantes apresentaram RPMPT, pelo que fez parte das nossas intervenções a observação das características do líquido amniótico (LA) (quantidade, cheiro e cor), a vigilância do bem-estar materno e fetal através da CTG, o incentivo de ingestão hídrica e o repouso relativo ou absoluto (dependendo da orientação médica).

Um facto inevitável da gravidez, é a formulação de expetativas e o desenvolvimento de sentimentos por parte da mulher/casal relativamente à mesma. E, se uma gravidez com evolução normal e saudável envolve exigência, adaptações e mudanças, uma gravidez com complicações implica uma experiência ainda mais complexa (Maldonado citado por Ramos, 2014). Neste caso particular, muitas vezes, estas expetativas podem ser defraudadas pelas situações anómalas que surgem no decorrer do processo, o que despoleta, habitualmente,

ansiedade e medos, que podem comprometer ainda mais a vivência da gravidez. É de salientar, ainda, que muitas das grávidas internadas frequentavam as aulas de intervenção em grupo de preparação para o parto e adaptação para a parentalidade, porém, pelo facto de estarem internadas, não lhes foi possível assistir às mesmas.

Considerando não só a ansiedade, mas também o medo criado em todas as etapas envolventes ao processo da gravidez com complicação, e ao internamento, decidimos realizar uma sessão de esclarecimento, pela necessidade que sentimos em esclarecer as dúvidas, colocadas pelas grávidas. Realizamos uma sessão que se concretizou no turno da tarde, pelo facto de existir maior tempo disponível para a realização da mesma não só por parte da equipa profissional, mas também pelas gestantes, e que teve como público-alvo duas grávidas com diagnóstico de APPT com IG de 31 semanas e 3 dias e 33 semanas e 4 dias.

A maior dúvida colocada foi relacionada com a amamentação, pelo que a sessão envolveu os seguintes tópicos: as vantagens da amamentação, a transição do leite materno, a pega correta e as posições de amamentação. Abordámos também, porque considerámos importante, o desenvolvimento fetal, particularmente nas idades gestacionais supracitadas.

Outro tema exposto foi o PPT, por ser uma possibilidade realística de ocorrer e que se relacionava muito com o medo e ansiedade sentida pelas gestantes. Informámos sobre o internamento do RN na unidade de cuidados neonatais e das maiores dificuldades apresentadas por estes devido à imaturidade. Assim, foi importante também relacionar a amamentação a este tópico, vincando os benefícios do leite materno nos RN prematuros e que procedimentos deveriam realizar para fornecer o seu leite ao filho. Neste sentido, orientámos as mulheres para extraírem o leite materno para que pudessem fornecê-lo ao RN, mesmo este estando internado na unidade de cuidados neonatais. No final da sessão, as mulheres colocaram dúvidas relativamente a outros aspetos relacionados com os cuidados ao RN como: o banho, a limpeza do cordão umbilical e o uso de chupetas.

Consideramos que esta sessão de esclarecimento foi uma mais-valia para as gestantes, porque permitiu um espaço único e próprio, em que a atenção estava somente voltada para as mesmas e para as suas dúvidas.

Outro foco da nossa atenção foi o “abortamento espontâneo de primeiro semestre”. De acordo com Ambusaidi e Zutshi (2015, p. 535), o abortamento é definido como *“uma gravidez que termina espontaneamente antes do feto ser viável”*.

Moura e Perry et al. citados por Sotto-Mayor (2016, p. 267) acrescenta que o aborto espontâneo é *“resultado de causas naturais ou acidentais, antes das 24 semanas [ou 22 semanas, segundo a Organização Mundial da Saúde], ou quando o produto de concepção*

*tenha um peso inferior a 500 gramas, se for difícil determinar a idade gestacional*". O abortamento é uma complicação comum da gravidez precoce, em que cerca de 8 a 20% destes ocorrem em grávidas com IG inferior a 20 semanas de gestação, sendo que a sua maioria (80%) acontece nas primeiras semanas da gravidez (Ambusaidi & Zutshi, 2015).

No contexto clínico, a maioria das mulheres foi internada com o diagnóstico de "abortamento incompleto" ou "aborto retido", sendo que, a grande maioria apresentava IG entre as oito e as doze semanas de gestação. De acordo com Silva (2017, p. 12), a gravidez não evolutiva do primeiro trimestre pode ter várias formas de apresentação, entre elas o aborto retido que é *"reconhecido por achados ecográficos mostrando ausência de crescimento do saco (saco gestacional intato) ou não contendo embrião, ou contendo embrião sem atividade cardíaca"* e o aborto incompleto que *"ocorre após quadro de metrorragias, e é reconhecido por achados ecográficos mostrando produtos de concepção retidos na cavidade uterina, sem saco gestacional bem definido"*.

Após a confirmação de aborto retido ou incompleto, informámos sobre os procedimentos a serem efetuados, bem como as eventuais complicações inerentes, criámos também um espaço para o esclarecimento de dúvidas, e facilitámos a comunicação de sentimentos, através da escuta ativa.

O acolhimento empático, a disponibilidade para ouvir e ajudar tornam-se essenciais e indispensáveis no atendimento à mulher em situação de abortamento, pois tal como refere Sotto-Mayor (2016) é através destas intervenções que é possível criar um ambiente de confiança que, conseqüentemente, permitirá uma transmissão de sentimentos e um cuidado de enfermagem mais eficaz, adequado e específico. Contudo, em contexto clínico, o contacto entre o casal, que se encontra de luto, e os profissionais nem sempre foi fácil, pois ambos apresentamos dificuldade em lidar e falar sobre a perda gestacional. Para tentar ultrapassar esta dificuldade, aprofundamos a temática acerca do abortamento, de modo a responder a todas as questões e dúvidas colocadas pelo casal, respeitando o seu silêncio, e providenciando a escuta ativa.

Iniciámos posteriormente as intervenções resultantes de prescrição, com misoprostol 200mcg, que é considerado um análogo sintético da prostaglandina E<sub>1</sub> e permite a estimulação das contrações uterinas, provocando o amolecimento e a dilatação do colo do útero (Ambusaidi & Zutshi, 2015). Assim, administrámos numa primeira dose, dois comprimidos por via oral e dois comprimidos por via vaginal, humedecidos em soro fisiológico. Depois, administrámos dois comprimidos por via vaginal, de três em três horas, até perfazer cinco tomas. No dia seguinte à realização deste tratamento foi efetuada a ecografia, de forma a verificar a saída completa do produto de concepção. Nos casos, em

que se verificou a presença do produto de concepção retido na cavidade uterina, o tratamento foi repetido (este pode ser realizado no máximo três vezes). As mulheres apresentaram frequentemente dores pélvicas e metrorragias, contudo Sousa (2016) refere como efeitos secundários associados a esta medicação: náuseas, vômitos, diarreia, hipertermia e dores abdominais. Em contexto prático, algumas mulheres, apresentaram estes sintomas. Assim, as nossas intervenções autónomas passaram pela monitorização da temperatura corporal, da dor e da perda sanguínea vaginal e, as intervenções resultantes de prescrição, passaram pela administração de analgésicos e antipiréticos, de acordo com a prescrição médica e as manifestações da mulher.

Porém, em algumas situações, mesmo repetindo o tratamento, não ocorreu a evolução esperada, permanecendo o produto de concepção retido na cavidade uterina, pelo que os médicos obstetras optaram pela realização da curetagem uterina. Sotto-Mayor (2016) refere que, em casos onde o colo uterino se encontra fechado, esta técnica deve ser precedida de meios medicamentosos ou mecânicos para induzir a dilatação do mesmo. Sousa (2016) define a curetagem uterina como a raspagem da parede uterina, através da utilização de curetas de metal.

É importante referir ainda que estas mulheres se encontravam a vivenciar um processo de perda gestacional, que se caracteriza, muitas vezes, por ser um período difícil uma vez que está inerente a ansiedade pela duração do tratamento, pelo internamento, pela espera da expulsão do produto de concepção, bem como a tristeza e o luto que acompanham este processo. Neste cenário tentámos sempre informar as mulheres de todos os processos inerentes e criar um espaço para o esclarecimento de dúvidas, bem como para a expressão de sentimentos relativamente à perda gestacional.

No contexto clínico, outra prática frequente, porém, realizada apenas quando possível, foi colocar as mulheres em processo de abortamento, numa enfermaria separada, de forma a que estas, que já se encontravam numa situação vulnerável e por si só difícil, não tivessem de interagir com as grávidas internadas no serviço, evitando-se assim, que ouvissem os BCF através da CTG de outras mulheres.

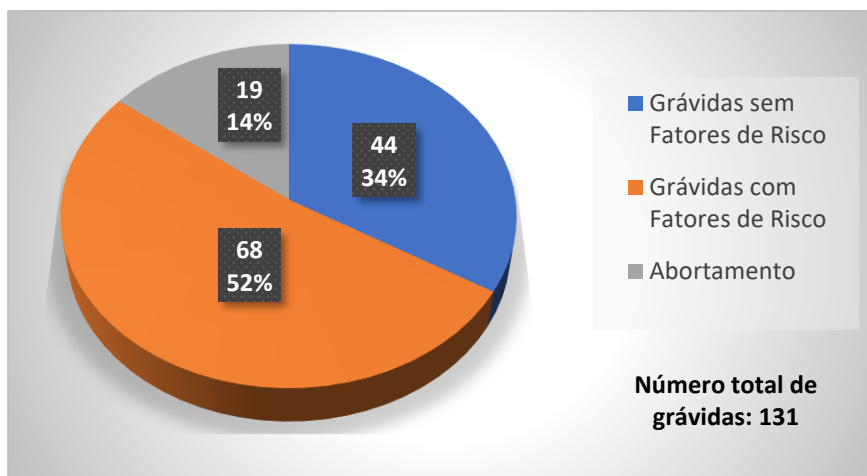
Outro aspeto fundamental a ter em conta nestas situações é o significado que esta perda tem, tanto para a mulher/casal, como para a família. Isto porque, embora os principais envolvidos e mais afetados sejam o casal, a família também acompanha este processo.

Sotto-Mayor (2016, p. 273) refere exatamente isto *“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.”*

No momento de alta destas mulheres, informamos da necessidade de recorrer ao serviço de urgência caso ocorra o surgimento dos seguintes sinais: hemorragia que se prolonga por mais de 15 dias, dores abdominais fortes e/ou hipertermia (Sousa, 2016).

Posto isto, apresentamos no gráfico seguinte, os dados referentes às mulheres a quem prestámos cuidados nesta prática clínica.



**Gráfico 1:** Descrição das mulheres a quem prestámos cuidados na prática clínica: “Gravidez com complicações”

### **3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA: TRABALHO DE PARTO E PARTO**

A aquisição e o desenvolvimento de competências na prática clínica: “Trabalho de parto e parto” foram adquiridas no serviço de obstetria do CHPVVC. Este serviço divide-se em três áreas: o internamento de grávidas de risco, o internamento de puérperas e o bloco de partos, sendo este último, constituído por cinco enfermarias individuais. Foi no bloco de partos que desenvolvemos a prática clínica “Trabalho de parto e parto”, o que possibilitou adquirir e aprofundar um conjunto de competências específicas e necessárias para a implementação de cuidados especializados, tanto à parturiente/casal como ao RN.

O EESMO assume a responsabilidade da assistência à mulher na vivência do processo de TP e parto, em situações de baixo risco. Assim, é da sua competência efetuar o parto em ambiente seguro, promovendo a saúde da mulher durante o TP; otimizar a adaptação do RN à vida extrauterina e diagnosticar, precocemente, complicações para a saúde, tanto da mulher como do RN (OE, 2019).

Com a aproximação da fase final da gravidez, tanto o feto como a mulher tentam adaptar-se à etapa seguinte. O feto, que cresceu e se desenvolveu, prepara-se para se ajustar à vida extrauterina, enquanto que a mulher, que ao longo da gravidez passou por várias adaptações fisiológicas, prepara-se para o parto e para a maternidade. Neste contexto, o TP, o parto e o nascimento são o culminar da gravidez, bem como o início da vida extrauterina e, ainda, a mudança no seio familiar (Lowdermilk, 2008).

A Direção Geral de Saúde [DGS] (2004), define o parto normal como aquele que se inicia espontaneamente e que é considerado de baixo risco (desde o início da gravidez até ao nascimento), em que o RN nasce de forma natural, em apresentação cefálica de vértice, entre a 37.<sup>a</sup> e a 42.<sup>a</sup> semana de gestação. Com base nesta definição, consideramos importante definir, o parto natural assistido. Este caracteriza-se pelo início, progressão e nascimento espontâneo, assistido pelo profissional de saúde, mas sem qualquer tipo de intervenção por parte deste (DGS, 2004).

O parto também pode ser considerado eutócico ou distócico. De acordo com Rodrigues (2016), o primeiro refere-se a todos os partos por via vaginal, de apresentação cefálica, sem necessidade de recorrer a instrumentos, enquanto o segundo engloba três

categorias distintas: o parto pélvico vaginal, o parto instrumentalizado (com recurso a dispositivos como o fórceps e a ventosa) e a cesariana.

Ao longo dos anos, com o intuito de melhorar os resultados tanto para a mulher como para o RN, verifica-se um aumento considerável na manipulação de um conjunto de práticas medicalizadas e instrumentalizadas de forma a “*iniciar, acelerar, encerrar, regular ou monitorizar*” o processo fisiológico do TP. Contudo, esta prática afetou a capacidade da mulher no decorrer desse processo, o que influenciou negativamente a sua experiência de parto (Organização Mundial de Saúde, 2018, p. 1). Depreendemos então que as práticas obstétricas devem ser adequadas a cada situação e a cada mulher, permitindo assim que a assistência ao longo do TP e do parto, não só respeite a fisiologia da mulher, mas também favoreça todos os envolvidos no mesmo (Pinheiro, 2016).

Todas as mulheres, no decorrer do seu TP, têm o direito a ter uma “*experiência de parto positiva*”. Definida, de acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2018, p. 1), como “*aquela que preenche ou excede as convicções e expectativas pessoais e socioculturais de uma mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável num ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, com continuidade do apoio prático e emocional*” com “*pessoal clínico gentil e tecnicamente competente.*” Desta forma, as mulheres, na sua maioria, ambicionam ter um TP fisiológico, em que seja possível existir controlo pessoal, por meio da sua participação na tomada de decisão, mesmo quando são necessárias intervenções médicas.

A Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) (2017, p. 1), reforça este direito, afirmando que “*todas as mulheres têm direito à informação, consentimento informado ou recusa informada e respeito pelas suas escolhas e preferências*” e ainda “*todas as mulheres têm o direito à liberdade, autonomia, autodeterminação e liberdade de coação*”. Compreendemos que em todo o processo, quer seja ao longo da gravidez, quer no TP e parto, a mulher tem o direito a receber informação sobre todas as etapas do processo, bem como ao consentimento informado, acerca de todas as intervenções a serem realizadas, pois todas as mulheres, enquanto utentes, têm o direito à autonomia e à tomada de decisão.

O EESMO, enquanto principal profissional especializado no atendimento das gestantes, deve respeitar, reconhecer e defender este direito, concedendo e esclarecendo informações sobre a gravidez, o TP e o parto. Deve transmitir, assim, o máximo de conhecimento possível sobre todos os procedimentos que poderão ocorrer ao longo do processo, inclusive os riscos, os benefícios e as complicações, bem como todos os recursos disponíveis na instituição, e que poderão contribuir para ultrapassar esta fase da maneira

mais confortável e adequada para a mulher (Leitão, 2010; Nunes, 2012). Foi com base nestes pressupostos, que ao longo do contexto da prática clínica, contribuímos para que a mulher exercesse o direito à sua autonomia na tomada de decisão, relativamente à forma como quis viver a sua gravidez, o seu TP e o próprio parto em si, dando resposta às suas necessidades da melhor forma e com respeito pelas melhores práticas, garantindo e tendo sempre como base dos cuidados o bem-estar materno-fetal.

De forma a promover a participação ativa das parturientes ao longo do processo de TP, envolvemo-las nos cuidados, através das suas decisões informadas, de forma a resultar numa experiência de parto positiva de acordo com as suas expectativas. Todavia, tanto as decisões como as experiências de parto foram influenciadas, muitas vezes, pelo medo e pela falta de conhecimentos, o que tornou a nossa ligação com as parturientes de extrema importância, porque permitiu desmistificar muitos desses medos, dotando-as da mais correta informação.

Governo de Espanha citado por Nunes (2012, p. 21) menciona exatamente isto: *“as mulheres grávidas precisam de estar informadas, discutir e decidir em conjunto com os profissionais de saúde que as atendem”*. Focando-nos nesta premissa, constatamos que a atuação no CHPVVC vai ao encontro da mesma, por existir neste serviço a consulta de plano de parto. Esta consiste em reunir a mulher/casal, o EESMO e o médico obstetra com o intuito de discutir todas as etapas do processo de TP e parto, bem como atender às expectativas do casal para esse momento, e em conjunto perceber o que poderá ser ou não realizado, elaborando, assim, um plano de parto do casal de uma forma mais consciente e informada.

De acordo com a APDMGP (2017, p.3), o Plano de Parto ou Plano de Nascimento, ou ainda, Preferências de Parto como é também designado, *“regista as preferências da grávida e/ou do casal para o trabalho de parto, parto e pós-parto”*. Assim, elaborar o plano de parto permite à grávida e ao companheiro ou à pessoa significativa, compreender o decorrer de cada fase do TP, possibilitando a organização das suas ideias e expectativas, dar informações, e também fornecer conhecimentos ao acompanhante de como poderá apoiar e ajudar nas diferentes etapas do processo.

O Plano de Parto consiste num documento escrito e elaborado pelo casal, onde fica expresso os seus desejos relativamente ao seu TP e parto. Este, servirá de eixo mediador entre o casal e a equipa multidisciplinar, que, em conjunto, consideram as expectativas do casal para que possam ser realizadas, partilhando assim uma experiência marcante e enriquecedora, através de cuidados de saúde de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Para que tal aconteça, o apoio do EESMO na elaboração deste documento é fundamental,

uma vez que as escolhas de nascimento e a adaptação à parentalidade dos casais são o reflexo das expectativas individuais, dos valores familiares, da cultura, da forma de estar na vida e da informação que obtém sobre o processo de TP e do parto.

Na consulta instituída no CHPVVC foi discutido o plano de parto passo a passo, sendo explicado minuciosamente as diretivas da instituição, e o que poderia ou não ser realizado. Abordámos então os seguintes tópicos: a admissão (nomeadamente o TP espontâneo e a ITP); durante o TP (a presença de acompanhante, o ambiente, a roupa, a ingestão de alimentos, a CTG, o exame vaginal, a necessidade de cateter venoso periférico [para administração de soro, antibioterapia ou ocitocina]); as estratégias para o alívio da dor do TP (as medidas não farmacológicas e farmacológicas existentes e disponíveis naquele serviço); o parto (as posições que podiam adotar no período expulsivo, a episiotomia, a clampagem do cordão umbilical [precoce – se criopreservação de células estaminais; tardia ou quando deixasse de pulsar], o corte do cordão umbilical, o contacto pele a pele, os primeiros cuidados ao RN prestados perto do casal, a visualização da placenta e membranas, entre outros); e após o nascimento (amamentação na primeira hora de vida, a vacinação, a adesão ao rastreio auditivo e de cardiopatias congénitas, a pulseira eletrónica no RN, a permanência do acompanhante até à alta e a administração de colírio oftálmico e de vitamina K ao RN). Foi referido, ainda, o caso do parto por cesariana, o que podia ou não ser realizado, caso esta situação ocorresse (por exemplo, realizar o contacto pele a pele entre o RN e o pai ou acompanhante no bloco de partos).

Posto isto, e sendo a flexibilidade uma das características fundamentais a estar presente em todas as partes intervenientes neste processo, um aspeto importante a ser ressaltado nesta consulta, é o facto do processo de TP e parto ser um evento inconstante e imprevisível, uma vez que, tanto este como a resposta de cada parturiente, diferem de mulher para mulher. No decorrer destes processos fisiológicos, poderão surgir situações que necessitem de intervenção, levando assim a modificações no plano de parto inicial. Todavia, é perfeitamente normal também a parturiente, em qualquer momento ao longo deste processo, mudar de ideias acerca dos seus desejos relativamente ao parto (APDMGP, 2017). Desta forma, tornou-se relevante desmistificar a ideia de o plano de partos constituir um conjunto de regras a serem cumpridas, pois este, passava por ser um plano com linhas orientadoras que, de acordo com o decorrer do TP e do estado materno e fetal, poderiam ou não ser possíveis de realizar.

O CHPVVC é conhecido, conceituado e considerado por muitas grávidas, uma vez que a base dos seus cuidados, passa pelo respeito da autonomia e da decisão informada da

mulher/casal e pela liberdade de movimentos, tendo sempre em conta tanto o bem-estar da parturiente como do feto, pelo que o seu lema é o nascer positivo.

Ao longo desta prática clínica prestámos cuidados a inúmeras parturientes, sendo que, em muitas realizámos o acolhimento e o acompanhamento da vigilância do TP, enquanto noutras apenas o acolhimento para a realização do parto distócico por cesariana eletiva. Porém, os objetivos propostos para o mesmo foram possíveis de serem concretizados, uma vez que executámos quarenta partos eutócicos, sendo em dois deles executada a técnica de episiotomia, e ainda colaborámos em três partos distócicos (dois por ventosa e um por fórceps).

A admissão da parturiente/casal no serviço ocorreu por diferentes motivos de entrada como: TP espontâneo, ITP, marcação de parto distócico por cesariana eletiva (por exemplo nos casos de apresentação pélvica e cesariana anterior, entre outros), ou por transferência do internamento de grávidas de risco. À entrada da parturiente/casal, realizámos o acolhimento, aspeto fundamental para a criação da relação de confiança entre o casal e o profissional, e que permitiu, não só à mulher, mas também ao acompanhante, uma sensação de conforto e segurança, que posteriormente, contribuiu para a diminuição da ansiedade, bem como facilitou a integração do casal no serviço e na colaboração entre todos os intervenientes. Assim, e após as apresentações, à medida que nos dirigíamos para a enfermaria, mostrámos as instalações do serviço. Iniciámos por falar do acompanhamento da pessoa significativa, informando que esta poderia permanecer no serviço continuamente pelas 24h em todos os sectores. Contudo, salvo raras exceções, as parturientes também estiveram acompanhadas por doulas ou fotógrafos profissionais, uma vez que a OMS (2018) recomenda que o acompanhante, pode ser qualquer pessoa escolhida pela mulher, que lhe proporcione apoio e suporte contínuo, incluindo as doulas (definindo-as como mulheres treinadas em apoio e suporte durante o TP, mas que não fazem parte da equipa profissional do serviço).

Posteriormente, realizámos uma entrevista junto à parturiente de modo a recolher os dados para a apreciação inicial que consistiu em: o nome preferencial pela qual gostaria de ser chamada; a idade; o nome e o contacto da pessoa significativa que a iria acompanhar no desenrolar do TP e parto; o género do RN e o seu respetivo nome (de modo a preencher as pulseiras de identificação); os antecedentes pessoais (inclusive alterações do padrão normal do processo da gravidez como a presença de HTA ou diabetes gestacional), e a presença de alergias medicamentosas ou alimentares; a IG; o número de gestações e partos, abordando a sua experiência anterior e recolhendo os dados, nomeadamente: o tipo de parto, a IG e o peso do RN, caso não fosse o primeiro filho; o grupo sanguíneo (uma

vez que se fosse grupo O ou fator Rhesus negativo seria necessário, no momento do nascimento do RN, recolher uma amostra de sangue do cordão umbilical); o resultado da pesquisa de Estreptococos do Grupo B (STB); a hora da última refeição; os hábitos e alterações a nível do sistema urinário e excretor (presença de hemorroidas); a presença de edemas ou varizes; se frequentou as intervenções em grupo de preparação para o parto/parentalidade/amamentação; se pretendia analgesia por via epidural e, em caso de rutura espontânea de bolsa amniótica (REBA) ou RPM, recolhíamos a hora e as características do LA.

Questionámos também a parturiente relativamente à analgesia por via epidural, unicamente para entender a sua vontade e saber o seu conhecimento quanto à mesma, de modo, não só a informar os médicos anestesistas da possibilidade de colocação de cateter epidural, mas também para garantir que a mulher podia fazer a mesma em qualquer momento no decorrer do TP. Ao refletirmos acerca desta prática, levantamos a questão se estaríamos a induzir a mulher a optar pela realização da analgesia por via epidural. Contudo, a nossa prática passou por colocar a mulher à vontade para responder, informando-a que poderia, a qualquer momento, solicitar a analgesia por via epidural. Acrescentámos ainda que, de acordo com a sua preferência, poderia utilizar métodos não farmacológicos para alívio e controlo da dor. Concluímos, assim, não existir qualquer tipo de manipulação na decisão das mulheres para a realização da analgesia por via epidural, isto porque, o objetivo, tanto do CHPVVC como do EESMO, passa pela humanização dos cuidados no contexto do parto normal, pelo que a escolha livre por parte da mulher prevalece.

Outro aspeto discutido junto da parturiente foi a existência do plano de parto, onde abordámos questões relacionadas com o corte do cordão umbilical, o contacto pele a pele com o RN após o nascimento e a amamentação na primeira hora de vida. Também foram trabalhadas, as expectativas e os sentimentos em relação ao TP e ao parto, criando-se espaço para esclarecimento de dúvidas relativamente a alguma temática que a parturiente quisesse questionar.

Salientamos ainda que pesquisámos sempre o boletim de saúde da grávida, de modo a verificar a vigilância da gravidez assim como os exames e as análises clínicas realizadas ao longo da mesma.

Em seguida, orientámos a parturiente para vestir roupa confortável, que poderia ser o seu próprio pijama ou a bata hospitalar, e para disponibilizar a primeira roupa do bebé, de forma a prepararmos a mesma para a chegada do RN (nomeadamente: abrir a roupa se necessário, dispor pela ordem que se ia vestir e colocá-la a aquecer). Outra orientação que

demos, foi sobre as rotinas e as atividades de vigilância realizadas durante o decorrer do TP, particularmente a monitorização através da CTG intermitente, que é também uma das recomendações da OMS. Assim, após o acolhimento, monitorizámos o bem-estar fetal através da CTG por trinta minutos, sendo esta prática realizada intermitentemente ao longo do turno e de acordo com cada situação em particular.

Marques (2014) refere que o TP gera stress, medo, ansiedade e insegurança, pelo que o ambiente criado à volta da parturiente tornou-se um aspeto essencial na diminuição destes fatores, principalmente um ambiente acolhedor, visto facilitar a adaptação à nova fase e aumentar a satisfação materna. A criação de um ambiente confortável e adequado deve ser constituído por determinadas características, nomeadamente ambiente aquecido, calmo, sem ruídos, com luminosidade e espaço adequado para utilizar os recursos materiais, privacidade e sem necessidade de mudança de lugar.

No CHPVVC cumprimos este último requisito, uma vez que a parturiente, a partir do momento em que deu entrada no serviço, permaneceu na mesma enfermaria até ao nascimento do RN, sendo, posteriormente, transferida para o internamento. Além deste aspeto, demos a oportunidade às parturientes de personalizarem a enfermaria, tornando-a mais familiar e acolhedora, através de objetos pessoais. Em contexto da prática clínica, prestámos cuidados a parturientes que optavam por ter o quarto mais escurecido, estando este iluminado apenas pelas luzes levadas pelo casal.

Relativamente às grávidas que deram entrada no serviço para parto distócico por cesariana eletiva, abrimos o diagnóstico de “gravidez atual”, uma vez que não estavam em TP. O acolhimento, foi realizado de forma semelhante ao que já foi exposto. Todavia, adaptámos a entrevista realizada às mesmas, uma vez que alguns aspetos não se enquadravam com a situação, como por exemplo: a preparação para o parto, a analgesia pela via epidural e a rutura de membranas, havendo outros aspetos necessários de questionar como: a hora da última refeição, de modo a verificar o cumprimento do jejum e a presença de adornos e próteses dentárias, solicitando a sua retirada, caso existissem. Foi também fornecido bata, cueca e touca hospitalar. Nestas grávidas, realizámos tricotomia da região suprapúbica, quando necessário, e cateterizámos veia periférica para a administração de soroterapia (que colocamos apenas no momento da entrada no bloco operatório), bem como a monitorização do traçado da FCF. Apesar de ser um parto por cesariana eletiva, a utente foi questionada acerca do plano de parto, uma vez que alguns parâmetros deste poderiam ser realizados como: o corte do cordão umbilical (de acordo com a autorização do médico obstetra) e o contacto pele a pele com o pai no bloco de partos.

De acordo com a OE, no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (2019, p. 13563), o EESMO *“concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto”* e *“aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica, e em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica”*.

A Organização Mundial de Saúde (2015) acresce que o objetivo do cuidar no parto normal, além de consistir na segurança, na saúde e bem-estar materno-fetal, inclui também a prática do cuidar com a menor intervenção possível, prática esta que é defendida no CHPVVC.

Segundo Dy (2014, p. 104) o TP *“é o processo fisiológico através do qual os produtos da concepção (feto, líquido amniótico, placenta e membranas) são expulsos da cavidade do útero pelo canal vaginal para o mundo exterior. É definido pela presença de contrações uterinas regulares associadas com o apagamento e dilatação do colo do útero e com a descida fetal”*. Comumente diz-se que o feto é que decide o momento do nascimento, contudo para Dy (2014), a placenta e as membranas fetais é que desempenham o papel principal no início do TP, enquanto o feto apenas modula a evolução do mesmo. Acrescenta ainda que a causa exata que desencadeia o início do TP é desconhecida, porém existem evidências que sugerem que o fator hormonal possui um papel substancial neste processo.

Fatia e Tinoco (2016), dividem o TP em quatro períodos, possuindo cada um deles características e tempos bem definidos de acordo com o número de gestações. O primeiro período designa-se por apagamento ou extinção e dilatação do colo uterino; o segundo período corresponde ao período expulsivo; o terceiro período diz respeito à dequitação e o quarto período refere-se ao puerpério que compreende as duas horas após o nascimento.

O primeiro período do TP é caracterizado por contrações uterinas regulares e progressivas que aumentam de frequência, intensidade e duração. Inicialmente, surge a cada 20/30min. e, posteriormente, a cada 3/5min., de acordo com a progressão da fase ativa. Como podemos ver, este período pode ser dividido em duas fases: a fase latente e a fase ativa. A fase latente compreende alterações variáveis do colo do útero como algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação, denotando-se por contrações uterinas dolorosas (até 4/5cm). Já a fase ativa, caracteriza-se por contrações uterinas regulares com apagamento cervical considerável e dilatação de progressão mais rápida, até atingir a dilatação completa (OMS, 2018).

As mulheres frequentemente deram entrada no serviço em fase ativa do TP. Contudo, ocorreram situações em que as mulheres ainda se apresentavam em fase latente

do TP e foram internadas, devido a REBA ou dor muito aguda provocada pelas contrações uterinas. Os diagnósticos que abrimos na entrada destas grávidas foram: “dor do TP”; “TP” (sendo avaliado o índice de Bishop); “risco de infecção” e “amamentação” (caso fosse o desejo da mulher amamentar o RN).

Uma preocupação frequente ao longo da gravidez e que aumenta gradualmente com a aproximação do momento do nascimento, é a dor que as mulheres sentirão durante o TP e o modo como vão lidar com a mesma, daí ter sido um foco de atenção na nossa atuação. Lowdermilk (2008, p. 356) refere que *“a dor durante o TP é específica para cada mulher e é influenciada por uma série de fatores fisiológicos, psicológicos e ambientais”*. Cada mulher sente a dor de uma forma própria, dependendo do seu limiar de dor. Constatamos esta realidade em contexto clínico, uma vez que algumas mulheres na fase latente do TP já apresentavam uma dor intensa, enquanto que outras referiam dores intensas apenas na fase ativa do TP, ou próximo do período expulsivo.

No TP normal, a dor é intermitente, tornando-se gradualmente mais frequente e mais intensa com a evolução e progressão do TP. A dor durante o TP relaciona-se com as contrações uterinas, que são, habitualmente, sentidas na região lombar (devido à tensão existente no segmento uterino inferior e no colo do útero), no abdómen (relacionada com a atividade no segmento uterino superior e que se encontra presente durante o TP eficiente) e na parte superior das coxas (Dy, 2014).

O alívio da dor durante o TP constituiu-se como um fator essencial visto contribuir para o bem-estar físico e emocional da parturiente, pelo que tornamos este aspeto uma preocupação ao longo da nossa atuação durante o acompanhamento do processo de TP. Desta forma, a parturiente dispôs tanto de métodos farmacológicos como não farmacológicos, que lhe permitiu ter opção de escolha para o alívio da dor e, por conseguinte, a vivência de uma experiência positiva do parto.

Tal como referido anteriormente, o limiar e o controlo da dor variam de pessoa para pessoa. Algumas parturientes apresentaram dor e dificuldade no controlo da mesma no início do TP, indiciando um nível de dor difícil de controlar, mesmo apresentando apenas dois a três centímetros de dilatação, pelo que solicitaram a analgesia pela via epidural. Segundo a OMS (2018), a analgesia pela via epidural parece ser um dos métodos farmacológicos mais eficazes no alívio da dor, todavia, também requer mais recursos para se implementar e gerir os seus possíveis efeitos adversos. Qian et al. (2018) referem que um destes efeitos poderá ser a inibição das contrações uterinas, que consequentemente, poderá provocar um aumento da duração do TP, bem como o mau posicionamento da apresentação fetal e o aumento do uso de ocitocina. Por sua vez, Simkin e Ancheta citados

por Hickey e Savage (2019) mencionam que a analgesia pela via epidural provoca um relaxamento nos músculos do assoalho pélvico, sendo este a principal causa de interferência na rotação da apresentação fetal, bem como da diminuição da capacidade da parturiente de efetuar esforços expulsivos eficazes que resultará em TP mais longos e no aumento de partos instrumentalizados e partos distócicos por cesariana.

No CHPVVC, quando as parturientes solicitaram a analgesia pela via epidural, contactámos o médico anestesista que providenciou a sua colocação e a administração da medicação analgésica. Na dose inicial, administrada pelo médico anestesista, foi frequentemente utilizado sufentanil e ropivacaína. Posteriormente, as doses de manutenção que administrámos, apenas quando requerida pela parturiente, foram de ropivacaína em bolus de 10ml, podendo esta ser repetida de hora em hora. De acordo com Qian et al. (2018), a ropivacaína é o medicamento mais utilizado na analgesia pela via epidural, pelo facto de possuir propriedades analgésicas, mas também por não causar bloqueio motor significativo ou toxicidade sistémica.

Assim, no momento da decisão da colocação do cateter epidural, cateterizámos a veia periférica à parturiente e monitorizámos o bem-estar fetal através da CTG, uma vez que segundo as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: *“a analgesia regional é acompanhada de aumento na complexidade da assistência ao parto, como por exemplo: maior necessidade de monitorização e acesso venoso.”* (Ministério da Saúde, 2016, p. 33). Posteriormente, contactámos o médico anestesista, preparámos o material necessário para a execução da mesma e colaborámos na realização da técnica, incentivando a parturiente a comunicar em caso de contração uterina (uma vez que, neste caso, o médico anestesista tinha de interromper a introdução do cateter epidural), e orientando-a durante a mesma, relativamente à posição (frequentemente o médico optava pela posição lateral) e à respiração (orientando para inspirar profundamente e expirar lentamente). Após a colocação e a administração da medicação, solicitámos à mulher para a permanência em decúbito dorsal por pelo menos 15 minutos, de modo a esta ser consistente nos hemisferos.

De acordo com Herrera-Gómez et al. (2017), a parturiente com analgesia por via epidural tem uma maior probabilidade de ocorrência de efeitos adversos, como: a hipotensão, a retenção urinária, o bloqueio motor e a febre. Silva (2016) acrescenta a estes o prurido (presente em cerca de 30% dos casos) e a punção acidental da dura (entre 0,21% a 5% dos casos). Desta forma, abrimos os seguintes diagnósticos: “retenção urinária” e “hipotensão”. Assim, um foco da nossa atuação foi a administração de Lactato de Ringer em perfusão, logo após a colocação da analgesia por via epidural.

Os efeitos adversos manifestados pelas parturientes com maior frequência, em contexto clínico, foi efetivamente a perda de sensação para urinar e o prurido. Constatamos que um aspeto fundamental a ter em conta no decorrer do TP é o sistema urinário, não só pelo risco de retenção urinária, no caso de analgesia por via epidural, mas também para evitar a distensão vesical que conseqüentemente se tornará um obstáculo à descida da apresentação fetal (Dy, 2014; Fatia & Tinoco, 2016). Assim, a nossa atuação como futura EESMO foi incentivar, regularmente, as mulheres a urinar de forma espontânea, verificando a frequência das suas micções. No caso destas serem nulas, verificamos o globo vesical, de modo a perceber a necessidade de esvaziamento vesical, que só foi realizado, quando absolutamente necessário, tal como aconteceu em algumas parturientes que apresentaram globo vesical e nenhuma vontade para urinar espontaneamente.

Outra intervenção, que realizámos foi monitorizar sempre o bem-estar fetal, através da CTG, antes e após a colocação de cateter epidural, e sempre que foi administrada a dose de manutenção.

Passados os 45 minutos da administração da medicação analgésica, avaliámos a parturiente quanto à sua resposta relativamente: ao nível de bloqueio, à sensibilidade (hiposensibilidade), ao equilíbrio e à pressão arterial (hipotensão), de modo a avaliar a segurança e a não existência de impedimentos para a deambulação e a mudança de posição, se assim a parturiente o desejasse.

Oliveira e Silva et al. citado por Prata (2015) refere que a deambulação e a mudança de posição durante o TP são uma das medidas de conforto de maior utilidade e de fácil utilização, uma vez que a mulher em TP adota diferentes posições para seu conforto e alívio da dor, atitude considerada natural.

Lowdermilk (2008) complementa que a parturiente desde que saudável, com a apresentação normal e insinuada e com bem-estar fetal, tem a liberdade de deambular, sentar-se numa cadeira, tomar banho ou ficar na cama, de acordo com a sua vontade. Lowdermilk (2008, p. 344) acrescenta ainda, que a posição vertical, considerada como *“caminhar, estar sentada, ajoelhadas ou de cócoras”*, traz inúmeras vantagens tal como, o facto de a ação da gravidade ajudar na descida do feto e as contrações uterinas se tornarem mais fortes e mais eficazes no apagamento e na dilatação do colo uterino. Tendo por base estas premissas, incentivamos sempre as mulheres a deambular e a mudar frequentemente de posição, assumindo a posição vertical, quer fosse a deambular ou a utilizar a bola de *pilates*, uma vez que nas mulheres cuja mobilidade se encontrava limitada, devido à analgesia pela via epidural, facilitava o processo biológico do parto e permitia

obter resultados melhores como: TP mais curto e menor probabilidade de parto instrumentalizado (Hickey & Savage, 2019; Ministério da Saúde, 2016). É de referir que por vezes, após avaliarmos a parturiente relativamente à analgesia epidural, verificámos a não existência de condições para a mesma deambular, pelo que incentivamos apenas a mudança de decúbitos no leito.

Todavia, cuidámos de parturientes que optaram pelo parto natural, sem recurso a qualquer tipo de medicalização, optando apenas pelos métodos não farmacológicos para alívio da dor. Estes surgiram como alternativa ou complementaridade às medidas medicalizadas para o alívio da dor no decorrer do processo do TP. Segundo Mafetoni e Shimo (2014), estes podem ser: a electroestimulação transcutânea; a massagem; a hidroterapia; a crioterapia; a assistência de doulas; a deambulação ou a mudança de posição e os exercícios de respiração. Fatia e Tinoco (2016) acrescentam ainda a utilização da bola de nascimento; o disco e o manter-se distraída como: ouvir música, jogar jogos, ver filmes, entre outras. Estes métodos são considerados não farmacológicos, desde que permitam o alívio da dor. É de salientar, que estes devem ser oferecidos à parturiente como uma escolha da sua preferência, podendo optar por um ou mais métodos, ou nenhum deles, se for essa a sua decisão.

À exceção das mulheres que optaram pelo parto natural, todas as restantes utilizaram métodos não farmacológicos, tendo ou não realizado analgesia por via epidural, uma vez que, mesmo recorrendo ao método farmacológico, a maioria das parturientes permaneceram sempre com algum nível de dor, principalmente a nível da região lombar. Desta forma, incentivámos estas mulheres a adotar a posição de “quatro apoios”, uma vez que, segundo Lowdermilk (2008), esta pode aliviar este tipo de dor. Assim, recorriámos também, aos sacos de “sementes” como aplicação de calor na região lombar e na região suprapúbica e à bola de pilates. Também a deambulação, a vocalização de sons e o movimento livre da bacia foi muitas vezes utilizado pelas mulheres.

No CHPVVC, outros métodos não farmacológicos também foram disponibilizados: os exercícios de respiração; a musicoterapia (sendo a música trazida pela parturiente) e a hidroterapia (frequentemente utilizada pelas parturientes, principalmente o duche). Segundo Mafetoni e Shimo (2014), a água provoca relaxamento do corpo permitindo a diminuição da dor entre as contrações uterinas. O Ministério da Saúde (2016, p. 135) acrescenta que *“a imersão em água demonstrou efeitos positivos no controle da dor sem evidências de efeitos adversos maternos, com resultados neonatais equivalentes, sem risco aumentado de infecção.”* Tendo por base estas evidências científicas, foi praticada, nesta instituição, a imersão na água, através de uma piscina de plástico. Esta prática só foi

possível nos TP espontâneos e de baixo risco, durante o primeiro período do TP e nas parturientes que não solicitaram a analgesia por via epidural.

Na prática, prestámos cuidados a uma parturiente que entrou no serviço em fase ativa do TP, apresentando 6 cm de dilatação. Esta, tinha como plano de parto o parto natural, pelo que, todo o seu processo de TP até àquele momento e até ao nascimento, foi realizado sem recurso a qualquer tipo de método farmacológico. Para ajudar no alívio da sua dor, escolheu como métodos não farmacológicos a hidroterapia em forma de duche, a vocalização de sons (muitas vezes em coro com marido) e a deambulação, com movimentos livres da bacia (movimentos de retroversão e anteversão, circundações e translações). Esta parturiente também sentiu muitas vezes necessidade de alternar de posição, contudo, no momento da contração uterina, assumiu particularmente a posição de cócoras. A nossa atuação junto desta mulher foi de acompanhamento em todo o processo e reforço positivo por todos os seus esforços, acreditando e depositando confiança na sua capacidade em conseguir alcançar o seu objetivo do parto natural de forma eficaz. Avaliámos também o bem-estar fetal através da CTG intermitente, realizado com doppler e sempre após as contrações uterinas.

A CTG foi um elemento essencial na nossa atuação, uma vez que permitiu detetar alterações tanto a nível do traçado da FCF, como a nível da contratilidade uterina. Quando tal acontecia, optamos por uma monitorização mais frequente, tal como Dy (2014) preconiza. Para perceber melhor as alterações que podem surgir no traçado da FCF, é importante conhecer os seus componentes e qual o padrão considerado normal, de modo a identificar e atuar de forma rápida e precisa. Assim, no traçado da FCF é possível avaliar a linha base (110 a 160 bpm), a variabilidade (5 a 25 bpm) e ainda as acelerações e desacelerações (Dy, 2014).

No contexto da prática clínica surgiram situações de taquicardia e bradicardia fetal, embora pouco frequentes. El-Chaar (2014) caracteriza a taquicardia como a FCF superior a 160 bpm, referindo ainda como principal causa a febre materna. Assim, quando nos deparamos com esta situação, monitorizamos a temperatura corporal da parturiente e informamos o médico obstetra que, quando aumentada, orientava para a administração de paracetamol endovenoso. O mesmo autor, define a bradicardia como valores inferiores a 110 bpm e refere que as suas causas são variáveis podendo ser: fisiológicas, a posição materna, a compressão do cordão umbilical, entre outras. Nesses casos, atuámos solicitando à parturiente a mudança de posição, que reverteu a situação.

Também no traçado da FCF, quando existem acelerações e desacelerações, estas últimas assumem um papel importante devido à sua gravidade, porque são as acelerações

que demonstram um feto saudável. Segundo Santana e Figueiredo (2016), a desaceleração define-se como episódios de diminuição transitória da FCF abaixo da linha basal, superior a 15 bpm e com duração superior a 15 segundos. Na prática clínica detetamos, em alguns casos, desacelerações na monitorização do traçado da FCF, sendo que estas variaram entre precoces, tardias e ainda surgiu, em raros casos, as prolongadas. Todas devem ser chamadas de atenção para o EESMO, contudo a desaceleração prolongada, caracterizada por Santana e Figueiredo (2016, p. 395) como a *“diminuição da FCF  $\geq 15\text{bpm}$ ,  $\geq 2$  minutos, e  $< 10$  minutos de duração”*, foi a mais preocupante, uma vez que indicia sofrimento fetal, o que traduz uma atuação mais rápida e precisa. Nos poucos casos em que ocorreu tal situação, solicitámos apoio à equipa médica, resultando assim em partos instrumentalizados e realizados pelo médico obstetra.

No cuidado da parturiente a ingestão nutricional e a hidratação durante o TP foram também aspetos essenciais. A OMS (2018) recomenda a ingestão de líquidos e alimentos por via oral a todas as parturientes de baixo risco. Também Dy (2014) refere que na maioria dos TP de baixo risco, é possível a parturiente ingerir bebidas isotónicas ou sopas simples, principalmente na fase latente do TP. Tendo em conta as premissas anteriores, no CHPVVC, enquanto a parturiente se encontrava em fase latente, incentivámos a comer normalmente, sendo que, a partir da fase ativa do TP, estas foram orientadas a ingerirem apenas líquidos claros e gelatinas. Todavia, constatámos que, por vezes, as mulheres ficavam longos períodos em jejum, o que influenciava a variabilidade do traçado da FCF. Nestes casos, incentivámos a parturiente a ingerir gelatina ou a beber chá com açúcar, o que normalmente reverteu a situação. Conquanto, nos casos em que persistiu uma baixa variabilidade, colocamos em perfusão soro com glicose a 5%, tal como indicado por El-Chaar (2014).

Outro aspeto importante que avaliámos foi o progresso do TP, verificado sempre que necessário, através do exame vaginal. No primeiro período do TP, realizámos este exame apenas quando a parturiente apresentasse queixas, ou seja, na manifestação de potenciais sinais de progressão do TP, como por exemplo: aumento significativo da frequência, duração e intensidade das contrações uterinas, rutura de membranas e/ou pressão perineal. Contudo, na ausência destes sinais, efetuámos o toque vaginal pelo menos uma vez ao turno. Isto porque, de acordo com Dy (2014), o exame vaginal deve ser realizado em intervalos de 1 a 4 horas e em frequência suficiente para uma avaliação segura do TP, todavia a avaliação a cada hora é desaconselhada, quando o TP se encontra a progredir dentro dos parâmetros normais. A OMS (2018) por sua vez recomenda o exame vaginal em intervalos de quatro horas na fase ativa do TP, em parturientes de baixo risco. A progressão

do TP não se dá pelo número de toques vaginais. Quando este é realizado sem critérios e em excesso torna-se uma violência obstétrica, pelo que devemos considerar, não só o número de vezes que realizamos o toque vaginal, mas também o momento oportuno para o fazer.

O toque vaginal permite avaliar as características do colo uterino (consistência, posição, extinção e dilatação), observar a posição e a descida da apresentação fetal (variedade da posição fetal e os planos de Hodge), conhecer as condições da bacia materna (características, diâmetros e compatibilidade feto-pélvica) e ainda observar as características das perdas vaginais (presença de sangue ou LA [coloração, cheiro e quantidade]). Em todas as mulheres que examinámos, verificámos além das características do colo uterino, que todos os fetos se encontravam em apresentação cefálica. Quanto à posição e à variedade da apresentação, estas foram variáveis. Após a realização dos toques vaginais, efetuámos sempre cuidados perineais e mudança de fralda ou penso (dependendo da existência ou não de rutura de membranas, respetivamente).

Frequentemente, as membranas podem romper espontaneamente durante o primeiro período do TP, sendo esta uma causa frequente de recorrência ao serviço de urgência do CHPVVC. Porém, muitas parturientes deram entrada no serviço ainda com a bolsa amniótica intacta, devendo esta permanecer íntegra até justificação criteriosa para a realização de amniotomia. Fatia e Tinoco (2016, p. 309) referem como indicações para a realização desta técnica: *“traçado cardíaco fetal com padrões anormais da frequência cardíaca; indução do TP; progressão do TP ou quando a bolsa amniótica prolapsa para dentro da vagina, não permitindo a evolução do TP e impedindo a descida da apresentação”*.

No decorrer da prática clínica, tivemos oportunidade de realizar a técnica de amniotomia em parturientes que apresentaram progressão lenta do TP e *“bolsa a tufar”*, sendo o intuito desta decisão induzir a progressão do TP. Contudo, a realização desta técnica só foi realizada quando a apresentação fetal se encontrava no terceiro plano de Hodge e a parturiente não possuía infeção genital ativa ou HIV.

Efetuámos o procedimento de amniotomia com norma assética, com a pinça de Herff, no final da contração uterina e com a cabeça fetal insinuada. É de salientar que a realização desta técnica requer que a apresentação fetal se encontre no terceiro nível do plano de Hodge, de forma a minimizar os efeitos nocivos da mesma, como: o risco do prolapso do cordão umbilical, se executada com a apresentação fetal alta e a compressão do cordão umbilical com redução transitória do fluxo sanguíneo fetal, provocando alterações no padrão da FCF, devido à redução do LA (Fatia & Tinoco, 2016). É de salientar

ainda que a monitorização através da CTG foi sempre realizada antes e após a realização desta técnica.

Em todos os casos em que realizámos a amniotomia, avaliámos as características do LA, (quantidade, cor e cheiro) sendo que, após a sua realização, verificámos se a apresentação fetal se encontrava bem apoiada no colo uterino. Porém, nalgumas parturientes em que ocorreu REBA, constatámos LA com presença de mecónio, pelo que monitorizámos o bem-estar fetal através da CTG. Isto porque, de acordo com Reyes, Villarreal, Pen, Ramírez e Quintana (2013) existe uma ligação entre a presença de mecónio espesso e o aumento da incidência de resultados neonatais adversos, associado ao risco de síndrome de aspiração de mecónio. Também pode ser encontrado LA tingido de mecónio. Em ambos os casos, é necessário um controlo contínuo da FCF. É de salientar que em nenhum caso em que nos deparámos com LA com presença de mecónio, detetamos líquido espesso.

Dentro do foco “risco de infeção” associámos todas as parturientes que apresentassem rutura de membranas e STB positivo, devido ao meio hospitalar, mas também pela presença de cateter venoso e de cateter de epidural. Com base no protocolo da instituição, todas as parturientes com ruturas, espontâneas ou artificiais, na presença de um TP superior a 18 horas, iniciaram perfusão de ampicilina, por via endovenosa, de seis em seis horas, resultante de prescrição médica. Na presença de STB positivo, administrámos penicilina potássica alternada com penicilina sódica, por via endovenosa de quatro em quatro horas, até ao período expulsivo, tal como prescrito pelo médico obstetras. A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2013) defende a antibioterapia no STB positivo, devido à transmissão vertical mãe-filho que ocorre in útero ou durante a passagem pelo canal de parto, trazendo consequências tanto para a grávida/puérpera (infeção do trato urinário, corioamniotite, endometrite pós-parto), como para o RN (infeção neonatal precoce ou tardia).

Outro foco da nossa atenção foram as mulheres internadas para a ITP. Fonseca (2016) define-a como a estimulação artificial da contratilidade uterina, antes do início do TP espontâneo. De acordo com o mesmo autor, as suas indicações podem ser de causa materna ou fetal, podendo ser independentes ou associadas. Relativamente às maternas, estas passam por: gravidez pós-termo; RPM; situações de patologia associada como HTA, pré-eclâmpsia, síndrome de HELLP; diabetes e corioamnionite. Já as fetais passam por feto morto ou anómalo e restrição de crescimento intrauterino.

No contexto da prática clínica, as parturientes que entraram no nosso serviço para ITP, foram praticamente devido a gravidez pós-termo (entre a 41.<sup>a</sup> e 42.<sup>a</sup> semanas). Porém, em algumas mulheres internadas, o parto foi induzido por não progressão do TP.

Em todos os casos de ITP, a parturiente deve receber informações claras acerca do motivo da mesma; dos riscos associados (TP prolongado; taquissístolia [aparecimento de cinco ou mais contrações num período de dez minutos e hipertonia]; padrões anómalos de FCF; rutura uterina e o aumento da incidência de parto vaginal instrumentalizado); do modo como se vai proceder e qual o método a ser utilizado (Dy, 2014). Esta prática foi frequentemente realizada, não só pelo médico obstetra no momento do internamento, mas também pelo EESMO, no momento do acolhimento, onde reforçámos todas as informações transmitidas e esclarecíamos dúvidas relativamente ao processo decorrente da ITP.

Os métodos utilizados pelos obstetras do CHPVVC, foram maioritariamente métodos farmacológicos, sendo os mais utilizados a dinoprostona (sempre em primeira linha) e a ocitocina (muitas vezes em complementaridade ou quando a progressão do TP normal se encontrava lenta), contudo chegou também a ser utilizado misoprostol. É de salientar ainda uma situação em que foi utilizado o método mecânico, através da colocação de cateter com balão no canal cervical.

A dinoprostona, segundo Fonseca (2016, p. 358), está *“indicada na indução da maturação do colo uterino desfavorável em grávidas de termo”*. Este fármaco foi frequentemente utilizado, na forma de fita (impregnada com prostaglandina), nas primíparas e nas induções de gravidez pós-termo, mantendo-se por um máximo de 24 horas. A vantagem deste dispositivo é que pode ser retirado a partir do momento em que surjam alterações, como: a taquissístolia (efeito adverso mais frequente); a febre, os arrepios, os vómitos e a diarreia.

No CHPVVC, após a colocação da dinoprostona, a parturiente foi orientada a permanecer no leito durante trinta minutos, tempo este utilizado para se verificar o bem-estar fetal através da CTG. Esta monitorização foi frequentemente realizada para avaliarmos a contratilidade uterina, de forma a verificar o bem-estar fetal e a existência ou não de taquissístolia uterina (definida como cinco contrações uterinas num intervalo de dez minutos), ou de hipertonia uterina (caraterizada por contrações uterinas com duração superior a dois minutos) (Souza, Costa, Coutinho, Neto & Amorim, 2010). Após a monitorização, incentivámos a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor.

A ocitocina, de acordo com Fonseca (2016, p. 359), tem como principal ação a contratilidade do miométrio, tornando-se assim útil não só para a *“ITP como também na*

*estimulação de contratilidade uterina em casos de inércia primária ou secundária e no controlo da hemorragia pós-parto*". Esta medicação foi por norma utilizada quando ocorria paragem da progressão do TP ou para acelerar o mesmo. Após prescrição médica, diluímos 10U de ocitocina em 1000ml de glicose a 5% e administramos por via endovenosa. O autor supracitado refere que a administração desta medicação deve ser realizada através de bomba infusora, para uma maior precisão. Contudo utilizamos o sistema de gotas que obtinha o mesmo efeito no controlo das quantidades infundidas.

Relativamente à sua administração existem vários protocolos e orientações. No CHPVVC, o protocolo estabelecido foi iniciar a perfusão desta medicação a 15ml/h, sendo possível aumentar a dosagem, após os primeiros 40 minutos da dose inicial, a um ritmo de 15ml. Fonseca (2016) refere que as doses devem ser aumentadas gradualmente até que a progressão do TP se normalize ou até regularizar a contratilidade uterina (40 a 90 segundos de duração, a cada dois a três minutos). Contudo, Fonseca (2016, p. 360) complementa que *"se ocorrer contratilidade com mais de 60 segundos de duração ou desacelerações da FCF, deve-se suspender ou diminuir o ritmo da perfusão"*. Os riscos inerentes à sua utilização são: a hipertonidade, os espasmos, as contrações tetânicas, o descolamento prematuro da placenta, a laceração do colo uterino, a hemorragia pós-parto e a rutura uterina.

Posto isto, é de referir que algumas parturientes que realizaram a ITP, tanto com a dinoprostona como com a ocitocina, apresentaram efeitos adversos, sendo maioritariamente observado a taquissístolia uterina. Quando tal ocorreu, foi de imediato retirada ou suspensa a medicação e informada a equipa médica. Geralmente, com esta atitude, a situação reverteu tranquilamente, não havendo por essa razão necessidade de administração de tocolíticos ou a realização do parto por cesariana (em caso de alterações do traçado cardiotocográfico por condicionamento da oxigenação fetal, devido ao compromisso da adequada perfusão sanguínea derivada da disfunção uterina hipertónica). Em alguns raros casos, nas mulheres com ITP, foi observado um TP precipitado, ou seja, uma progressão do TP muito rápida.

Todas as avaliações realizadas e as alterações identificadas ao longo do processo de TP, foram registadas tanto no processo clínico da parturiente, através do SClínico (sistema de registos eletrónicos utilizado no CHPVVC) como no partograma, que se tornou um instrumento fundamental, bem como de fácil e rápido acesso no acompanhamento da evolução do TP.

Segundo a OMS (2015), ao longo da vigilância do TP, o registo no partograma permite: um melhor acompanhamento do mesmo; a deteção precoce de problemas; a

eliminação do caráter subjetivo do diagnóstico e, ainda, facilita a tomada de decisões apropriadas, evitando assim intervenções desnecessárias.

Na fase final do primeiro período, as mulheres começaram a apresentar maior sangramento e a referir uma sensação de pressão na cavidade pélvica, associada e descrita como uma vontade de “ir à casa de banho” e uma necessidade de fazer força. Estes aspetos são explicados por Fatia e Tinoco (2016) uma vez que na fase de desaceleração ou transição (8 a 10cm), a apresentação encontra-se bem descida na cavidade pélvica, exercendo pressão sobre o reto e, por essa razão, estimula a necessidade de efetuar esforços expulsivos, designados por reflexos de Ferguson. Também Dy (2014, p. 235) refere como fatores indicadores do início deste período: *“aumento do sangramento, impulso de realizar esforços expulsivos coincidente com a contração, sensação de pressão sobre o reto, acompanhada pela vontade de defecar e náuseas e vômitos podem ocorrer, quando o colo do útero atinge a dilatação completa”*.

Em algumas situações, embora a mulher apresentasse os sintomas acima descritos, ainda não se encontrava com a dilatação completa, pelo que incentivámos a parturiente a evitar os “puxos” (esforços expulsivos), uma vez que não contribuíam para a progressão do TP, orientando, se necessário, para exercícios de respiração (uma inspiração para quatro expirações). Isto porque de acordo com Dy (2014) os “puxos”, na presença de colo uterino, possuem efeitos negativos como: o retardar a dilatação e edemaciar o colo do útero; aumentar a fadiga materna, diminuindo a energia desnecessariamente; forçar o útero para baixo e distender os ligamentos de sustentação, que posteriormente poderá predispor um prolapso.

O segundo período do TP inicia-se a partir do momento em que a dilatação está completa e termina com a expulsão do feto. Este, também designado por período expulsivo, pode durar entre trinta minutos a três horas na nulípara e entre cinco minutos a trinta minutos na múltipara (Dy, 2014). Fatia e Tinoco (2016, p. 310) complementam que a sua duração é condicionada por diversos fatores, tais como: *“eficácia das contrações, analgesia, condição física e emocional, posição da parturiente, paridade e adequação pélvica no TP, tamanho, apresentação e situação do feto e o apoio recebido pelos profissionais de saúde”*.

Nos últimos tempos, com a crescente medicalização do parto, foi frequentemente adotada a posição de decúbito dorsal, embora não exista evidências científicas que comprovem melhores resultados ou benefícios na sua utilização. Oppenheimer e Black (2014, p. 241) referem que a prática comumente adotada, no segundo período do TP, é colocar as mulheres em posição horizontal ou de litotomia, devendo-se este facto *“muitas*

*vezes, das intervenções que serão realizadas, como analgesia epidural ou monitorização eletrónica fetal”.*

A adoção de posição no momento do parto é fundamental, uma vez que afeta as adaptações anatómicas e fisiológicas da parturiente, que facilitará movimentos como o encravamento, a descida e a rotação da cabeça fetal (Gupta & Nikodem citado por Lowdermilk, 2008; Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016). Assim, a OMS (2018) recomenda que todas as mulheres de baixo risco, com ou sem analgesia por via epidural, devem ser incentivadas a adotar a posição de parto, da sua preferência, incluindo as posições verticais.

No CHPVVC, as mulheres têm a autonomia de escolher qual a posição de parto que preferem. Para tal, esta instituição possui equipamento adequado e que permite um maior conforto para a adoção da posição escolhida, de forma a contribuir para uma experiência de parto positiva e segura. De acordo com Hickey e Savage (2019), o uso de posições fisiológicas no TP tende a diminuir o período expulsivo, existindo menos intervenções, bem como menos relatos de dor e maior satisfação. A mudança de posição neste período está também associada a uma maior qualidade das contrações, a uma maior facilidade da descida fetal e a uma diminuição do trauma perineal (menos episiotomias) (Zwelling citado por Hickey & Savage, 2019). Todavia, esta escolha é influenciada pela situação da mulher ou do feto, pelo ambiente ao seu redor e pela confiança do profissional de saúde em assistir o parto numa posição específica (Lowdermilk, 2008).

Posto isto, ao longo da prática clínica, incentivámos a parturiente a adotar diferentes posições, encorajando-a e orientando-a em cada uma delas, esclarecendo sempre que, em qualquer momento, a mulher podia optar por mudar de posição, para a que lhe fosse mais confortável. Foi-nos possível realizar o parto em diferentes posições, sendo as mais frequentes a posição de semi-sentada, a lateral e a de “quatro apoios”. Também efetuámos um parto no banco de partos.

Na posição de semi-sentada, segundo Mineiro, Rito, Cardoso e Sousa (2016), a mobilidade da bacia encontra-se limitada pelo facto de o sacro não estar livre, devendo-se devolver alguma mobilidade e potenciar o aumento do diâmetro do estreito inferior. Para tal, utilizámos discos para ajudar a não limitar o movimento do sacro e colocamos barras de apoio, tanto das mãos como dos pés, para auxiliar as mulheres no momento do “puxo”. Segundo Oppenheimer e Black (2014) a eficácia dos esforços expulsivos aumenta caso a mulher tenha, ao seu alcance, um objeto sólido para segurar. Contudo, algumas parturientes optaram e realizaram melhor os “puxos” quando fletiam as pernas para si, agarrando-as pela parte posterior das coxas.

Já na posição lateral, incentivámos a mulher, no momento do “puxo”, a levantar a perna superior para si, agarrando-a pela face anterior. Também nesta posição, colocámos a barra de apoio de mãos, caso a parturiente quisesse segurar nesta com a outra mão. Quando a vontade de puxar cessou, usámos a “*peanut ball*” para a parturiente descansar a perna, garantindo assim um maior conforto e permitindo o aumento do espaço pélvico. Tussey et al citado por Hickey e Savage (2019) referem a hipótese de a “*peanut ball*” aumentar o diâmetro pélvico, criando mais espaço para a descida fetal, quando utilizada em parturientes com analgesia pela via epidural. Nesta posição podemos ainda facilitar a rotação da cabeça fetal. Ao sabermos a posição em que o feto se encontra, podemos solicitar à parturiente que se vire para o lado contrário, de forma a aumentar o diâmetro interespinhoso e do estreito inferior desse mesmo lado. Esta atuação vai favorecer não só a rotação interna como a descida do feto pelo canal de parto e, ainda, diminuir a dor ou o desconforto associado à contração uterina (Mineiro et al., 2016).

Quando a mulher optou pela posição de “quatro apoios”, colocámos o banco de partos insuflável à sua frente, de modo a esta encostar o abdómen e apoiar a cabeça, proporcionando-lhe assim um maior conforto. Na posição de sentada no banco de partos, incentivámos a adoção da posição correta, orientando a mulher para não se apoiar sobre a parte posterior dos ísquiones, uma vez que compromete a mobilidade do sacro (Mineiro et al., 2016).

Algo em comum em todas as posições adotadas foi o facto de orientarmos as mulheres para a realização da rotação interna dos joelhos, por permitir o aumento dos diâmetros do estreito inferior, abrindo lateralmente os espaços entre as espinhas isquiáticas e os ísquiones e favorecendo a progressão da descida fetal (Mineiro et al., 2016). Outro aspeto utilizado, em todas estas posições, foi o espelho que permitiu uma melhor observação do períneo, principalmente na posição de sentada no banco de partos e na de “quatro apoios”. Tendo por base, a teoria e o conhecimento do período expulsivo, juntamente com a prática, tornou-se mais fácil realizar o parto nas diferentes posições, quando o bem-estar materno-fetal assim o permitiu. Constatamos que o facto de a parturiente ter analgesia por via epidural, não foi impedimento para a adoção de diferentes posições, principalmente a posição lateral. É de salientar, ainda, que, com a alternância de posições, as mulheres apresentaram uma maior satisfação com a experiência de parto vivenciada.

É importante referir que não existem evidências de que qualquer uma destas posições aumente a necessidade de técnicas instrumentais (parto assistido por fórceps ou

ventosa, cesariana ou episiotomia), ou que cause traumatismo no períneo, ou que provoque efeitos adversos ao RN (Lowdermilk, 2008).

O Ministério da Saúde (2016) refere na sua diretriz que a posição horizontal (supina, decúbito dorsal e litotomia), no segundo período do TP, aumenta a incidência de parto vaginal instrumentalizado e da dor, podendo aumentar, ainda, a incidência de anormalidades na FCF, quando comparada com as posições verticais e laterais que apresentam uma redução nestes fatores. Estas associam-se também a uma redução na duração deste período, bem como na frequência de episiotomias. Na sua diretriz menciona ainda que a posição lateral, nas nulíparas, está associada a uma menor incidência de lacerações espontâneas. Quanto à posição de quatro apoios, o Ministério da Saúde (2016), indica que as parturientes relatam um maior conforto e uma diminuição da dor, não existindo relação com efeitos adversos maternos ou neonatais.

Lowdermilk (2008) defende que a força exercida pelas contrações uterinas, a ação da gravidade e os esforços expulsivos da mulher facilitam a concretização do parto vaginal espontâneo e sem complicações. Nesta linha de pensamento, podemos então afirmar que as posições adotadas, principalmente as verticalizadas, são de extrema importância neste período, pelo que colaboramos com a parturiente na escolha da posição mais confortável e adequada para efetuar os esforços expulsivos de forma eficaz. Além da posição adotada pela parturiente, nesta fase, a necessidade de efetuar esforços expulsivos eficazes torna-se um aspeto crucial, porque se intensificam e se tornam mais rítmicos à medida que a descida do feto progride, provocando pressão no pavimento pélvico e ativando assim os reflexos de Ferguson.

No contexto da prática clínica, a primeira atuação, quando a parturiente referiu vontade de “puxar” e pressão perineal, foi realizar o exame vaginal, de forma a perceber não só se a dilatação estava realmente completa, mas também para verificar em que nível do plano de Hodge a apresentação fetal se encontrava. Confirmada a dilatação completa e o plano da apresentação, geralmente no quarto plano de Hodge, preparámos o material para o parto (trouxa de parto; material cirúrgico: duas pinças Kocker e duas tesouras de tecidos; clamp do cordão ou clamp Hollister; três pacotes de compressas esterilizadas; luvas esterilizadas e avental). Foi também neste momento que verificámos o equipamento de aspiração de secreções do RN (funcionante, com sonda de aspiração); certificámos se a fonte de aquecimento estava ligada; organizámos o material para pesar, medir e avaliar o perímetro cefálico do RN e ainda preparámos a medicação para a profilaxia da hemorragia por défice da vitamina K, realizada a todos os RN.

Quando a apresentação fetal se encontrava no quarto plano de Hodge e dependendo das manifestações da parturiente, começámos a incentivar o “puxo”. A OMS (2018) recomenda que, no período expulsivo, as mulheres devem ser encorajadas e incentivadas a seguir os seus próprios desejos de “puxar”. Oppenheimer e Black (2014) referem que nas mulheres sob o efeito de analgesia pela via epidural, que não apresentem impulso de “puxo” ou que a apresentação fetal se encontre alta, é recomendado aguardar até duas horas antes de estimular os esforços expulsivos. Assim, tendo em conta as premissas anteriores, só incentivámos a parturiente a fazer o “puxo”, quando esta manifestasse contrações uterinas regulares e rítmicas, pressão perineal e vontade para fazer força. Instruímos então para, no momento da contração uterina, fazer o máximo de força possível na zona do períneo, como que a empurrar o bebé para baixo, durante o maior período de tempo possível. Oppenheimer e Black (2014) mencionam que é nesta fase que a mulher sente necessidade de se segurar ou se agarrar a algo, sendo aqui que as barras de apoio existentes no CHPVVC se tornam importantes e utilizáveis. Por outro lado, e se preferir, a mulher também pode fletir e segurar nas suas pernas.

O “puxo” foi realizado de formas variáveis, dependendo da parturiente com que nos deparávamos. Algumas efetuaram os esforços expulsivos associados à manobra de Valsava, enquanto outras utilizaram o método fisiológico de “empurrar para baixo”, sem prender a respiração de forma contínua, que, de acordo com Posner et al. citado por Fatia e Tinoco (2016), pode ser igualmente eficaz. Oppenheimer e Black (2014) acrescentam que embora o método fisiológico de “empurrar para baixo” possa estar associada a TP mais longos, possui a vantagem de favorecer a troca de oxigénio entre a mulher e o feto e, ainda, melhorar a satisfação materna face à sua experiência de parto. Contudo, e de uma forma geral, quanto mais efetivo for o “puxo”, mais curto será o segundo período do TP.

Quando a parturiente efetuou os esforços expulsivos de forma efetiva, independente da técnica que utilizou, elogiámos e incentivámos a mulher a manter o ritmo e o “puxo”, informando acerca da progressão da cabeça, através e apenas, da observação do períneo. Todavia, nem todas as parturientes conseguiram efetuar um “puxo” eficaz, pelo que nos cabia orientá-las para um esforço expulsivo eficaz. Assim, instruímos-las no sentido de respirarem fundo, de prenderem a respiração e de fazerem o máximo de força na zona do períneo, aguentando o maior tempo que conseguissem, durante a contração uterina. Quando esta terminava, orientámos a parturiente a respirar normalmente e a descansar, para que recuperasse a energia para a contração seguinte. Oppenheimer e Black (2014) referem exatamente este procedimento, de que os esforços expulsivos não devem ser

estimulados quando a contração uterina termina, havendo um tempo de descanso entre uma contração e a outra.

É de registrar, que em algumas situações, mesmo após orientarmos a parturiente em relação ao “puxo”, este continuou a não ser eficaz, pelo que reforçamos a técnica da respiração e pedimos à mulher para acrescentar o movimento, ou seja, agarrar-se às pernas ou às barras de apoio e, em vez de empurrá-las, puxá-las para si, trazendo a cabeça para a frente como se fosse para ver o bebê. Esta técnica resultou na maioria das vezes, mas, mesmo assim, ocorreram casos em que o “puxo” permaneceu ineficaz. Foram nestas situações que, em última instância, e de acordo com o consentimento da parturiente, realizamos o “puxo” assistido. Este foi efetuado através do toque vaginal e consistiu em mostrar à mulher, através da pressão dos dedos, o local onde devia aplicar a força.

A OMS (2018) refere nas suas recomendações que, na nulípara, o segundo período do TP, geralmente tem uma duração de três horas, enquanto na múltípara dura duas horas. Este panorama altera-se quando se acrescenta a variável com a analgesia por via epidural, pois segundo o protocolo desenvolvido por Ottawa Hospital, a duração do TP aumenta uma hora, tanto nas nulíparas como nas múltíparas (Oppenheimer & Black, 2014). A DGS (2015) complementa referindo que, passado este tempo, deve ser considerada a realização do parto instrumentalizado ou por cesariana. Contudo, Fatia e Tinoco (2016) mencionam que a decisão do tempo de espera deve ser baseada na evidência da progressão da descida e da rotação, bem como no padrão da FCF, de modo a evitar intervenções desnecessárias.

No contexto da prática clínica, prestamos cuidados a várias parturientes em que incentivamos o “puxo” e orientamos o mesmo de forma a torná-lo eficaz. Numa situação em particular, para tentar perceber qual a melhor posição para a mulher realizar o “puxo” de forma efetiva, mas também para alívio da dor, experimentamos diversas posições, recorrendo às barras de apoio. Apesar de todos os incentivos e orientações, e de todo o esforço realizado pela mesma, não ocorreu a progressão da descida fetal, tornando-se assim num TP estacionário, o que culminou num parto instrumentalizado.

Tivemos oportunidade também de acompanhar outra parturiente, com a qual foram também realizadas todas as intervenções supracitadas, mas cujo parto terminou em cesariana por apresentação fetal alta.

Esta fase do “puxo” é muitas vezes desgastante para a mulher, como tal, e tendo por base o conforto da mesma, foi prática das nossas intervenções: incentivar o reforço hídrico; disponibilizar compressas embebidas em água para passar na face; providenciar as barras de apoio e todo o material necessário para a parturiente se apoiar e segurar, se necessário; proporcionar os sacos de sementes para aplicação de calor na região lombar para alívio da

dor e todos os recursos que fossem necessários para proporcionar à mulher um maior bem-estar e uma experiência de parto positiva; incentivar e elogiar positivamente os “puxos”; incentivar e orientar para mudança de posição, se necessário e monitorização contínua ou intermitente (nesta fase retiramos o tocógrafo, deixando apenas a sonda para a visualização do traçado da FCF, que dependendo da posição da mulher foi contínuo ou intermitente, sendo que nesta última foi vista a FCF após cada contração).

Quando o maior diâmetro da cabeça fetal alcança a vulva, processo ao qual se designa mais frequentemente por coroamento, o períneo encontra-se muito adelgado, sendo por esta razão, e nesta fase que, se necessário, recorreremos à prática de episiotomia. Oppenheimer e Black (2014) referem que esta técnica deve ser realizada de forma médio lateral, direcionando-se, geralmente, para o lado esquerdo e serve para aumentar o canal vaginal, quer seja por necessidade de parto instrumentalizado ou por suspeita de comprometimento fetal. Esta depende do tipo de tecidos, da paridade, do bem-estar fetal, do peso estimado e da apresentação e variedade fetal. É ainda mencionado que esta técnica deve ser individualizada e de acordo com cada mulher, pois em geral, a rutura espontânea do períneo pode ser reparada com mais facilidade e com menor desconforto.

Em contexto da prática clínica, só foi realizada a prática de episiotomia em duas parturientes. Num dos casos, esta foi efetuada devido a alterações da FCF, para que o feto ganhasse mais espaço e conseguisse progredir mais rapidamente, diminuindo assim o tempo do período expulsivo e o sofrimento fetal. Noutro caso, foi executada por causa da elasticidade do músculo perineal da parturiente, em que verificamos pouca capacidade de distensão, o que possivelmente provocaria uma rutura de tecidos.

O desprendimento da cabeça deve ser lento e gradual, minimizando a incidência de grandes lacerações (que podem estender-se até o músculo do esfíncter anal e do reto).

No CHPVVC a primeira abordagem foi apenas de observação, ou seja, sem tocar no períneo. Contudo, em algumas parturientes aplicámos a manobra de Ritgen, quando verificado a sua necessidade. Esta técnica tem como objetivo ajudar a desencravar as bossas parietais e a controlar a saída da cabeça (Lowdermilk, 2008; Oppenheimer & Black, 2014). No momento da saída da cabeça fetal realizámos sempre a proteção do períneo (aplicação de pressão) de modo a evitar lacerações maiores.

Após a saída da cabeça fetal, solicitámos e instruímos a parturiente a parar os esforços expulsivos, para observarmos a região cervical do RN e verificarmos a presença ou não de circulares do cordão umbilical. De acordo com Oppenheimer e Black (2014) as circulares cervicais ocorrem aproximadamente em 25% dos nascimentos. Na prática clínica, apenas identificámos circulares largas. Em alguns casos, atuámos de acordo com

Oppenheimer e Black (2014), deslizando-o sobre a cabeça. Contudo, noutros casos, o cordão umbilical foi suficientemente largo para ser possível deslizar ao longo do corpo do RN enquanto nascia.

Após o nascimento, limpámos as secreções do nariz, da boca e do corpo do RN com compressa esterilizada, estimulando-o e observando o seu estado geral à procura de potenciais sinais de dificuldade respiratória (adejo nasal, retração intracostal ou infracostal, cianose e pieira), de malformações, entre outras.

Oppenheimer e Black (2014) referem que, antigamente, costumava ser realizada aspiração de muco proveniente da boca e da faringe após o nascimento do RN, todavia, esta já não é considerada necessária, uma vez que o RN saudável e normal é capaz de limpar as suas vias aéreas espontaneamente.

Outro aspeto que avaliámos ao 1.º, 5.º e 10.º minutos após o nascimento foi o índice de Apgar. Segundo Freitas e Baptista (2016), este permite uma avaliação rápida das condições de vitalidade do RN, caracterizando de forma sistemática o período de transição do mesmo, e indica a necessidade de cuidados imediatos e/ou de reanimação. O RN foi avaliado tendo em conta os seguintes sinais: a cor; a frequência respiratória; a frequência cardíaca; o tónus muscular e a irritabilidade reflexa. A cada um destes parâmetros foi atribuído uma pontuação de 0 a 2 pontos, sendo a soma desta traduzida num *score* que varia entre 0 e 10. Quando este *score* é inferior a 4 é um indicador para iniciar manobras de reanimação. Já os valores compreendidos entre 4 e 6 traduzem uma dificuldade moderada, enquanto um *score* com valores superiores a 7 representa uma boa adaptação à vida extrauterina.

No CHPVVC, logo após o nascimento, o RN foi colocado em cima do abdómen da mãe, sem roupa e ainda conectado ao cordão umbilical (tendo em conta o tamanho deste), à exceção das parturientes que recusaram. Este comportamento foi registado apenas uma vez, sendo neste caso, questionado o pai se pretendia realizar o contacto pele-a-pele com o RN.

Segundo Abdulghani, Edvardsson e Amir (2018), a colocação do RN no abdómen ou no peito da mãe, imediatamente ou em menos de 10 minutos após o seu nascimento, define-se por o contacto pele-a-pele. A OMS (2018) nas suas recomendações também menciona esta prática, referindo que deve ser praticada durante uma hora e que contribui tanto para a prevenção da hipotermia como para a promoção da amamentação.

Os benefícios descritos do contacto pele-a-pele passam por uma maior estabilidade dos valores de glicémica capilar e do sistema cardiorrespiratório do RN; uma melhor adaptação ao meio extrauterino e uma melhor autorregulação dos sinais vitais. Além

destes, existem também vantagens para a mulher como a diminuição da duração do terceiro período do TP e a libertação de ocitocina que vai auxiliar no processo de involução uterina que, por sua vez, vai diminuir o risco de hemorragia (Abdulghani, Edvardsson & Amir, 2018; Abdala & Cunha, 2018).

O contacto pele-a-pele, segundo Abdala e Cunha (2018), favorece a interação precoce entre a mãe e o RN, pois nos primeiros 45 a 60 minutos de vida, este encontra-se num estado de alerta tranquilo, ou seja, permanece calmo, com os olhos abertos e com pouca atividade motora, o que o torna capaz de responder ao meio envolvente e contribui para a formação do vínculo afetivo. Assim, este período permite não só o início da interação mãe-RN como também promove o apego e favorece a amamentação. Esta prática, de acordo com os mesmos autores, é recomendada de forma imediata, contínua e ininterruptamente, à exceção de situações clínicas significativas (nestas, logo que seja estabilizado o bem-estar do RN, deve ser realizado o contacto pele-a-pele). É através desta intervenção que se dá a promoção da ligação pais-filho, uma vez que estabelecem contato visual com o RN, abraçam-no, tocam-no, acariciam-no e falam com o mesmo.

Após o nascimento do RN e de iniciar o processo do contacto pele-a-pele, questionamos o pai se pretendia realizar o corte do cordão umbilical (item incluído no plano de partos). Nas raras vezes em que este recusou, foi questionada a mulher e, só em última instância, é que nós procedíamos ao seu corte.

A escolha e a decisão da mulher foram sempre privilegiadas, desde que houvesse evidência de bem-estar materno e fetal, pelo que o tempo de clampagem do cordão umbilical (item também contemplado no plano de parto), também foi de acordo com a escolha do casal. Esta decisão só não foi priorizada nos casos em que foi necessária a intervenção urgente e imediata ao RN.

O Ministério da Saúde (2016, p. 272), na sua diretriz define clampagem do cordão umbilical tardia como o *“pinçamento do cordão entre 1-5 minutos após o nascimento do bebê ou após a cessação da pulsação do cordão”*. Madhavanprabhakaran, WittmNN, Vaidyanathan, Aldughaisi e Thomas (2017) por sua vez defendem que a clampagem do cordão umbilical pode ser retardada até que o cordão pare de pulsar. A OMS (2018), nas suas recomendações refere que a clampagem do cordão umbilical pode ser atrasada, devendo permanecer pelo menos um minuto após o nascimento, uma vez que melhora os resultados maternos e neonatais. Assim, ao longo do contexto da prática clínica, praticámos a clampagem tardia do cordão umbilical, quando o casal assim o pretendia, aguardando entre um a dois minutos após o nascimento do RN.

Mohammed, Tailakh, Fram e Creedy (2019) refere, contudo, que o momento ideal para a clampagem do cordão umbilical tem sido alvo de debate entre os profissionais da saúde materna e os profissionais da saúde pediátrica, uma vez que esta prática está relacionada com o aumento do risco de policitemia e de taquipneia transitória do RN. Todavia, os mesmos autores referem que a clampagem tardia do cordão umbilical permite uma diminuição do risco de anemia do RN, devido ao tempo de transfusão placentária, uma vez que o sangue continua a fluir da placenta para o RN através do cordão umbilical por três minutos. Por outro lado, o Ministério da Saúde (2016), na sua diretriz refere que a incidência de icterícia requerendo fototerapia é maior nos RN com clampagem tardia do cordão umbilical, comparativamente aos RN com clampagem precoce. Recomenda, contudo, o atraso na clampagem do cordão umbilical entre um a cinco minutos após o nascimento. É importante salientar que a clampagem tardia não tem evidências de efeitos adversos em outros desfechos maternos e neonatais (Mohammed, Tailakh, Fram & Creedy 2019; Yu, Sun, Shang & Yin, 2019).

No momento da clampagem e do corte do cordão umbilical, outro aspeto tido em conta foi o grupo sanguíneo e o grupo Rh da mulher, pois toda a parturiente que apresentasse grupo sanguíneo O e/ou fator Rh negativo, foi realizada a colheita de sangue do cordão umbilical (para identificação do fator Rh do RN, de modo a detetar precocemente a necessidade de profilaxia da isoimunização Rh, que deve ser administrada antes das 72 horas após o parto). Também foi considerado a existência de kit para a colheita de células estaminais, uma vez que nesta situação existem outros procedimentos a ter em conta e a clampagem tardia do cordão umbilical não pode ser realizada. É de salientar que após o corte do cordão umbilical e da colheita de sangue do mesmo, este foi deixado em drenagem, para permitir uma diminuição no terceiro período do TP.

Com o nascimento do RN, inicia-se o terceiro período do TP, designado como dequitação e que decorre até à expulsão completa da placenta. Este período tem uma duração entre cinco a trinta minutos (Dy, 2014; Fatia & Tinoco, 2016). Neste momento, os cuidados de enfermagem com a puérpera prevaleceram, pelo que as intervenções relativas ao RN foram reduzidas, enquanto os pais realizavam o estabelecimento da ligação ao RN.

No contexto da prática, aguardámos o surgimento dos sinais de descolamento, que, de acordo com Oppenheimer (2014), são: a saída de sangue pela vagina; o alongamento do cordão umbilical na vulva; a elevação do fundo do útero no abdómen à medida que a placenta desce do útero para a vagina e a consistência uterina fica firme e de forma globular.

De forma a verificar o descolamento da placenta utilizámos a Manobra de Krustner (colocar o bordo externo da mão direita acima do bordo superior da sínfise púbica, fazendo pressão na vertical em direção à coluna vertebral, permitindo assim a correção da anteversão do útero [Oppenheimer, 2014]). Quando confirmado, solicitámos à puérpera para efetuar um último puxo, ao mesmo tempo, realizámos tração controlada do cordão umbilical (como forma de controlar o descolamento e diminuir o risco de hemorragia). Durante a sua expulsão, apoiámos-la e efetuámos a manobra de Dublin (movimentos rotativos com a placenta) de forma a facilitar a saída completa das membranas, evitando a sua rutura e retenção na cavidade uterina (Fatia & Tinoco, 2016). A massagem uterina e a perfusão de ocitocina (realizada antes ou após, do descolamento, consoante a perda sanguínea apresentada durante o parto), também foram concretizadas, em alguns casos, para prevenir o risco de hemorragia (diagnóstico identificado neste período do TP), principalmente em mulheres múltiparas que têm um risco associado maior.

Após a expulsão da placenta, esta deve ser examinada de modo a garantir que nenhum fragmento da placenta ou das membranas permanecesse na cavidade uterina (Lowdermilk, 2008). Assim, efetuámos uma inspeção minuciosa da placenta e do cordão umbilical, observando: o mecanismo de descolamento (Schultze ou Duncan); local de inserção e comprimento do cordão umbilical; existência dos três vasos no cordão (duas artérias e uma veia); existência de anomalias no cordão (nós verdadeiros ou falsos, inserção velamentosa, entre outros); forma, regularidade e inserção da placenta (através do ponto de rutura das membranas); existência de dois folhetos (amnion e córion); integridade dos cotilédones e existência de vasos ou cotilédones aberrantes. Não foram observadas nenhuma alteração a nível da placenta ao longo da prática clínica.

Fatia e Tinoco (2016) referem que durante este período, podem surgir complicações, como: a retenção da placenta, a dequitação incompleta, a atonia uterina, a inversão uterina e o traumatismo do canal de parto. Na prática clínica, tivemos duas situações em que as membranas ficaram retidas no útero. Oppenheimer (2014) refere que nestas situações, ocasionalmente, é necessário recorrer à revisão manual do útero, de modo a remover os fragmentos retidos na cavidade uterina. Assim, quando identificámos a presença de membranas retidas, solicitámos o apoio do médico obstetra, que realizou a revisão manual.

Antes desta intervenção, administrámos a analgesia pela via epidural, por presença de cateter epidural em ambos os casos, e colocámos a ocitocina em perfusão.

Após a revisão uterina, administrámos antibioterapia de acordo com a prescrição médica.

Depois da expulsão da placenta, prestámos cuidados perineais, de modo a conseguirmos observar o canal de parto e verificarmos a existência de eventuais lacerações. Na presença destas, observámos a extensão e o ápice da mesma, de forma a prosseguirmos com a sua reparação. Antes de iniciarmos a sutura, administrámos analgesia pela via epidural nas mulheres com cateter epidural, enquanto nas parturientes que optaram por um parto natural, administrámos a analgesia local. A mesma foi administrada quando a mulher mantinha queixas, mesmo após a realização da analgesia pela via epidural. Em alguns casos foi ainda aplicada a Lidocaína Spray.

Muitas puérperas apresentaram lacerações perineais de primeiro e segundo grau, contudo, nalgumas mulheres apenas surgiram lacerações vaginais superficiais.

Segundo Lowdermilk (2008), a extensão das lacerações do períneo, subdividem-se em quatro grupos, dependendo da sua profundidade. As lacerações de primeiro grau – envolvem apenas a mucosa e a pele; a laceração de segundo grau – incluem os músculos perineais sem atingir o esfíncter anal; a laceração de terceiro grau – são lesões do períneo envolvendo o complexo anal e a laceração de quarto grau – são lesões do períneo envolvendo o epitélio e o complexo do esfíncter anal (Brasil citado por Sousa, Sousa, Silva, Rocha & Viana, 2018).

Lowdermilk (2008) refere ainda que a lesão perineal é acompanhada, frequentemente, por pequenas lacerações superficiais nos pequenos lábios, podendo ser abaixo do ramo púbico, lateralmente à uretra (peri-uretral) e ao clitóris. Quanto às lacerações vaginais e uretrais, estas ocorrem nas paredes laterais ou na abobada vaginal e acompanham muitas vezes as lacerações do períneo.

Depois de prepararmos o material de sutura (o fio de sutura [frequentemente Vicryl 3.0 nas lacerações de primeiro grau e Vicryl 2.0 nas lacerações de segundo grau]; compressas esterilizadas e luvas esterilizadas) e a analgesia começar a fazer efeito, iniciámos a sutura um centímetro acima do ápice da laceração. Nas lacerações de segundo grau utilizámos a sutura contínua para o músculo e a sutura intradérmica ou os pontos Donati para a pele. Já nas lacerações de primeiro grau e nas lacerações superficiais utilizámos pontos simples. Contudo, algumas mulheres apresentaram lacerações superficiais nos pequenos lábios que não foram necessárias suturar, pois de acordo com Lowdermilk (2008) as lesões simples do períneo, por norma, cicatrizam sem provocar danos permanentes independentemente de serem reparadas.

Após a correção da laceração voltámos a inspecionar o canal de parto para confirmação da perineorrafia (se bem executada ou se necessitava de mais algum ponto) e voltamos a prestar cuidados perineais. De seguida, para diminuir o edema e a dor,

aplicámos gelo local. É de salientar que enquanto foi corrigida a sutura, realizámos ensinamentos à mulher quanto aos pontos reabsorvíveis e à lavagem frequente do períneo com água tépida, principalmente após a eliminação.

Alguns autores designam, as primeiras duas horas após o nascimento, de quarto período do TP, considerando-se o seu início a partir do momento em que ocorre a dequitação (Dy, 2014). Crum (2008) refere que este período é crucial, tanto para a puérpera como para o RN, pois além de estarem a recuperar do processo físico do parto, estão a conhecer-se e a estabelecer relações entre si. Neste período, ainda ocorre o processo de reajustamento inicial e a estabilização dos órgãos maternos e dos sistemas orgânicos, para o estado não gravídico. Por outro lado, o RN continua a adaptar-se à transição da vida intrauterina para a extrauterina.

Fatia e Tinoco (2016) referem o quarto período do TP como fundamental nos processos hemostáticos (impedem hemorragias excessivas), uma vez que existe maior probabilidade de estas ocorrerem. Geralmente, após a primeira hora, o útero regressa às suas condições normais, ou seja, firmemente contraído, completando assim o processo de hemostasia.

Neste período avaliámos, através da palpação abdominal, a contração do útero (formação do globo de segurança de Pinard, logo após a dequitação), vigiámos as perdas sanguíneas vaginais, observámos o períneo e monitorizámos os sinais vitais. Nesta fase também retirámos o cateter epidural e providenciámos uma refeição (geralmente após a amamentação). Outra intervenção realizada foi o incentivo e a vigilância da eliminação vesical, devido ao risco de retenção urinária.

O EESMO possui um papel relevante na assistência à mulher e ao RN, responsabilizando-se pela sensibilização e encorajamento de práticas humanizadas e com benefícios cientificamente comprovados, especialmente nas primeiras horas após o parto (Abdala & Cunha, 2018). Assim, após os cuidados prestados à mulher e depois da realização do contacto pele-a-pele, focamo-nos no RN implementando um conjunto de intervenções de enfermagem relativamente ao foco “Desenvolvimento Infantil”, nomeadamente: a monitorização do peso, do comprimento e do perímetro cefálico; da glicémia capilar quando RN de baixo peso ou macrossómico ou, ainda, filho de mãe diabética (prévia ou gestacional). Nesses casos abrimos o diagnóstico de risco de hipoglicemia.

Nas primeiras horas do RN também foram abertos os seguintes diagnósticos: risco de infeção (profilaxia da infeção ocular); risco de hipotermia (após o contacto pele-a-pele vestimos o RN para evitar perdas de calor) e risco de aspiração.

Outra intervenção realizada ao RN foi a profilaxia da hemorragia após o nascimento. O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sustenta a profilaxia da vitamina K ao nascimento, como uma medida preventiva universal para combater a hemorragia por déficit de vitamina K de início tardio (Stokes, Emmerson & Mukherjee, 2018). Esta é uma doença potencialmente devastadora e pode apresentar-se por sangramento espontâneo (comumente, mucocutâneo ou gastrointestinal) ou hematomas (podem surgir nas primeiras horas ou semanas de vida) (Burke et al., 2015). Assim, em todos os RN, foi administrada vitamina K ao nascimento, tal como a OMS (2018) recomenda: administração de 1mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento. A diretriz clínica do NICE complementa referindo ser o método com maior confiabilidade de administração e adesão e ainda a mais rentável (Stokes et al., 2018).

Crum (2008) descreve o quarto período como sendo ideal para o início do processo da amamentação, não só pelo facto do RN se encontrar em estado de alerta e pronto a ser amamentado, mas também, pelo benefício desta prática no processo da contração do útero, diminuindo assim o risco de hemorragia uterina. A OMS (2018) também refere nas suas recomendações que todos os RN, incluindo os de baixo peso, devem iniciar o processo de amamentação o mais cedo possível após o nascimento. Abdala e Cunha (2018) acresce que o quarto passo dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, recomenda que o profissional incentive e apoie o início do aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, orientando as mulheres na identificação de sinais de fome.

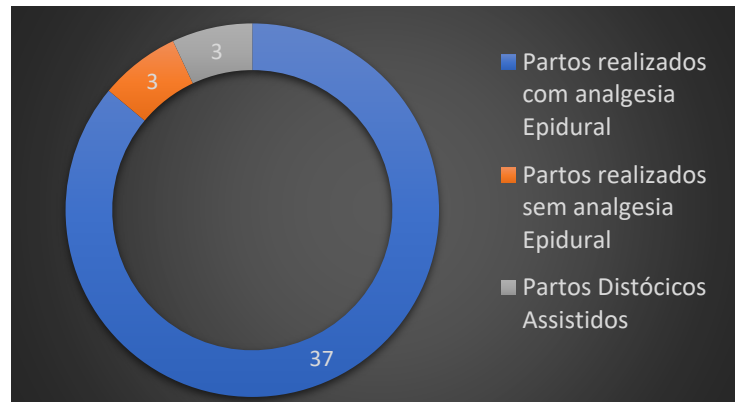
No CHPVVC, após prestarmos os cuidados à puérpera e ao RN e colocá-los confortavelmente, iniciámos o processo de amamentação, à exceção das mulheres que recusaram amamentar. Nestes casos, orientámos relativamente à preparação do leite de fórmula, como o fazer e onde o podiam preparar. Ao longo da prática clínica, apenas duas puérperas rejeitaram amamentar o RN, pelo que realizámos ensinamentos acerca do leite artificial.

No processo de amamentação orientámos a puérpera para os sinais de saciedade do RN e instruímos sobre os horários de refeição (três em três horas [Lowdermilk, 2008]). Todavia, incentivámos a amamentação em horário livre, ou seja, o RN determina a frequência da amamentação (contudo, nas 24 horas diárias, deverá realizar oito refeições [Lowdermilk, 2008]). Observámos ainda o reflexo de sucção e deglutição do RN e a pega correta.

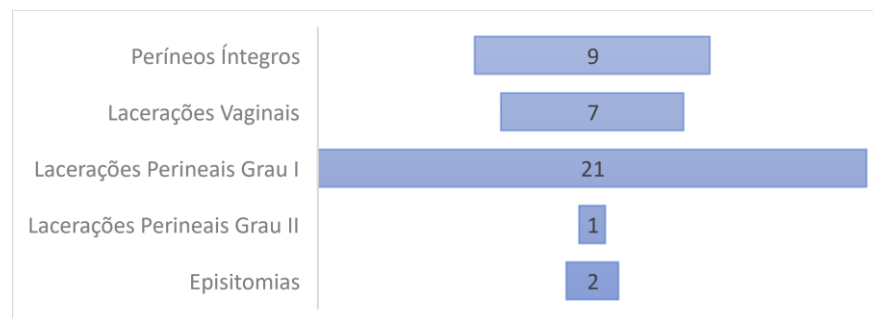
Após as duas horas de vigilância e não existindo complicações, verificámos a presença de contração uterina, vigiámos a perda sanguínea, executámos os cuidados

perineais, realizámos os restantes registos e transferimos a puérpera/casal/RN para o serviço de internamento.

Ao longo do contexto clínico, tivemos a oportunidade de realizar partos e assistir em partos distócicos, sendo que cada um teve as suas particularidades, nomeadamente quanto ao trauma perineal e à analgesia por via epidural. Assim, apresentamos nos gráficos seguintes, os dados referentes a esta prática clínica.



**Gráfico 2:** Descrição dos partos realizados e assistidos na prática clínica: “Trabalho de Parto e Parto”



**Gráfico 3:** Descrição do trauma perineal nos partos realizados na prática clínica: “Trabalho de Parto e Parto”

### 3.1. Influência da adoção de posições verticalizadas na incidência do trauma perineal no segundo período do TP

No âmbito da prática clínica “Trabalho de parto e parto” foi desenvolvida uma RIL sobre uma temática relacionada com a prática clínica. A temática escolhida foi a “influência das posições verticalizadas na incidência do trauma perineal no segundo período do TP”. Este tema foi escolhido sobretudo na prática clínica “autocuidado pós-parto e

parentalidade”, realizado no HNM, uma vez que constatámos um elevado número de episiotomias nas puérperas a quem prestámos cuidados. Sabemos, porém, que nesta instituição, a posição frequentemente sugerida pelos profissionais da saúde foi a posição dorsal ou a litotomia. Pelo que, decidimos investigar a relação entre a posição verticalizada e o trauma perineal.

Posteriormente, no decorrer da prática clínica “Trabalho de parto e parto”, realizado no CHPVVC, foi possível constatar uma realidade distinta. Nesta instituição a posição, durante o segundo período do TP, foi escolhida pela mulher, podendo a parturiente alternar entre diferentes posições, sendo as mais utilizadas: a posição de semi-sentada, a posição lateral, a posição e a de sentada no banco de partos. Também a prática de episiotomia foi raramente executada. Verificámos, nestas circunstâncias, que algumas mulheres apresentaram lacerações de grau I, enquanto outras apresentaram períneo íntegro. Tal aspeto, incentivou ainda mais a procura por evidência científica relativamente a esta temática, de forma a verificar a existência ou não da associação entre a posição verticalizada e a incidência do trauma perineal.

Assim, pretendemos com este trabalho verificar, através da evidência científica existente, se a adoção de posições verticalizadas, durante o segundo período do TP, influencia a incidência do trauma perineal.

### **3.1.1. Introdução**

Nas últimas décadas, a posição adotada pela mulher no segundo período do TP, tem vindo a ser um foco de maior atenção por parte dos profissionais de saúde, mas também das próprias parturientes, devido ao impacto das posições nos resultados obstétricos, maternos e neonatais. Assim, todas as mulheres, devem ser incentivadas a posicionarem-se de acordo com as suas preferências e o seu conforto, independentemente da presença ou não de analgesia por via epidural (Serati et al., 2016).

As posições verticalizadas são recomendadas pela OMS e pela Normal Birth Guideline, principalmente, pelo facto de aumentar a probabilidade do parto vaginal normal. Mas também pelas suas vantagens, nomeadamente: “puxos” espontâneos; contrações mais eficientes; segundo período do TP mais curto; menos intervenções e melhor controlo da dor. As posições verticalizadas têm ainda como benefícios a ação da gravidade e o facto

de o pavimento pélvico assumir uma maior amplitude, facilitando assim a descida e a rotação fetal (Zhang et al., 2017).

De acordo com Mineiro et al. (2016), a posição verticalizada inclui todas as posições que proporcionem um ângulo superior a 45.º graus entre o tronco e os membros inferiores, tais como: de cócoras, de joelhos, de pé e sentada. Vasco e Poveda (2015) acrescentam a posição de “quatro apoios”. Relativamente às posições horizontais, os mesmos autores, consideram as posições em que o ângulo é inferior a 45.º graus abrangendo assim a posição supina, de litotomia, semirreclinada e a lateral.

Ao longo do TP normal, as mulheres podem sofrer algum tipo de trauma perineal, ou seja, a perda da integridade do períneo ou qualquer outro dano ocorrido na região genital feminina. O trauma perineal pode surgir espontaneamente (lacerações perineais) ou através de procedimento cirúrgico (prática de episiotomia) (East et al. citado por Botelho, 2017).

Segundo Oliveira, Brito, Quintana, Duarte & Marcolin (2014), o trauma perineal foi dividido em quatro graus, de acordo com a extensão da lesão perineal e anal. Royal College of the Obstetricians and Gynecologists citado por Oliveira et al. (2014) classifica então os quatro graus do trauma perineal, da seguinte forma:

1. Grau 1 → Lesão limitada à mucosa vaginal e à pele do períneo;
2. Grau 2 → Lesão que inclui os músculos do períneo;
3. Grau 3 → Lesão que envolve o esfíncter anal;
4. Grau 4 → Lesão que abrange a mucosa retal;

Acrescenta ainda que os traumas perineais severos foram determinados como as lacerações perineais de grau 3 e grau 4.

A prática de episiotomia, de acordo com Kwon e Park (2016), surgiu como forma de prevenir os traumas perineais severos durante o parto. Todavia, os mesmos autores, mencionam estudos observacionais e randomizados que reportam o aumento significativo da incidência de lesões severas nas mulheres submetidas a esta técnica. Zhang et al. (2017) acrescentam que a prática de episiotomia aumenta o risco de danos nos músculos do pavimento pélvico, causando mais dor e mais complicações no período pós-parto (retenção urinária e atividade sexual comprometida), pelo que, atualmente e cada vez mais, a episiotomia de rotina é desaconselhada e menos praticada, em algumas instituições.

As lesões perineais podem ainda afetar a qualidade de vida da mulher e originar consequências futuras tais como: a incontinência urinária e fecal, a dor pélvica crónica e a dispareunia (Oliveira, Brito, Quintana, Duarte & Marcolin, 2014). Pelo que, se determina ser de máxima importância reduzir o trauma perineal nas parturientes, tornando-se este um

foco de atenção dos profissionais da saúde. Assim, e tendo em conta, as consequências inerentes e que podem advir do trauma perineal, pretendemos com esta RIL perceber se efetivamente a adoção de posições verticalizadas contribui para a diminuição do trauma perineal.

### **3.1.2 Método**

Para a realização deste estudo, optamos por uma RIL, pois é um método específico de revisão que resume e agrupa o conteúdo científico e teórico produzido, conduzindo a um conhecimento mais amplo sobre determinado fenómeno ou problema. Este método requer a formulação de um problema, a pesquisa de literatura, a avaliação crítica, a análise de um conjunto de dados e a sua respetiva apresentação e síntese dos resultados, de forma sistemática e ordenada, permitindo assim aprofundar o conhecimento. Quando realizada de forma correta, a RIL, constitui-se um meio para o desenvolvimento de teorias, com aplicação direta na prática clínica (Galvão et al e Whitemore & Knafel citados por Ribeiro, 2014; Sousa, Marques-Vieira, Severino & Antunes, 2017).

A RIL é uma ampla abordagem metodológica que permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, que combina dados da literatura teórica e empírica, e que inclui a análise de pesquisas que apoiam a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Possibilita, ainda, a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar as lacunas desse conhecimento e que, conseqüentemente, requerem a realização de novos estudos. A RIL reúne a síntese de múltiplos estudos publicados, possibilitando a criação de conclusões genéricas a respeito de uma área de estudo em particular (Mendes, Silveira & Galvão e Souza, Silva & Carvalho citados por Ribeiro, 2014).

Nestes pressupostos, consideramos imprescindível à atuação do EESMO, neste domínio específico da prática, a procura pela melhor e mais atual evidência científica. Assim, e de forma a dar resposta à questão de pesquisa, foram utilizadas as seguintes bases de dados: “Academic Search Complete, CINAHL Complete, MedicLatina, MEDLINE with Full Text”.

Para a elaboração da RIL é importante definir o tema e identificar a hipótese ou a questão de pesquisa. Esta determina quais os estudos a incluir e os meios adotados para a identificação dos mesmos, assim como as informações neles contidas, definindo os

participantes bem como as intervenções e os resultados a serem avaliados (Souza et al. e Santos et al. citados por Sousa et al, 2017).

Partindo destes princípios, a nossa população em estudo são as parturientes e a intervenção que nos propomos analisar é a adoção de posições verticalizadas durante o segundo período do TP. O resultado que pretendemos atingir é o conhecimento sobre a influência das posições verticalizadas na incidência do trauma perineal.

Tendo em conta os pressupostos supracitados, formulamos a seguinte questão: A adoção de posições verticalizadas pela parturiente, durante o segundo período do TP, diminui a incidência do trauma perineal?

No sentido de dar resposta à questão de pesquisa, foram identificados os seguintes descritores MeSH: “perineum injuries”; “laceration”; “episiotomy”; “labor stage, second”; “patient positioning”; “posture”; “sitting position” e “standing position”. Com estes, criamos a seguinte frase booleana: “perineum injuries or lacerations or episiotomy” and “patient positioning or posture or sitting position or standing position” and “labor stage, second”.

Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram: gestações de feto único, adoção de posições verticalizadas, no segundo período do TP e qualquer tipo de trauma perineal (lacerações e episiotomia), independentemente da paridade ou da analgesia por via epidural, bem como idioma em português e inglês. Como critérios de exclusão consideramos: as gestações pré-termo, as gestações com comorbilidades associadas, apresentações pélvicas e o idioma alemão.

A procura de artigos, com a frase booleana já referida e com a delimitação temporal, escolhida entre 2014 a 2019, resultou em treze artigos. Destes, quatro artigos foram excluídos devido à leitura do resumo e do objetivo do estudo. É de salientar que em nenhum deles existia ligação entre a posição verticalizada e o trauma perineal.

Após a leitura integral do texto completo dos nove artigos pré-selecionados, dois foram excluídos por não cumprirem com os critérios de inclusão, pelo que apenas sete integram o estudo sendo: três revisões sistemáticas da literatura com meta-análise; um estudo prospetivo controlado quase-experimental e três estudos de coorte (um observacional; um retrospectivo e outro prospetivo).

É fundamental o pesquisador que pretende implementar a PBE entender e atribuir um nível de evidência a um estudo, através do seu desenho. O pesquisador através desta avaliação é capaz de verificar a qualidade metodológica e o rigor da evidência (Instituto Joanna Briggs, 2014).

Para avaliarmos o nível de evidência dos artigos selecionados para esta RIL, utilizamos a classificação dos níveis de evidência de Galvão (2006), que se encontra na tabela seguinte.

<b>Nível de Evidência</b>	<b>Descrição</b>
<b>I</b>	Revisões Sistemáticas ou meta-análise de todos os ensaios clínicos randomizados relevantes;
<b>II</b>	Ensaio clínico randomizado bem projetado
<b>III</b>	Ensaio clínico não randomizados bem projetados
<b>IV</b>	Estudos de casos controlo ou estudos de coorte
<b>V</b>	Revisões sistemáticas de estudos descritivos ou qualitativos
<b>VI</b>	Estudo descritivo ou qualitativo
<b>VII</b>	Opiniões de autoridades ou relatórios de especialistas

**Tabela 1:** Níveis de Evidência adaptado por Cristina Galvão (2006)

### **3.1.3. Resultados**

Os artigos estudados nesta RIL foram então introduzidos no quadro 1, onde constam as seguintes informações: o título, os autores e o ano de publicação; o objetivo do estudo, o desenho do estudo, as questões metodológicas, as conclusões e o nível de evidência.

Nº	Título, autor e ano	Desenho	Objetivo	Questões metodológicas	Conclusões	Nível de Evidência
1	<p>Posição no segundo período do TP em mulheres sem analgesia epidural</p> <p>Gupta, Sood, Hofmeyr &amp; Vogel</p> <p>2017</p>	<p>Revisão sistemática com meta-análise</p>	<p>Determinar os possíveis benefícios e desvantagens do uso de diferentes posições de parto, durante o segundo período do TP, sem analgesia epidural, nos resultados maternos, fetais, neonatais e do cuidador</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Este estudo é uma atualização da revisão de Gupta 2012 e foi realizado em novembro de 2016;</li> <li>✓ Os critérios de inclusão são: estudos controlados randomizados, que tenham alocação aleatória ou quase aleatória e acompanhamento adequado, e que tenham comparado as posições listadas nos tipos de intervenções da revisão; ensaios em forma abstrata foram incluídos também; e gestantes no segundo período do TP independentemente da escolha de analgesia;</li> <li>✓ Foi feita comparação entre o uso de qualquer posição vertical durante o segundo período do TP com a posição supina ou de litotomia bem como as diferentes posições verticais com a posição supina;</li> <li>✓ As posições foram categorizadas como neutras ou verticais. As posições neutras foram definidas como: posição lateral, dorsal, semi-recostado (tronco inclinado para a frente até 30º), litotomia e posição de trendelenburg. As posições verticais incluem: sentado (inclusive no banco de partos), de joelhos e de cócoras;</li> <li>✓ Entre os resultados maternos é possível verificar o traumatismo do canal de parto, em que exigiu sutura: episiotomia, laceração de grau 2 e laceração de grau 3 e 4;</li> <li>✓ A pesquisa foi realizada na “Cochrane Pregnancy and Childbirth’s Trials Register”, base de dados que contém 22000 relatórios de ensaios controlados no campo da gravidez e parto;</li> <li>✓ Os resultados da pesquisa foram rastreados por duas pessoas;</li> <li>✓ Foi pesquisado também artigos nas listas de referência de estudos recuperados. Não foram aplicados nenhuma restrição de idioma ou data;</li> <li>✓ Para esta atualização foram usados 17 relatórios identificados como resultados da pesquisa realizada;</li> <li>✓ Esta revisão atualizada contém agora 32 ensaios clínicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Os resultados demonstraram menores taxas de episiotomia nas mulheres que permaneciam no segundo período do TP na posição vertical. Contudo, mostrou um possível aumento nas lacerações perineais de grau 2. Não existiu diferenças claras nas lacerações de grau 3 e 4;</li> <li>✓ Na posição sentada ou de cócoras os resultados expõem menos episiotomias realizadas nas posições verticalizadas. Nas lacerações de grau 2, 3 e 4 não existiu diferenças claras;</li> <li>✓ Comparando a posição supina com a almofada de nascimento, os resultados exibem resultados semelhantes relativamente às episiotomias. Todavia, ocorreu menos lacerações de grau 2 nas mulheres que utilizaram a almofada de nascimento;</li> <li>✓ A posição de sentada no banco de partos, apresentou taxas de episiotomia menores. Porém, a taxa de lacerações de grau 2 aumentaram. Não foram relatadas lacerações de grau 3 e 4.</li> </ul>	I

				<p>randomizados, com dados de resultados de 30 ensaios (9015 mulheres), 17 estudos foram excluídos e um encontra-se ainda em estudo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 14 estudos relataram mulheres nulíparas e 5 mulheres múltíparas. 15 artigos incluem mulheres múltíparas e nulíparas;</li> <li>✓ A maioria dos ensaios engloba gestações com 36 semanas sem complicações obstétricas. À exceção de dois artigos que incluíram gestações de 34 e 35 semanas;</li> <li>✓ Todos incluíram estudos relatados em qualquer posição vertical com a posição supina. Foram ainda incluídos 10 artigos em que comparam mulheres em posição supina com posição de sentada ou de cócoras e 3 ensaios fazem comparação entre a posição supina e a posição no banco de partos;</li> </ul>		
2	<p>Meta-análise em posições maternas no período expulsivo para melhorar os resultados perineais</p> <p>Vasco &amp; Poveda</p> <p>2015</p>	<p>Revisão sistemática com meta-análise</p>	<p>Determinar a evidência científica acerca dos efeitos preventivos das diferentes posições de parto, durante o segundo período do TP, na redução da incidência de lesões perineais e</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estudo realizado entre 3 de fevereiro de 2012 e 2 de outubro de 2014, usando as seguintes bases de dados: Pubmed, Scopus, WOS e Biblioteca Cochrane Plus;</li> <li>✓ Não foram aplicados limites temporais e incluíram os seguintes idiomas: inglês, espanhol, francês, português e italiano;</li> <li>✓ Os termos de pesquisa usados foram: "labor" ou "labour" e "delivery" ou "childbirth" e "position" ou "posicionamento" ou "posture" e "perineal care" ou "laceration" ou "episiotomy" ou "perineum".</li> <li>✓ Foram encontrados 371 resultados da pesquisa on-line e 26 artigos da pesquisa em referências. Do total destes, 311 não eram relevantes e 69 não eram estudos controlados.</li> <li>✓ Foram selecionados 17 artigos, através da verificação dos títulos e dos resumos e da análise dos mais pertinentes bem como a verificação da adaptação dos objetivos e da qualidade metodológica.</li> <li>✓ Foi utilizado o protocolo Cochrane para a realização desta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ As posições verticalizadas reduzem significativamente o número de episiotomias, em mulheres nulíparas, múltíparas e independentemente da paridade. Contudo, existe um aumento das lacerações labiais;</li> <li>✓ Ao comparar a posição de joelhos com a posição de sentada, a taxa de períneos íntegros é maior no grupo de mulheres em posição de joelhos, bem como o número de episiotomias foi menor.</li> <li>✓ Comparando o decúbito lateral com a posição de semi-sentada, foi observado menos episiotomias, mas mais lacerações de grau 1, lacerações labiais e</li> </ul>	I

			a morbidade associada à mesma	<p>meta-análise, incluindo todos os ensaios clínicos controlados que comparam as distintas posições de parto no período expulsivo, independentemente de outras variáveis;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ As medidas de resultado procuradas foram aquelas destinadas a avaliar a existência de lesões no períneo após o nascimento: períneo íntegro, episiotomia, laceração (grau) ou lesão que necessitasse de sutura;</li> <li>✓ A amostra total dos 17 artigos foi de 5396 mulheres;</li> <li>✓ Existem variações nas posições analisadas, sendo que a grande maioria se concentra na comparação das posições vertical com a posição horizontal;</li> </ul>	<p>suturas necessárias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ao analisar a posição de decúbito lateral, e comparando-a a qualquer outra posição, observa-se uma redução na taxa de episiotomias, mas um aumento nas lacerações labiais.</li> <li>✓ O estudo conclui então que as posturas alternativas como a posição vertical e a posição lateral reduzem a taxa de episiotomias.</li> </ul>	
3	<p>Meta-análise do efeito das posições verticalizadas durante o segundo período do TP nas mulheres sem analgesia epidural de rotina</p> <p>Deliktas &amp; Kukulu 2018</p>	<p>Revisão sistemática com meta-análise</p>	<p>Examinar e determinar:</p> <p>a) Qual o efeito da posição vertical, em mulheres sem analgesia epidural, durante o segundo período do TP, versus a posição reclinada;</p> <p>b) Qual o efeito da posição vertical sobre a saúde da</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A pesquisa bibliográfica foi realizada com os seguintes termos: “position and second stage of labour”, “maternal position and labour”, “labour position and second stage”, “labour and positions” e “mother position and labour”.</li> <li>✓ As bases de dados utilizadas foram: EbscoHost, CINAHL Complete, Medline, Science Direct, Springer Link, Ovid, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Networked Digital Library of Theses &amp; Dissertations and Proquest para estudos em inglês. E ainda, o ULAKBIM e o YOK para artigos turcos.</li> <li>✓ Foram usados vários filtros, de acordo com os critérios de inclusão, nomeadamente: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quanto às características da amostra: mulheres que adotaram posição vertical e horizontal; gestações de feto único e apresentação cefálica; gravidez de baixo risco; mulheres que optaram por não realizar analgesia epidural; partos de início espontâneo ou induzido;</li> <li>2. Características da intervenção: dois grupos: um experimental – mulheres que adotaram a posição vertical no segundo período do TP, como por exemplo: sentada, de cócoras, banco de partos, “quatro apoios”</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Neste estudo, o efeito da posição vertical não determinou um resultado significativo em relação aos traumas perineais (integridade perineal, laceração de grau 1, 2 e 3);</li> <li>✓ A posição vertical foi eficaz apenas na redução significativa do risco de episiotomias;</li> <li>✓ A integridade perineal é referida por alguns estudos como apresentando maior preservação na posição vertical, enquanto outros referem exatamente o oposto;</li> <li>✓ Todos os estudos incluídos na análise, embora tenham diferentes tamanhos de amostra, todos produziram resultados a favor da posição vertical;</li> </ul>	I

			região perineal em mulheres sem analgesia epidural de rotina durante o segundo período do TP versus a posição reclinada	<p>e semi-sentada; e outro de controlo – mulheres que adotaram posição reclinada como por exemplo: supina, supina-litotomia, dorsal, lateral e restrição na cama;</p> <p>3. Características dos resultados: tipo de parto (parto vaginal normal, parto vaginal instrumentalizado e cesariana); traumas perineais (integridade perineral, laceração grau 1, 2 e 3, episiotomia); e hemorragia pós-parto;</p> <p>4. Características dos tipos de estudo: ensaios clínicos randomizados e não randomizados, artigos com texto completo acessível, teses de mestrado e doutorado publicadas, estudos realizados entre 1970 e 2015, estudos que especificam claramente os dados binários, tamanho da amostra dos grupos experimentais e de controlo e ainda artigos turcos e ingleses;</p> <p>✓ Foi tido em conta o “Manual Cochrane para Revisões Sistemáticas de intervenções”;</p> <p>✓ Um total de 10464 estudos foram encontrados, 84 foram examinados em detalhes de acordo com os critérios de inclusão. A seleção final foi de 22 artigos (19 ensaios clínicos randomizados e 3 não randomizados, e ainda 9 publicados entre 1980 e 1990 e 13 entre 2000 e 2015);</p> <p>✓ Os tipos de posição vertical verificados nos estudos foram 9 casos sentadas no banco de parto, 5 casos de posição de cócoras e 8 casos de posição ereta na cama. Também foram incluídos estudos em posição supina-litotomia e tradicional;</p>		
4	Associações entre a melhoria da assistência durante o segundo período	Estudo prospetivo controlado quase-	Avaliar a eficácia do cuidado no segundo período do TP com a	<p>✓ Realizado em Matlab, Bangladesh entre 2014 e 2015;</p> <p>✓ Critérios de inclusão: gestações de fetos únicos, com apresentação cefálica, que dessem entrada no Hospital de Matlab no primeiro período do TP antes da dilatação completa e que consentissem a sua participação no estudo;</p>	✓ Amostra de 523 mulheres no grupo antes da implementação das intervenções e de 528 mulheres no grupo após a introdução das medidas de suporte;	III

	do TP e a saúde materna e neonatal em um hospital rural em Bangladesh  Pervin, Aktar, Nu, Rahman & Rahman  2018	experimental	implementação de três intervenções com o intuito de reduzir as complicações maternas e neonatais	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utilizado dois coortes, um antes e outro depois da implementação das seguintes intervenções, no segundo período do TP: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Manter posição de parto de acordo com a escolha da mulher;</li> <li>2. Adotar técnica de “puxo” espontaneamente;</li> <li>3. Permitir pessoa significativa durante o parto;</li> </ul> </li> <li>✓ Neste hospital as medidas de suporte do segundo período do TP não foram frequentemente praticadas, pelo que todos os médicos e enfermeiras ou enfermeiras especialistas em saúde materna, foram treinados durante um mês relativamente às diferentes posições de parto, às técnicas de “puxo” e da importância da envolvimento da pessoa significativa durante o processo de TP;</li> <li>✓ Foi demonstrado às mulheres as diferentes posições de TP, sendo depois da sua escolha, a preferência pela posição no momento do período expulsivo;</li> <li>✓ Neste estudo, as posições verticalizadas utilizadas foram: de pé, de joelhos, sentada, “quatro apoios” e a posição de Matlab (posição local adotada que consiste em a mulher estar de joelhos, com os seus braços envolvidos no pescoço da pessoa significativa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A posição de parto adotada anteriormente às intervenções implementadas foi praticamente semi-sentada, enquanto depois a posição comumente adotada foi a de joelhos (33,1%).</li> <li>✓ A frequência da adoção de posições verticalizadas aumentou 76% no período pós intervenção em comparação com 1% no período pré intervenção;</li> <li>✓ As probabilidades de complicações maternas (episiotomia, lacerações) diminuíram 46% entre antes e depois da implementação das intervenções;</li> <li>✓ A frequência de episiotomias teve uma significativa diminuição de 49% para 29%;</li> <li>✓ Também a frequência de lesões perineais diminuiu, contudo não atingiu significância estatisticamente;</li> </ul>	
5	Posição de nascimento e lesão obstétrica do esfíncter anal: um estudo populacional de	Estudo observacional	Investigar a associação entre a posição de parto e a ocorrência da lesão obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Obtidos dados da mãe, do parto e das características do RN, através da base de dados obstétricos de Stockholm-Gotland utilizada por todas as unidades de maternidade, parto e pós-parto;</li> <li>✓ Estudo realizado desde janeiro de 2008 a outubro de 2014;</li> <li>✓ A base de dados contém informações prospectivas e padronizadas do pré-natal, do parto e do pós-parto;</li> <li>✓ Na Suécia, as parteiras são os principais cuidadores durante o parto normal de baixo risco, sendo estas que</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No total, o estudo obteve 44942 nascimentos em mulheres nulíparas; 65486 partos em mulheres múltiplas e 2828 partos em mulheres com cesariana anterior;</li> <li>✓ A posição de parto mais frequentemente utilizada foi a de sentada nos três grupos distintos;</li> </ul>	VI

	<p>113000 partos espontâneos</p> <p>Elvander, Ahlberg, Thies-Lagergren, Cnattingius &amp; Stephansson</p> <p>2015</p>		<p>do esfíncter anal em partos vaginais espontâneos na Suécia</p>	<p>diagnosticam e suturam as lacerações perineais de grau 1 e 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Os critérios de exclusão para este estudo foram: cesarianas e partos instrumentalizados, PPT, partos que exigiram episiotomia; apresentações não cefálicas e nados-mortos;</li> <li>✓ A amostra consistiu em 113279 gestações de feto único de termo e foi dividida em três grupos: mulheres nulíparas, mulheres múltiparas e mulheres com parto vaginal após cesariana anterior;</li> <li>✓ A posição de parto foi introduzida nos registos, podendo ser escolhida sete diferentes posições, nomeadamente: sentada, litotomia, lateral, de joelhos, supina, de cócoras e de pé. Existia ainda a opção outros para outra posição que não estivesse descrita anteriormente como por exemplo os partos ocorridos no banco de parto ou a posição de “quatro apoios”;</li> <li>✓ O resultado principal procurado foi as lesões obstétricas do esfíncter anal designado no estudo como OASIS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ As OASIS foram inferiores nas mulheres que optaram pela posição de pé durante o parto;</li> <li>✓ Nas mulheres nulíparas, a OASIS foi significativamente superior na posição de litotomia comparativamente à posição de sentada. Apenas a posição lateral esteve associada à redução do risco destas lesões;</li> <li>✓ Nas mulheres múltiparas, o risco de OASIS, foi duas vezes superior na posição de litotomia, em comparação com a posição de sentada. A posição de parto no banco de partos esteve associado a um aumento de 40% de OASIS enquanto a posição de cócoras esteve associado a um aumento duas vezes superior. Nas restantes posições não existe associação com o risco de OASIS;</li> <li>✓ O estudo concluiu então que a posição de litotomia está associada ao aumento do risco de OASIS, principalmente nas mulheres nulíparas. Também a posição de sentada no banco de partos e a posição de cócoras estão associados ao aumento deste risco nas mulheres múltiparas. Apenas a posição lateral, comparada à posição de</li> </ul>	
--	---	--	---	---	---	--

					sentada, apresentou um efeito ligeiramente protetor nas mulheres nulíparas.	
6	Melhores resultados perineais na posição de sentada durante o nascimento não podem ser explicados mudando da posição verticalizada para a posição horizontal para realizar uma episiotomia  Warmink-perdijk, Koelewijn, Jongé, Diem & Lagro-Janssen	Estudo de coorte prospectivo	Determinar se a taxa de episiotomia é maior nas mulheres que mudam da posição vertical para a posição horizontal em comparação com as mulheres que permanecem em posição horizontal durante todo o processo de TP e as mulheres que ficam em posição sentada	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Os dados foram utilizados num estudo de coorte prospectivo realizado em práticas de cuidados primários na Holanda entre outubro de 2005 até dezembro de 2007;</li> <li>✓ As posições durante o segundo período do TP foram classificadas como: vertical (incluindo: sentada; banco de parto, de pé, de joelhos e “quatro apoios”) e horizontal (envolvendo posição supina e lateral);</li> <li>✓ A combinação de posições, durante o segundo período do TP, foi categorizada em três grupos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posição horizontal ao longo de todo o segundo período do TP;</li> <li>2. Posição vertical e horizontal ao longo do segundo período do TP, optando por posição horizontal no momento do nascimento;</li> <li>3. Posição de sentada ao nascimento;</li> </ol> </li> <li>✓ As condições do períneo foram catalogadas como íntegro, lacerações de grau 1 e 2 com inclusão das lacerações vaginais e lacerações de grau 3 e 4, e episiotomias ou lacerações labiais;</li> <li>✓ A amostra deste estudo foi de 1196 mulheres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Neste estudo, 560 mulheres apresentaram períneo íntegro, 192 tiveram lacerações labiais, 452 mulheres evidenciaram lacerações de grau 1 e 2, e 167 mulheres foram submetidas a episiotomia. Apenas em 27 mulheres ocorreu lacerações de grau 3 e 4;</li> <li>✓ As razões demonstradas para a realização de episiotomias foram: segundo período do TP prolongado; sofrimento fetal e “outras razões”. Em 31,1% dos casos não foram dadas razões para a sua realização;</li> <li>✓ Das 1196 mulheres, 901 usaram a posição horizontal durante todo o segundo período do TP, 144 adotaram posições verticais e horizontais no segundo período do TP, permanecendo em horizontal para o parto e 151 tiveram parto em posição de sentada;</li> <li>✓ As mulheres que tiveram parto em posição de sentada tiveram uma taxa de episiotomias mais baixa e mostraram uma tendência para períneo íntegro superior,</li> </ul>	IV

	2016				<p>comparativamente com as mulheres que optaram por posição horizontal durante todo o segundo período do TP;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No grupo em que variaram entre a posição horizontal e a vertical ao longo do segundo período do TP mas optaram por horizontal no momento do nascimento e as que ficaram todo o segundo período do TP em posição horizontal, não apresentaram resultados diferentes;</li> <li>✓ Foi encontrada uma maior taxa de períneos íntegros e uma diminuição na taxa de episiotomia no grupo que optou pela posição de sentada, comparativamente às mulheres que permaneceram em horizontal todo o processo;</li> <li>✓ As lesões do esfíncter anal neste estudo foram muito baixas pelo que não foram estudadas;</li> </ul>	
7	Trauma perineal em uma maternidade de baixo risco com alta prevalência de parto vertical durante o período	Estudo de coorte retrospectivo	Determinar a prevalência do trauma perineal e os seus fatores de risco numa maternidade de baixo risco com	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizado um estudo acerca do TP de 264 gestações de feto único, durante 6 meses consecutivos, na Maternidade Cidinha Bonini;</li> <li>✓ Excluídas todas as mulheres com PPT; comorbilidades e que apresentassem mais de 50% dos dados ausentes;</li> <li>✓ Dividiram o trauma perineal em três categorias: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sem lacerações;</li> <li>2. Lacerações de 1º e 2º grau;</li> <li>3. Lacerações de 3º e 4º grau (considerado o grupo de trauma perineal severo);</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incidência das lesões perineais severas baixa. Apenas 2 casos apresentaram este tipo de lesões, que ocorreram em mulheres nulíparas, tendo sido um caso encontrado na posição de litotomia e o outro na posição vertical;</li> <li>✓ 42,8% da amostra preferiu adotar posições verticalizadas no</li> </ul>	IV

	<p>expulsivo</p> <p>Peppe et al.</p> <p>2017</p>		<p>alta prevalência de posições verticalizadas durante o segundo período do TP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Uma das variáveis independentes verificadas foi a posição de parto adotada (horizontal ou vertical);</li> <li>✓ Retrataram as posições verticais como sendo todas as possibilidades que não fosse supina, litotomia e lateral, como por exemplo: ajoelhar-se; “quatro apoios”; cócoras e de pé;</li> <li>✓ Consideraram a episiotomia dentro do grupo de lacerações grau 2;</li> </ul>	<p>segundo período do TP e 57,2% optou pela posição de semi-sentada;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aproximadamente 46% das mulheres não apresentaram lesões perineais e 7,95% foram submetidas a episiotomia;</li> <li>✓ Das 151 mulheres que adotaram posição verticalizada, 63 mostraram períneo íntegro enquanto 87 apresentaram lacerações de grau 1 e 2. Contudo, estes resultados foram similares com as mulheres que adotaram a posição horizontal;</li> <li>✓ Neste estudo, a posição vertical, durante o segundo período do TP, não esteve associada estatisticamente com o trauma perineal severo (laceração de grau 3 e 4);</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--	--

**Quadro 1:** Análise dos artigos selecionados para a RIL

#### 3.1.4. Discussão de resultados

Sabemos que o trauma perineal é uma das complicações mais frequentes no decorrer do segundo período do TP. A partir da análise dos estudos incluídos, é possível perceber que esta temática é ainda controversa no meio da comunidade científica, não existindo ainda o estabelecimento de conclusões seguras relativamente ao efeito das posições verticalizadas no trauma perineal. Com a avaliação da evidência científica encontrada, podemos afirmar que a posição verticalizada diminui a taxa de episiotomias. Contudo, no que diz respeito às lacerações parece não existir ainda um verdadeiro consenso quanto ao efeito das posições verticalizadas neste tipo de trauma perineal.

O principal resultado obtido através desta RIL é justificado com a análise dos artigos 1, 2, 3, 4 e 6 que apresentam uma associação significativa entre a posição vertical e a diminuição da taxa de episiotomias. Este facto é provado por diversos autores que chegaram às mesmas conclusões nos seus estudos. Mencionamos Serati et al. (2016), que observaram que as taxas de episiotomia foram significativamente inferiores na posição vertical, comparativamente à posição horizontal. Também Zhang et al. (2017) no seu ensaio clínico randomizado prospetivo demonstraram que a posição vertical, mais precisamente a de “quatro apoios” (Vasco & Poveda, 2015), possui menores taxas de episiotomia. Estes mesmos autores, tal como Kwon e Park (2016), referem-se à prática de episiotomia como causando igual ou maior dano que as lacerações de grau 2, uma vez que interfere com os músculos do períneo. Também Warmink-Perdijk, Koelewijn, Jonge, Diem e Lagro-Janssen (2016) e Deliktas e Kukulu (2018) concluíram que as posições verticalizadas, no segundo período do TP, apresentam menores taxas de episiotomia.

De acordo com Vasco e Poveda (2015) existe consenso a nível dos benefícios da restrição das episiotomias, principalmente após a publicação da revisão da Cochrane. Klein et al citados por Vasco e Poveda (2015), o nível de dor após o parto é maior nas mulheres submetidas à prática de episiotomia do que nas mulheres que sofrem lacerações de grau 1. A recuperação do assoalho pélvico também é mais rápida nos casos de lacerações do que nas episiotomias. Assim, verificam-se vantagens na adoção de posições verticalizadas, devido à diminuição das taxas de episiotomia.

A análise dos artigos 3 e 7 regista que a posição vertical não representa um resultado significativo em relação ao trauma perineal. Nos resultados do artigo 3, é possível verificar que das 151 mulheres que adotaram a posição vertical, 63 não demonstraram lacerações perineais, 87 apresentaram lacerações de grau 1 e 2, e apenas 1 mulher apresentou laceração severa. Contudo, estes resultados foram semelhantes nas mulheres que adotaram a posição horizontal, pelo que o estudo conclui que não existe significância estatística entre a posição adotada e o trauma perineal.

Deliktas e Kukulku (2018) referem que alguns estudos determinam que a integridade perineal é preservada em maior extensão na posição vertical, enquanto outros definem, exatamente o contrário. Também Smith, Price, Simonite e Burns (2013) e Oliveira et al. (2014) evidenciam que a posição da mulher não se relaciona com o aparecimento do trauma perineal. Gupta, Sood, Hofmeyr e Vogel (2017) relatam não existir diferença no número de mulheres com lacerações perineais severas, entre as que adotam a posição vertical ou a posição horizontal.

Por outro lado, o artigo 4 é o único que conclui e comprova que existe, efetivamente, uma diminuição do número de lacerações nas mulheres que adotaram a posição verticalizada.

Os artigos 2 e 6 evidenciam também um maior número de períneos íntegros nas mulheres que adotaram a posição verticalizada, nomeadamente, a posição de joelhos e a posição de sentada. Zhang et al. (2017), no ensaio clínico randomizado prospetivo realizado na China, revelaram que as mulheres que assumem a posição de “quatro apoios” apresentam taxas significativamente superiores de períneos íntegros e de lacerações de grau 1.

Soong e Barnes citados por Vasco e Poveda (2015) também verificaram que a posição de “quatro apoios” representa melhores resultados perineais, destacando que as posições horizontais aumentam claramente o risco de trauma perineal e a necessidade de sutura. É de referir ainda, o estudo retrospectivo realizado por Kwon e Park (2016), em que foram divididas as mulheres de acordo com a submissão destas à técnica de episiotomia. O grupo de mulheres que não foi sujeito a esta técnica, apresentou períneo íntegro ou lacerações de grau 1, evitando assim procedimentos cirúrgicos desnecessários, bem como complicações como a dor perineal, a infeção e a deiscência da sutura.

Já os artigos 1 e 2 mencionam um aumento das lacerações labiais e de lacerações de grau 2. Jonge et al. citado por Vasco e Poveda (2015) apontam que a posição de sentada aumenta a probabilidade de trauma perineal. Deliktas e Kukulku (2018) dizem existir uma tendência maior de lacerações perineais nas mulheres que assumem a posição vertical.

A análise do artigo 5, referente às lesões obstétricas do esfíncter anal, designadas em inglês como obstetric anal sphincter injuries (OASIS), demonstra uma diminuição desta complicação, quando adotada uma posição vertical no segundo período do TP, principalmente nas mulheres multíparas que adotam a posição de sentada. Contudo, neste mesmo artigo, é possível verificar um aumento destas lesões na posição de sentada no banco de partos e na posição de cócoras.

### **3.1.5. Conclusão**

Com a realização desta RIL conseguimos perceber que a posição verticalizada apresenta um forte efeito na redução da realização da prática de episiotomia e, por conseguinte, reduz as desvantagens inerentes a esta. Porém, alguns estudos defendem que em prol desta diminuição, existe um aumento das lacerações perineais e labiais.

Quanto às lacerações, os resultados obtidos são controversos, uma vez que alguns referem taxas de períneos íntegros maiores, quando adotadas as posições verticalizadas, e outros referem uma diminuição na preservação da integridade perineal.

Compreendemos que o facto de termos incluído todas as posições verticalizadas e todos os tipos de trauma perineal pode ter, de algum modo, influenciado os resultados. Contudo, esta RIL permite verificar o efeito de algumas posições verticalizadas mais aprofundadamente.

Devido a todas estas circunstâncias, sugerimos mais estudos que permitam verificar, com maior evidência, o efeito das posições verticalizadas na incidência dos traumas perineais.

Em todos os casos, o EESMO deverá realizar um planeamento de cuidados que promova a adoção de posições verticalizadas, no segundo período do TP, tendo em conta todos os seus benefícios, e que contribua para o melhor esclarecimento e aconselhamento da mulher, e assim obter ganhos em saúde para a família.

#### **4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIA NA PRÁTICA CLÍNICA: AUTOCUIDADO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE**

A aquisição de competências na prática clínica “Autocuidado pós-parto e parentalidade”, decorreu no serviço de puerpério do HNM. Este serviço possui vinte e nove camas, sendo que destas, uma é para o isolamento (casos em que haja risco de infeção), e duas são para os cuidados especiais (enfermaria destinada a puérperas de risco). Existe ainda uma enfermaria destinada ao RN, utilizada para a prestação de cuidados invasivos (colheita de sangue e aspiração de secreções), como também para a permanência deste, enquanto, a puérpera, submetida a parto por cesariana, não dá entrada no serviço. Esta enfermaria é ainda utilizada pelas puérperas para a extração de leite materno. Esta prática clínica permitiu desenvolver e adquirir um conjunto de competências específicas e necessárias para a implementação de cuidados especializados à puérpera e família, bem como ao RN.

O EESMO assume a responsabilidade de prestar assistência à mulher na vivência do período pós-natal. Desta forma, é da sua competência potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e a adaptação à parentalidade, e diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do RN (OE, 2019).

O puerpério também designado de pós-parto, define-se como o período do ciclo gravídico-puerperal em que as modificações na mulher, quer sejam locais ou sistémicas, provocadas pela gravidez e parto, retornam ao estado pré-gravídico. Em geral, o período puerperal completa-se no prazo de seis semanas, mas é especialmente na primeira semana que o corpo da mulher sofre rápidas e várias mudanças, principalmente nos órgãos pélvicos e nas mamas. Este é ainda marcado por muitas alterações nos relacionamentos interpessoais e familiares, caracterizados por sentimentos ambivalentes, tais como: euforia e alívio (Gomes & Santos, 2017; Montenegro & Filho, 2014).

Segundo Ferreira (2016), o puerpério pode ser subdividido em três momentos: o puerpério imediato – considerado desde o parto até às primeiras 24 horas; o puerpério precoce – até ao final da primeira semana, e o puerpério tardio – que termina no final da sexta semana após o parto.

Visto que o pós-parto imediato e as semanas subsequentes são um período de fundamental importância na saúde materna e neonatal e tendo em conta as modificações

inerentes e o impacto que estas podem causar, torna-se imprescindível cuidados de enfermagem qualificados e adequados às necessidades da mulher, nomeadamente, quanto à prevenção de complicações, bem como do conforto físico e emocional do binômio mãe-filho. É de igual importância, fornecer um conjunto de ferramentas à mulher para esta cuidar de si e do RN (Ebling et al., 2018; Gomes & Santos, 2017).

No contexto da instituição referida, as puérperas deram entrada no serviço de internamento, provenientes da sala de partos ou do bloco operatório (após 2 horas de recobro). Nesse momento foi possível ter acesso à anamnese da puérpera. Após a observação dos dados, complementados com a informação descrita verbalmente pelo enfermeiro da sala de partos, que acompanhou a puérpera na transferência, demos início ao acolhimento.

Em primeiro lugar realizámos a nossa apresentação e solicitámos a autorização para a prestação de cuidados. Posteriormente, acompanhámos a puérpera até à enfermaria, apresentando o serviço à medida que nos dirigíamos para a mesma, assistimos na transferência para o leito e apresentámos a unidade.

Gomes e Santos (2017) referem que a mulher passa por transformações fisiológicas, que incluem diversos sistemas (cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, urinário, musculoesquelético, endócrino, tegumentar e hematológico), bem como o metabolismo e ainda o sistema reprodutor feminino. Assim, foi indispensável a realização de exame físico, ao longo do internamento, para avaliação da evolução da puérpera.

Em contexto da prática clínica, focámo-nos no puerpério imediato e no puerpério precoce, uma vez que foi nestes dois momentos que atuámos. De acordo com Cassiano, Holanda, Costa, Morais e Maranhão (2015, p. 2062), as intervenções de enfermagem nestes períodos, resumem-se aos seguintes aspetos fisiológicos: *“avaliação do estado geral, avaliação da ferida perineal; verificação da involução uterina e da evolução mamária; verificação dos lóquios e sinais de infeção; verificação dos sinais vitais, entre outros”*.

Então, após o acolhimento da puérpera e proporcionado o seu conforto, procedemos ao exame físico, tanto da mulher como do RN. Relativamente à puérpera monitorizámos os sinais vitais e observámos as conjuntivas (para despiste de complicações); observámos as mamas e os mamilos (para identificarmos o tipo de mamilo e a presença de colostro); observámos a contração uterina (através da palpação do útero); inspecionámos o períneo (observámos a perda sanguínea vaginal e a existência de ferida perineal); observámos a presença de hemorroidas (para controlo da dor); observámos os membros inferiores, incentivando a sua mobilização enquanto permaneciam no leito (para despiste e prevenção de fenómenos tromboembólicos, que segundo Centeno (2010) são outra complicação deste

período); e ainda o bem-estar físico e emocional (despiste de alterações ou complicações da saúde mental das puérperas).

Quanto ao RN observámos a coloração da pele, a tonicidade, a respiração, e, quando possível, o choro. Confirmámos ainda a presença de pulseira de identificação, bem como da clampagem do cordão umbilical e a existência de eventuais malformações.

Os focos de enfermagem identificados para a puérpera foram: “dor”, “risco de hemorragia”, “ferida perineal”, “amamentação” e “competências parentais”.

O foco “dor” foi identificado no âmbito clínico, uma vez que constatámos que as puérperas apresentaram desconforto abdominal, muitas vezes, associado ao momento da amamentação, contudo, referiam ser um desconforto tolerável e sem necessidade de medidas farmacológicas. Outras queixas frequentes foram, principalmente, a nível do períneo e das hemorroidas, da região lombar e das mamas/mamilos. Figueiredo, Fialho, Mendonça, Rodrigues e Silva (2018), referem a dor como uma das dimensões que afeta a qualidade de vida da puérpera, principalmente nas duas primeiras semanas após o parto. Santos e Batista (2016) complementam referindo que as queixas mais frequentes no pós-parto são as dores abdominais, as dores na região perineal, as dores nas mamas e nos mamilos e ainda as dores musculares e articulares. De modo a proporcionar conforto e alívio da dor, administrámos a medicação prescrita, nomeadamente o paracetamol ou metamizol magnésico, e ainda pomada retal (sheriproct) para o caso das hemorroidas. Neste caso e quando a dor foi associada também à região perineal, complementámos com aplicação de gelo local.

Tal como visto anteriormente, todas as puérperas, no processo de TP, recorreram a analgesia por via epidural. Contudo, algumas destas puérperas, no internamento, apresentaram cefaleias como queixas que, muitas vezes, se faziam acompanhar por pressão na nuca, fotossensibilidade e agravamento da cefaleia, quando adotada a posição verticalizada. Figueiredo et al. (2018) mencionam que 3,7% das puérperas apresentam cefaleias nas 72 horas após o parto, podendo esta estar associada à colocação do cateter epidural. Silva (2016) refere que uma complicação decorrente da analgesia por via epidural é a cefaleia pós-punção da dura, resultante da punção acidental desta, que consequentemente leva ao extravasamento do líquido cefalorraquidiano (LCR), um efeito secundário descrito da analgesia por via epidural. Silva (2016, p. 12) acrescenta que esta complicação, *“além de se tratar de uma cefaleia severa e debilitante que impede a deambulação, limita também a interação entre a mãe-RN”*, o que dificulta as atividades como, a amamentação e prolonga o internamento. Os sintomas descritos por este autor são: cefaleias fronto-occipitais, bilaterais, com irradiação para o pescoço e/ou ombros,

melhora em decúbito dorsal, sendo agravada com movimentos da cabeça e adoção de posição verticalizada. Outros sintomas associados são: fotofobia, rigidez da nuca, diplopia, tinnitus, náusea e vômito. Estes, podem surgir entre as 24 e as 72 horas após o parto.

Assim, quando esta situação se verificava em contexto da prática clínica, primeiramente demos a conhecer a situação ao médico anestesista, solicitando a sua colaboração (uma vez que, a causa principal, poderia ser a punção acidental da dura). A atuação foi de acordo com o recomendado pelos mesmos, que se encontra fundamentada por Silva (2016). Assim, o tratamento dos sintomas passava por: administração de cafeína (frasco de 20ml – 1x/dia) complementado com a ingestão de bebidas com cafeína (pois permite uma resolução mais rápida dos sintomas), e de analgesia (paracetamol, metamizol magnésico e/ou tramadol, dependendo das queixas das puérperas). Outras medidas implementadas logo no início do surgimento da sintomatologia, e que vão ao encontro da *“abordagem conservativa e de suporte”* de Silva (2016, p.22), foram: o repouso absoluto em decúbito dorsal, até melhoria do quadro da puérpera; aumento da ingestão de líquidos (pois contribui para a reposição da perda de LCR) e adequação do ambiente, nomeadamente quarto escurecido e com o mínimo de ruído possível (devido à fotossensibilidade).

No contexto clínico, caso estas medidas não fossem eficazes, os médicos realizavam o bloqueio esfenopalatino, contudo, esta situação não foi observada. É de salientar ainda que, neste serviço, o cateter epidural foi retirado, normalmente após o levante da puérpera e somente pelos anestesistas.

Gomes e Santos (2017) distinguem as puérperas de acordo com a realização da analgesia por via epidural. Assim, as mulheres que recorrem a esta medicação, só podem levantar-se seis horas após o parto, enquanto as puérperas que não a realizam, podem efetuar o levante passadas quatro horas após o parto. No contexto clínico, o levante foi efetuado de acordo com esta informação.

No HNM, os partos foram todos realizados com recurso a analgesia por via epidural, pelo que só procedemos ao levante seis horas após o parto. Passado este tempo, executámos, primeiramente, o exame físico à puérpera. Posteriormente, avaliámos, em particular, os seguintes parâmetros: os sinais vitais, a contração uterina, a perda sanguínea vaginal (lóquios) e o bem-estar geral da mesma. Caso todos os parâmetros se apresentassem dentro da normalidade, prosseguíamos com o levante progressivo. De seguida, acompanhámos a puérpera até à casa de banho, reforçando a apresentação do serviço. Por fim, incentivámos a eliminação vesical e alertámos para os cuidados de higiene. É de salientar que acompanhámos e vigiámos todo este processo até ao retorno ao leito.

Quando este decorreu sem complicações, retirámos o cateter venoso periférico e a puérpera passou a ser autónoma nos seus autocuidados.

É importante ainda referir que aproveitámos este momento para realizar os ensinamentos à puérpera relativamente: à higiene perineal, que, de acordo com Montenegro e Filho (2014), deve ser realizada frequentemente, principalmente após a eliminação; à mudança frequente do penso, bem como aos sinais de alarme sugestivos de complicação ou infeção (aumento da perda sanguínea e/ou cheiro fétido dos lóquios).

Também prestámos cuidados a puérperas submetidas a cesariana que possuem particularidades diferentes das puérperas que tiveram parto normal.

No HNM, o levante, nas puérperas submetidas a cesariana, foi realizado passadas doze horas. Após este período, procedemos ao exame físico que incluiu: observação do bem-estar geral da puérpera; monitorização de sinais vitais; palpação do útero para avaliação da contração uterina; observação e realização do penso cirúrgico a nível da sutura abdominal; observação das perdas sanguíneas vaginais e remoção do cateter vesical. No caso de todos estes parâmetros estarem dentro da normalidade, realizámos o levante e acompanhámo-las no banho. A partir desse momento, o procedimento foi igual às puérperas com parto normal, ou seja, acompanhámos até o retorno à enfermaria, tornando-se autónomas nos seus autocuidados. Para estas mulheres, abrimos o diagnóstico de “ferida cirúrgica atual no abdómen”.

Outra intervenção realizada ao longo da prática clínica foi o incentivo à deambulação da puérpera, após o seu levante, uma vez que, de acordo com Gomes e Santos (2017), esta prática evita o risco de trombose, ajuda na regressão do útero com a descida dos lóquios e melhora o funcionamento tanto da bexiga como do intestino.

A OE (2015) refere que no caso de a puérpera não conseguir urinar, deve-se realizar o esvaziamento vesical num intervalo de seis a oito horas, e que, no caso de não conseguir defecar até ao terceiro dia devem ser tomadas medidas adequadas. Assim, a eliminação vesical e intestinal foram outro foco da nossa atenção, porém não foi necessário realizar o esvaziamento vesical a nenhuma puérpera. Contrariamente, a eliminação intestinal foi frequentemente afetada, pelo que, muitas vezes, proporcionámos a administração de laxantes para regularização desta situação.

Dentro do foco “risco de hemorragia” temos a observação da involução uterina e dos lóquios. Quanto à involução uterina, de acordo com Montenegro e Filho (2014), define-se pelo retorno do útero às características anteriores à gravidez. O ritmo da involução não é constante, sendo que entre o terceiro e o décimo dia, decorre de forma acelerada e, posteriormente, de forma mais lenta. Este processo dá-se pela continuidade da atividade

contrátil, que nesta fase já se apresenta inaparente e indolor. Os mesmos autores acrescentam ainda que este processo, na puérpera que amamenta, é mais rápido, devido ao efeito da retração e contratilidade uterina provocadas pela estimulação dos mamilos e da árvore galactófora quando o RN mama.

No momento do acolhimento da puérpera, bem como em todos os turnos da manhã, palpamos o útero para avaliação da contração uterina/involução uterina, de forma a verificar se este processo decorria de forma efetiva. Segundo Ferreira (2016), nesta fase, o fundo uterino deve situar-se ao nível da cicatriz umbilical e apresentar-se firmemente contraído. Esta prática é realizada também para despiste de complicações como, por exemplo, a endometrite puerperal, que se manifesta pela presença de útero subinvoluído, amolecido e doloroso à palpação (Centeno, 2010).

Relativamente aos lóquios são perdas de sangue, muco e tecidos, que segundo Montenegro e Filho (2014), resultam do processamento da involução e da regeneração das estruturas envolvidas no processo de parto. Ferreira (2016) complementa caracterizando-os em três tipos: os hemáticos (com sangue e que predominam nos primeiros quatro dias do pós-parto), os sero-hemáticos (têm aspeto acastanhado, raiado de sangue e aparecem a partir do quarto ou quinto dia do pós-parto) e os serosos (apresentam aspeto mucóide, espesso e coloração amarelada e ocorrem após o décimo dia do pós-parto). No contexto da prática clínica, avaliámos os lóquios (quanto à sua cor, quantidade e cheiro), através da perda sanguínea por via vaginal, tanto no acolhimento como no início de cada turno.

É de salientar que a persistência de lóquios depois das quatro/seis semanas após o parto poderá ser sinal de infeção, uma das complicações mais frequentes desse período. Neste caso, os lóquios geralmente têm como característica cheiro desagradável/fétido (Ferreira, 2016; Graça, 2010).

Após o acolhimento da puérpera, demos início ao processo da amamentação, pelo que abrimos este foco de intervenção. Santos e Baptista (2016) referem que este processo é um ato natural, contudo requer alguns conhecimentos e aprendizagens. É nas primeiras experiências da amamentação que surgem muitas questões relativas a esta, sendo que, muitas vezes, o meio envolvente e os diversos conselhos, que as puérperas recebem dos diferentes elementos da família, geram sentimentos de confusão e ansiedade. Estas questões só podem ser colmatadas com segurança através do apoio, da educação e da assistência do EESMO (McCown & Smith, 2018). Assim, primeiramente compreendemos os desejos e as expectativas da mulher, bem como o que esta já sabia relativamente à amamentação. Tal como é recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (2015, p. 50) para a promoção da amamentação, “verificando a presença ou não de desejo da mãe em

amamentar”. De acordo com o que fosse transmitido pela puérpera, avançámos com as restantes intervenções: avaliámos as características dos mamilos; ensinámos, instruímos e treinámos a amamentação relativamente aos posicionamentos do RN, à realização da adaptação à mama, à presença de reflexos de sucção e deglutição do RN, aos horários e às frequências da mamada e à conduta para a prevenção de complicações como o ingurgitamento mamário, as fissuras mamilares, o bloqueio dos ductos mamários e a mastite. Esclarecemos, ainda, a perda ponderal fisiológica do RN, pois, nos primeiros dias de vida, ocorre, habitualmente, uma perda de 5 a 10% do seu peso (Lowdermilk, 2008).

Como a maioria das mulheres a quem prestamos cuidados, desejaram amamentar o RN, procedemos à colocação do RN à mama. Na primeira mamada, a posição normalmente adotada, devido à pouca mobilidade por parte da mãe, foi o decúbito lateral, sendo o lado escolhido pela puérpera. Demonstrámos assim como o RN devia ser posicionado, orientando que o abdómen do RN fica voltado para o abdómen da mãe, o rosto do RN deve estar de frente para a mama, e o nariz na mesma direção do mamilo (Levy & Bértolo, 2012) Após, procedíamos à explicação e à demonstração da pega correta, orientando a puérpera para estimular o reflexo de busca/procura do RN, tocando com o mamilo no lábio superior do mesmo, de forma a que este abocanhasse não só o mamilo, mas também grande parte da aréola. Informámos ainda que o queixo devia ficar encostado à mama e o lábio inferior voltado para fora (Levy & Bértolo, 2012).

Outro aspeto abordado foi acerca dos sinais de fome e de saciedade demonstrados pelo RN. Alden (2008) refere que os RN nascem com reflexos que facilitam a identificação dos sinais de fome, sendo estes: movimentos de mãos na boca; movimentos de sucção da boca e ainda reflexo de rotação da cabeça. Assim orientámos a puérpera a estar vigilante a estes sinais, principalmente quando o RN reagia ao toque à volta da boca realizando movimento de sucção e quando sugava na mão. Relativamente aos sinais de saciedade do RN orientámos para a manifestação de satisfação do RN após a mamada, como a sonolência e o largar o mamilo espontaneamente e ainda o padrão de sucção/deglutição mais lentos (Alden, 2008).

Salienta-se ainda que no âmbito clínico, surgiram puérperas que optaram pela inibição láctea, por não quererem amamentar. Nestes casos, explicámos as vantagens do aleitamento materno e incentivámos a prática da amamentação.

A OMS recomenda a amamentação exclusiva desde o nascimento até aos seis meses de vida e como complemento alimentar até aos dois anos ou mais, uma vez que o aleitamento materno traz inúmeras vantagens tanto para a mãe como para o RN. Além de ser conveniente, económico e emocionalmente compensador para a maioria das mulheres,

estabelecendo importantes bases emocionais e vinculativas entre a díade mãe-filho. Assim, o contacto e a atenção permitidas neste processo ajudam o RN a sentir-se seguro e amado, o que será de extrema importância na sua saúde, no seu crescimento e no seu desenvolvimento.

A amamentação também contribui para a contração uterina, reduzindo assim a perda sanguínea materna e proporcionando uma involução uterina mais rápida; para uma recuperação mais rápida do peso pré-gestacional e associa-se a um menor risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, bem como de cancro da mama e dos ovários (Lowdermilk, 2008). O Instituto Nacional de Cancro (2019), refere que este facto é explicado pela estabilização de algumas hormonas como o estrogénio, no período da amamentação.

O leite materno possui ainda a temperatura e a composição nutricional ideal para as características do RN, tornando-se de fácil digestão para este, e contribui para aumentar a resposta imune, que por sua vez reduz a incidência de infeções (gastrointestinais, respiratórias e urinárias), previne a mortalidade infantil e promove a qualidade de vida a curto e a longo prazo. Além destas vantagens, o leite materno possui um efeito protetor sobre as alergias (dermatite atópica, asma brônquica e às proteínas do leite de vaca) e permite uma maior adaptação à introdução de alimentos. A amamentação possui um papel importante na estimulação da musculatura oro facial e moldagem do palato com benefício para a respiração nasal e oralidade. (Andrade, Santos, Maia & Mello, 2015; Batista, Ribeiro, Nascimento & Rodrigues, 2017; Buccini, Pérez-Escamilla, Paulino, Araújo & Venancio, 2016; Moretti, 2014; Zimmerman, 2018).

Contudo, e apesar da explicação das vantagens do leite materno, essas mulheres não quiseram amamentar, pelo que informámos o médico obstetra para prescrever a medicação adequada e procedemos à administração da mesma. Neste serviço, a medicação frequentemente utilizada foi a bromocriptina (2,5mg; 2x/dia durante 10 dias), mas também podia ser utilizada a cabergolina (0,5mg, 1/2comp durante dois dias). Em associação à administração da medicação, realizámos ensinamentos no sentido de não estimular a produção de leite, que consequentemente ajudará no processo de inibição do mesmo. Assim, orientámos para o uso de soutien apertado, para a não estimulação do complexo aréolo-mamilar, restrição da ingestão hídrica e ainda colocação de compressas frias nas mamas (Meira, Ibarra & Santos, 2008).

Assim, fornecemos o leite de fórmula e ensinámos relativamente aos cuidados inerentes. Orientámos para o pai ou a mãe, adotarem uma posição de sentado e segurar o RN junto a si na posição de semi-sentado, com a cabeça bem apoiada e a retirar o ar

existente dentro do biberão, segurando-o de forma a que o leite preenchesse a tetina. Alden (2008) refere que a maioria dos RN deglute ar quando são alimentados por biberão, pelo que é importante colocar o RN a eructar após as refeições, ou se necessário, durante a refeição. Por esta razão, também orientámos para a eructação após cada mamada. Outro aspeto que instruímos, foi o testar os tamanhos dos orifícios das tetinas, voltando o biberão para baixo, com leite, e verificando o seu fluxo de saída. Este de acordo com Alden (2008) deve ser às gotas, se fluir continuamente é sinal de que o orifício é muito grande e deve ser mudado.

Neste serviço, o leite de fórmula vem em unidoses, pelo que as puérperas, quando o necessitaram, tiveram necessidade de solicitar à enfermeira. Embora não fosse possível exemplificar a preparação do leite, este foi ensinado posteriormente no momento da alta, nomeadamente: a quantidade de leite de fórmula, o aquecimento da água e a esterilização dos equipamentos.

Em contexto da prática clínica, prestámos cuidados a uma puérpera seropositiva, e de acordo com Lamounier, Moulin e Xavier citados por Santos e Zapparoli (2017), a amamentação, no caso de presença de doenças virais do grupo retrovírus (vírus HIV), está contraindicada, devido à carga viral presente no leite materno de mulheres infetadas, uma vez que o vírus permanece livre no interior das células, o que se torna determinante no risco de transmissão para o RN. Assim, a nossa atuação passou pelo esclarecimento desta situação, oferecemos leite de fórmula ao RN e instruímos sobre os ensinamentos anteriormente referidos.

Considerando todos os benefícios associados à amamentação, torna-se importante promovê-la e reduzir as barreiras que possam impedir o seu sucesso ou levar à cessação precoce desta, o que ocorre, muitas vezes, devido à falta de ajuda/apoio ou de recursos. Com o intuito de promover e aumentar esta prática, a OMS e a United Nations Children's Fund (UNICEF) têm proporcionado várias campanhas, contudo, a duração da amamentação exclusiva permanece substancialmente menor em todo o mundo (Andrade et al, 2015; Buccini et al., 2016; Batista et al, 2017; Zimmerman, 2018). Refletindo sobre este aspeto, supomos que este facto se deve às dificuldades encontradas pelas puérperas na prática, aos mitos ainda existentes na sociedade acerca da amamentação e aos conselhos, algumas vezes, inadvertidos do meio envolvente à mesma.

Ao longo do contexto clínico, constatámos algumas situações relativas ao supracitado, em que nos deparámos com familiares a questionarem a maneira como a puérpera posicionava o RN à mama, a compararem as suas experiências intensificando o facto de que faziam de outra forma, bem como referiam a não satisfação por parte do RN

ou que o leite materno não estava a ser suficiente para o mesmo. Neste contexto consideramos que a atuação do EESMO deve iniciar-se durante o período pré-natal, não só enfatizando a importância da amamentação, mas sublinhando também as dificuldades encontradas ao longo deste processo, incentivando e fornecendo estratégias de modo a que estejam preparadas e saibam lidar com estas na prática, bem como desmistificando mitos ainda existentes e reforçando o apoio positivo por parte dos familiares. No contexto clínico, foi esta a prática que implementámos, quando surgiram situações como acima referidas.

Contudo, não são só as dificuldades do meio externo que influenciam a amamentação. Esta também possui intercorrências e complicações, e é neste contexto que as expectativas das puérperas esbarram com a realidade, ao se depararem com estas dificuldades. Pelo que, as intervenções do EESMO, apesar de se iniciarem no período pré-natal com as orientações e informações dadas aos casais, é no puerpério que a mulher necessita de maior apoio, orientação e assistência do mesmo (Andrade et al., 2015).

Após o parto, as mamas estão moles e segregam colostro. Gradualmente, ao longo das 72 horas seguintes, dá-se a transição do colostro para o leite, processo também designado por descida do leite, que produz tensão mamária e que se caracteriza por mamas cheias, duras, tensas, quentes, pesadas e hipersensíveis (Montenegro & Filho, 2014; Santos & Batista, 2016). É aqui que começa a contrastar a expectativa com a realidade, uma vez que começa a surgir sintomatologia desconfortável. De forma a proporcionar alívio e conforto, instruímos a puérpera a aplicar compressas frias ou quentes, de acordo com o conforto sentido pela mulher. Contudo, a partir deste momento, podem surgir complicações, que passam por: mastite, abcesso mamário, bloqueio dos ductos mamários, ingurgitamento mamário e maceração/fissuras nos mamilos, sendo as últimas duas as mais frequentes (Moretti, 2014). Foi possível constatar este facto em contexto clínico, uma vez que estas duas complicações, foram frequentemente apresentadas pelas puérperas.

Relativamente ao ingurgitamento mamário, Mangesi e Dowswell (2010) referem resultar da acumulação excessiva de leite materno, uma vez que a sua produção está a ser superior ao que o RN mama. Santos e Baptista (2016), caracterizam-no como mamilo raso, a pele brilhante, o leite que não flui, o desconforto acentuado com a presença de dor, edema, tensão, rubor, calor e febre durante as primeiras 24 horas. Na mesma linha de pensamento do autor supracitado, as intervenções de enfermagem centram-se na prevenção ou no alívio dos sintomas. Às puérperas que apresentaram esta complicação, orientámos para a colocação de uma toalha embebida em água quente em cima das mamas antes de amamentar o RN e para realizar massagem, uma vez que permite não só a

vasodilatação dos canais e que, por conseguinte, facilita a fluência do leite, mas também estimula o reflexo de ejeção do leite (Jesus, 2013). Após a amamentação, instruímos para a aplicação de frio nas mamas, para alívio do desconforto. Quando, estas medidas não foram suficientes, incentivámos a extração de leite (por bomba extratora ou através de massagem, de acordo com a preferência da mulher), sendo o momento da sua realização, escolhido pelas mulheres, podendo ser antes da mamada de forma a permitir uma melhor pega do RN, ou após, caso a mãe sentisse essa necessidade ou se as mamas permanecessem tensas (Santos & Baptista, 2016). Quando nenhuma destas técnicas atenuou o desconforto, procedemos à administração da ocitocina nasal (um jato em cada narina, 30 minutos antes das mamadas), devido ao seu efeito na ejeção láctea, que amenizava a congestão mamária devido à maior fluência do leite (Jesus, 2013).

A extração do leite foi realizada no serviço, no cantinho da amamentação que se encontra situado na sala destinada aos RN. Nesta área, as puérperas tiveram acesso a uma bomba de extração de leite dupla, material esterilizado e ainda um frigorífico para guardar o leite. Às mulheres que mostraram interesse nesta prática, instruímos a higienização das mãos e encaminhámos para este lugar mostrando onde se encontrava o material esterilizado e o funcionamento da bomba extratora de leite. Explicámos que, após a extração, deveriam proceder à identificação do biberão com o seu nome, a data e a hora da extração, guardando posteriormente no frigorífico. Instruímos ainda que o leite no frigorífico podia ser conservado durante 48 horas (DGS, 2013), e que devia ser utilizado sempre o leite mais antigo (se dentro deste prazo).

Relativamente ao aquecimento do leite, orientámos, de acordo com Alden (2008), para nunca ferver o leite nem o aquecer no micro-ondas, uma vez que não fica uniforme e altera as características do leite. No contexto clínico, quando as puérperas quiseram utilizar o leite guardado no frigorífico, aquecemos o mesmo em banho-maria ou debaixo da torneira com água quente. Orientámos ainda que o leite aquecido devia ser sempre testado primeiro antes de alimentar o RN de modo a verificar a temperatura do mesmo e que o leite não ingerido pelo RN devia ser desperdiçado.

Quanto à maceração dos mamilos, deve-se adotar medidas preventivas, de modo a evitar o aparecimento de fissuras causadas pela forma como o RN pega e suga na mama ou ainda por mamadas muito longas. Esta complicação, além de provocar desconforto, constitui-se como uma porta de entrada para microrganismos que podem levar ao surgimento de infeções (mastite) (Santos & Batista, 2016). Figueiredo et al. (2018) referem que as lesões no mamilo, provenientes do processo de amamentação, podem estar associadas: à presença de mamilos planos, curtos ou invertidos; a defeitos orais no RN; à

realização de sucção não nutritiva prolongada; ao uso inadequado de bombas de extração de leite; à interrupção inadequada da sucção; ao uso de protetores intermediários de mamilos e à exposição contínua à humidade. Nas puérperas que apresentaram esta complicação orientámos para a lavagem das mãos antes de iniciar a amamentação; para a realização de uma pega adequada do RN; para o arejamento do mamilo e para a hidratação do mesmo com colostro, deixando, se possível, secar ao ar livre, uma vez que alivia a dor e promove a cicatrização da fissura (pela presença da lisozima) (Santos & Batista, 2016).

Nas mulheres que possuem mamilos rasos ou invertidos, e para lidar com a maceração/fissura dos mamilos, McCow e Smith (2018), consideram o uso do mamilo de silicone, uma vez que permite superar um período inicialmente difícil na amamentação. Flacking e Dykes (2017) acrescentam que este dispositivo é usado comumente em muitos países e pode ser utilizado para facilitar a fixação do RN à mama, visto estimular o palato deste que, por sua vez permite uma sucção mais ativa.

No contexto clínico, muitas puérperas já trouxeram consigo os mamilos de silicone. Todavia este dispositivo só foi utilizado, quando a puérpera apresentou mamilos invertidos ou rasos, ou quando o RN teve dificuldade em pegar na mama, o que efetivamente permitiu o estabelecimento do processo de amamentação nestes casos. Surgiram opiniões diversas no serviço, relativamente ao uso deste dispositivo face aos mamilos doloridos, macerados ou fissurados. Isto porque, por um lado, o mamilo de silicone apresenta vantagens na sua utilização face ao mamilo macerado, uma vez que diminui o contacto direto com a sucção do RN, por outro lado o contacto entre o mamilo macerado e o plástico do mamilo de silicone poderá macerar mais o mesmo. Assim, considerámos importante rever a evidência científica quanto a esta prática.

Chow et al. (2015, p. 2) define o mamilo de silicone como *“um auxiliar de amamentação com um escudo em forma de mamilo que é posicionado sobre o mamilo e a aréola”*. O mesmo autor complementa que para utilizá-lo com eficácia, deve estar posicionado de forma correta. Assim, deve ser colocado sobre o centro do mamilo, com a base esticada em torno da aréola. Para uma melhor fixação das abas do mamilo de silicone à mama, pode-se molhá-las com algumas gotas de água. O RN deve abocanhar não só a ponta do mamilo de silicone, mas também a aréola, sendo a eficácia da mamada verificada através dos movimentos de sucção.

Quanto à satisfação das mulheres, existem opiniões diversas entre os autores. Chow et al (2015) referem que a utilização do mamilo de silicone proporciona uma sensação de realização à mulher, pois permite amamentar o RN e, uma vez que não é visível durante este processo, torna-a, aparentemente, igual às outras puérperas. Já para McCow e Smith

(2018) estes dispositivos, embora benéficos nos RN com problemas na sucção, podem exacerbar um momento já preocupante para a mulher, fazendo-a sentir-se como se tivesse falhado no seu papel enquanto mãe.

Chow et al (2015) relatam bons resultados no processo de amamentação após o uso destes dispositivos, podendo atuar como uma solução para um problema e reduzir dificuldades da amamentação. Por outro lado, McCown e Smith (2018) referem que embora tenha um papel de apoio na amamentação, nem sempre o mamilo de silicone é uma opção viável, principalmente para as puérperas inexperientes ou inseguras, uma vez que está associado à redução da ingestão de leite do RN, à redução do suprimento de leite e a danos nos mamilos, pelo que desaconselham o uso rotineiro destes dispositivos.

Na pesquisa realizada, observámos que existem poucos estudos que abordam o uso do mamilo de silicone nos mamilos doloridos/macerados ou com fissuras, pelo que não foi possível verificar a sua eficácia ou o seu efeito negativo nesta situação, contudo, constatámos que nos mamilos invertidos ou rasos, poderá ser um recurso eficaz no estabelecimento da amamentação. Podemos concluir então, que o uso de mamilos de silicone permanece um tema controverso e com opiniões divergentes, quanto aos seus benefícios e malefícios, entre pesquisadores e profissionais da saúde, devido aos resultados contraditórios existentes, pelo que o uso de mamilos de silicone deve ser considerado e limitado, até que evidências adicionais demonstrem a sua segurança e eficácia.

Outro aspeto associado à baixa adesão da amamentação, de acordo com Batista, Ribeiro, Nascimento e Rodrigues (2017), é o uso de chupetas e biberões, uma vez que estes provocam disfunção na dinâmica muscular, provocando comportamentos inadequados da sucção do RN. Contudo, a chupeta é uma prática muito utilizada pelos casais, principalmente quando o RN chora, tornando-se assim um recurso para acalmar e proporcionar conforto ao RN. Porém, esta prática pode ser também considerada um fator social, uma vez que praticamente toda a gente a realiza. No contexto clínico, muitas puérperas levaram a chupeta como um meio essencial, utilizando-a, por vezes, mesmo que o RN não chorasse. Tendo em conta, que o uso da chupeta em contexto prático, foi frequente por parte dos pais, decidimos investigar um pouco mais esta temática, verificando, na evidência científica, se existe efetivamente relação entre o uso da chupeta e a amamentação.

Segundo Zimmerman (2018) ainda não está claro para os pesquisadores, para os pais e para os médicos, o impacto do uso da chupeta ou do biberão nos resultados e práticas da amamentação. Buccini, Pérez-Escamilla, Paulino, Araújo e Venancio (2016) referem ser um

desafio para os profissionais da saúde ter uma clara compreensão do que recomendar ou fazer em diferentes contextos relativamente a esta temática.

De acordo com Batista et al. (2017), o uso da chupeta não interfere no processo de amamentação. Por outro lado, Buccini et al (2016) mencionam estudos em que o uso de chupeta interfere com o estabelecimento da amamentação, enquanto outros sugerem que o seu uso simplesmente se denota como um problema à mesma.

A Academia Americana de Pediatria recomenda que as chupetas podem ser introduzidas após a amamentação estar bem estabelecida, com aproximadamente 3 a 4 semanas de idade. Por outro lado, a OMS e a UNICEF desencorajam o uso de chupetas em RN amamentados com o intuito de alcançar o sucesso na amamentação, tal como preconizado num dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” da OMS (Buccini, Pérez-Escamilla, Benicio, Giugliani & Venancio, 2018).

Conforme Buccini, Pérez-Escamilla, Benicio, Giugliani e Venancio (2018), estudos demonstram consistentemente uma associação negativa entre o uso de chupeta e a duração da amamentação exclusiva, acrescentando que o uso de chupetas e biberões podem estar associados a comportamentos desfavoráveis durante a amamentação. Batista et al. (2017) reforçam esta ideia, uma vez que os RN que utilizam estes dispositivos apresentam comportamentos desfavoráveis relativamente à posição, à afetividade, à resposta e a comportamentos de sucção, além de que pode provocar complicações quanto às suas habilidades orais. Por outro lado, Zimmerman (2018) apresenta outro ponto de vista, referindo que o uso de chupeta demonstrou melhorar os resultados clínicos essenciais como: o crescimento, a maturação, o controlo e a motilidade gástrica, reduzindo o tempo de transição para a alimentação oral completa e apresentando um efeito positivo na iniciação e duração da primeira sucção nutritiva. O mesmo autor acrescenta que, frequentemente, pais e médicos utilizam as chupetas e os biberões para fornecer apoio ao aleitamento materno ou para ajudar a praticar as habilidades necessárias para a amamentação.

Tal como verificado na evidência supracitada, existe ainda algum controverso relativamente ao uso da chupeta, pelo que, ao longo da prática clínica, a orientação que fornecemos às puérperas relativamente a este dispositivo, vai ao encontro do recomendado pela OMS. Assim, instruímos que a chupeta deveria ser introduzida quando a amamentação estivesse bem estabelecida, explicando a interferência da chupeta no processo de amamentação. Contudo, foi sempre do critério da puérpera a sua utilização ou não.

Nesta instituição, aplica-se o alojamento conjunto, ou seja, a puérpera e o RN permanecem na mesma enfermaria. Tal como recomenda a OMS (2018, p. 6): *“a mãe e o bebê não devem ficar separados e devem permanecer no mesmo quarto 24 horas por dia”*. Gomes e Santos (2017) referem-se a esta prática como um colmatar das inseguranças e dos medos sentidos pelas puérperas, associados ao desempenho do papel parental. Assim, o alojamento conjunto permite proporcionar aprendizagens para a mãe como também a interação da família com o RN.

Segundo Souza e Gualda (2016), a presença do pai do RN é importante, uma vez que contribui para a vinculação e ligação entre eles. Num estudo realizado pelos mesmos autores, o papel do acompanhante evidencia-se, na medida em que existe uma maior transmissão de calma e encorajamento, além do apoio físico e emocional. Contudo, neste serviço, a presença do companheiro só foi permitida das 9h30 às 20h00. Refletindo sobre esta prática, e tendo o conhecimento de como esta foi realizada no CHPVVC, em que o pai ou a pessoa significativa acompanhou a puérpera durante as 24 horas e, considerando a importância que a presença deste possui ao longo deste processo, torna-se importante ponderar sobre a realização da mesma. Embora a presença do pai seja relevante, consideramos que para ser possível tal prática, é necessário reunir as condições apropriadas para o mesmo, o que na nossa opinião, não acontece neste serviço, porque em cada enfermaria existem três camas e três berços, não existindo assim espaço físico nem cadeirões suficientes para a presença contínua do acompanhante.

A atuação do EESMO, no puerpério, passa pelo planeamento e orientação sobre as alterações fisiológicas esperadas e a realização do exame físico diário às puérperas para o acompanhamento das manifestações evolutivas. Contudo, é neste período, que a mulher também se depara com dificuldades relacionadas com o processo de adaptação ao novo elemento, pelo que nas nossas intervenções, incluiu-se o processo de adaptação ao papel materno (Cassiano, Holanda, Costa, Morais & Maranhão, 2015; Gomes & Santos, 2017). Desta forma, identificamos o foco “competências parentais”.

A Ordem dos Enfermeiros (2015) recomenda os seguintes cuidados relativamente ao RN: ensino, instrução e treino do banho diário e da mudança da fralda, avaliando: a pele e mucosas, o coto umbilical, o choro e a eliminação vesical e intestinal; a avaliação, conjunta com a puérpera, das mamadas e/ou do aleitamento artificial (capacidade de pega, reflexos de sucção e deglutição, eructação); a vacinação contra a infeção por vírus da hepatite B; a promoção da relação de apego, estimulando os pais a prestar os cuidados ao RN; o esclarecimento de dúvidas e o suporte emocional aos pais, em caso de desvios ou complicações do RN, que requeiram internamento na neonatologia.

O EESMO deve assim propiciar uma primeira fonte de aprendizagem relativamente às necessidades do RN, sendo que esta assistência deve ser individualizada, considerando que cada mulher tem o físico, o social, o religioso e o emocional diferentes, bem como ser sistematizada de modo a permitir às mulheres a sua participação nos autocuidados do RN (Gomes & Santos, 2017).

A partir de todas as mudanças que ocorrem na mulher e por ser um processo de transição, Gomes e Santos (2017) referem como principais dificuldades encontradas pela mãe: a amamentação, os cuidados com o coto umbilical e o banho. Foi-nos possível constatar esta evidência no contexto clínico, uma vez que as dificuldades apresentadas pelas puérperas foram ao encontro do exposto anteriormente.

Segundo Richetto e Souza citados por Pires (2016), o coto umbilical sofre um processo de necrose, acabando por cair entre o quinto e o décimo quinto dia após o nascimento. Constatámos, em contexto clínico, uma preocupação frequente por parte dos casais quanto aos cuidados relacionados ao coto umbilical, pelo medo e pela sensação de que estariam a magoar o RN. Assim, enfatizámos a importância da limpeza do coto umbilical, visto este ser um potencial foco de entrada de microrganismos (Stewart & Benitz, 2016) e explicámos o processo de necrose do coto umbilical, e que, por essa razão, o RN não sente dor ao limpá-lo ou a secá-lo, uma vez que é tecido “morto” e que acabará por cair.

Atualmente, existem vários métodos para os cuidados ao coto umbilical, nomeadamente: a aplicação de antissépticos tópicos, o uso de antibióticos locais e o método dry care (Gutiérrez, 2015). No contexto clínico, o método utilizado para os cuidados ao coto umbilical foi o método dry care (como recomendado pela OMS), que se baseia em manter o coto limpo e seco, sem aplicação de qualquer soluto, deixando-o exposto ao ar. Os cuidados ao coto foram prestados, frequentemente, durante o banho, com água e sabão (OMS, 2015). Ao mesmo tempo, orientámos os pais para esta prática e para secar tanto o coto umbilical, como o clamp e a pele circundante. No caso deste se apresentar sujo, orientámos para limpar apenas com água. Instruímos, ainda, o casal para a vigilância do coto umbilical para despiste de eventuais sinais de infeção, que segundo Ribeiro e Brandão citados por Pires (2016) passam por: zona ruborizada ao redor do umbigo, mau cheiro, corrimento e hemorragia. Orientámos os pais, que na presença de qualquer um destes sinais, devem informar o profissional da saúde, ou recorrer ao médico pediatra, caso surgisse após a alta clínica. No contexto clínico não ocorreu nenhuma situação de onfalite.

Outro momento importante nos cuidados ao RN foi o banho, não só por ser um momento especial de interação e vinculação, mas também por ser muitas vezes a primeira experiência para o casal e, por essa razão, um momento de alguma ansiedade e receio.

A OMS (2018, p.6) recomenda que *“o banho deve ser atrasado por pelo menos seis horas”*, devido ao risco de hipotermia durante e após o mesmo (diagnóstico identificado para o RN). Neste serviço, o banho ao RN foi dado no turno da manhã, caso o RN já tivesse 12 horas de vida. O primeiro banho foi dado sempre por nós, em forma de ensino demonstrativo e interativo, dando oportunidade aos pais para esclarecer dúvidas. Foi incentivada a presença do pai neste momento, não só pela sua importância na interação com o RN, mas também por se reconhecer ser um momento difícil, por parte da puérpera, quer pelo seu estado físico ainda debilitado, quer pelas alterações emocionais características deste período pós-parto, quer pela importância e compreensão de toda a informação a ser transmitida. Assim, ao longo do banho foram abordados assuntos como as características dos produtos recomendados na higiene do RN, a temperatura da água e a frequência do banho.

Orientámos, em primeiro lugar, para a preparação de todo o material do banho e da roupa do RN, que instruímos para estar pronta a vestir, ou seja, aberta e colocada pela ordem a ser vestida ao RN. A OMS (2018, p. 6) refere que as roupas do RN devem ser apropriadas para a temperatura ambiente, ou seja, *“uma ou duas camadas de roupas mais do que os adultos e o uso de chapéus/bonés”*.

Outra orientação que demos ao casal foi para dividir o espaço onde íamos dar o banho em três partes distintas: a zona onde iam despir o RN; a zona onde iam dar banho ao RN e, por último, a zona onde iam secar e vestir o RN. Isto porque, torna-se mais cómodo e mais rápido para quem está a dar o banho, mas também permite ao RN uma menor exposição ao frio [o que se torna importante visto perderem calor mais rapidamente que os adultos (Lowdermilk, 2008)]. Após a preparação da roupa e do ambiente, instruímos sobre a preparação da água. O banho foi dado numa banheira, pelo que orientámos a enchê-la entre  $\frac{1}{2}$  a  $\frac{3}{4}$  da mesma, com água tépida, devendo primeiro colocar-se a água fria e depois a água quente, e verificar a sua temperatura com a face anterior do pulso ou termómetro.

Com todo o ambiente preparado, começámos e orientámos os pais para despir o RN, deixando-o apenas de fralda. Posteriormente, embrulhámos o RN na toalha, uma vez que o banho deve ser sempre dado no sentido cefalocaudal. Iniciámos então com a lavagem da face. Primeiramente os olhos, devendo ser lavados do canto mais limpo para o mais sujo. Após a lavagem da face e do couro cabeludo, orientámos para retirar a fralda. No caso de o RN apresentar fezes, instruímos para limpar primeiro e só depois dar o banho. Assim,

procedemos à demonstração e orientação da técnica do banho, secámos e vestimos o RN posteriormente.

No segundo dia, este procedimento foi realizado pela mãe ou pelo pai e supervisionado por nós, esclarecendo dúvidas à medida que o casal solicitava. No fim do banho do segundo dia, os pais foram orientados para a frequência do banho e dos produtos a utilizar. Estes têm sido alvo de vários estudos, no sentido de evitar agressões para a barreira da pele do RN. De acordo com Fernandes, Machado e Oliveira (2011), é recomendado dois banhos por semana e devem ser utilizados emolientes, óleos naturais ou syndets (sabonetes fabricados a partir de componentes sintéticos). Contudo, os mesmos autores referem que independentemente da escolha, o produto de limpeza ideal deve ser: líquido, suave, sem sabão, sem cheiro, sem parabenos, com pH neutro ou ligeiramente ácido, que não irrite a pele nem os olhos do RN. Enquanto o cabelo é curto, fino e frágil não é necessário o uso de champô, sendo utilizado o mesmo produto para o corpo e o couro cabeludo.

De acordo com as recomendações da OMS (2018, p. 6) o banho “*deve ser retardado até 24 horas após o nascimento*”. Contudo, neste serviço o banho foi atrasado apenas até às 12 horas de vida do RN. Assim, decidimos investigar melhor esta temática.

O objetivo do primeiro banho do RN é remover apenas o indesejado como o sangue, o mecónio e outras substâncias infecciosas. Contudo, este deve ser adiado até o RN estar termicamente estável, uma vez que o banho está diretamente ligado a uma perda significativa de calor (Kelly et al. 2018; Turney, Lowther, Pyka, Mollon & Fields, 2018).

De acordo com Turney, Lowther, Pyka, Mollon e Fields (2018), o banho deve ser atrasado por 24 horas, no entanto, pode ser dado com pelo menos seis horas de vida do RN, de forma a permitir a ligação mãe-RN e ainda a amamentação precoce.

Kelly et al (2018) referem que o período de transição vai desde os primeiros minutos após o parto, até às 24 horas a 48 horas depois, sendo que as principais mudanças ocorrem nas primeiras seis a oito horas. Assim, o banho deve ser evitado nesse período, para não interferir neste processo. Quando a perda de calor não é minimizada, conseqüentemente poderá levar à hipotermia que, quando não tratada, poderá desenvolver dificuldade respiratória, bradicardia, hipotensão e hipoglicemia.

Num estudo referido por Turney et al. (2018), atrasar o banho por pelo menos oito horas diminui a incidência de hipotermia e hipoglicemia no RN, e que atrasar o mesmo por pelo menos 13,5 horas aumenta a probabilidade de aleitamento materno exclusivo, uma maior estabilização da temperatura e uma diminuição da hiperbilirrubinemia. Além de que, o atraso do primeiro banho permite manter o vernix do RN que tem uma ação protetora e

adaptativa, agindo como hidratante, antimicrobiano, anti-inflamatório e ainda como reforço imunológico (Visscher & Narendaran, 2014).

Podemos concluir então que o atraso do primeiro banho do RN serve exclusivamente para benefício do próprio, facilitando o processo de transição do meio intrauterino para o extrauterino. Embora neste serviço o banho seja dado após as 12 horas, constatámos que este período se encontra dentro dos parâmetros recomendados pela OMS, uma vez que esta recomenda, no mínimo, o atraso de pelo menos seis horas.

Tendo em conta que os estudos referiram que as principais mudanças na transição do meio intrauterino para o extrauterino dá-se entre as seis e as oito horas, e o banho neste serviço deu-se ao fim das 12 horas, considerámos que a prática implementada vai ao encontro do objetivo principal, que é a adaptação do RN ao meio extrauterino e a estabilização da sua temperatura, de modo a evitar a hipotermia.

No contexto clínico, prestámos cuidados ao RN com icterícia fisiológica. Mojtahedi, Izadi, Seirafi, Khedmat e Tavalolizadeh (2018) referem que estudos recentes demonstram a ocorrência de icterícia neonatal em mais de 60% dos RN a termo e 80% dos prematuros na primeira semana. A icterícia neonatal é um evento comum que ocorre principalmente na primeira semana de vida e é uma das causas mais comuns de hospitalização do RN. O sintoma frequentemente demonstrado é o surgimento da coloração amarela da pele, causada pelos níveis séricos de bilirrubina (Fein et al, 2019). Mojtahedi et al. (2018) registam que a icterícia fisiológica, na maioria dos casos, é transitória, aparecendo ao segundo/terceiro dia e diminuindo posteriormente a partir do quinto dia até ao sétimo dia.

A icterícia neonatal geralmente começa na face e progride para o abdómen e as pernas, de acordo com o aumento do nível sérico. Esta pode provocar nos RNs atraso mental, distúrbios de movimento e equilíbrio, convulsões, perda auditiva em altas frequências e comprometimento da fala, pelo que o seu diagnóstico e tratamento têm assim um papel importante na saúde destes (Mojtahedi, Izadi, Seirafi, Khedmat & Tavalolizadeh, 2018).

No contexto clínico, quando observámos a coloração amarela no RN, contactámos o pediatra e seguimos as suas orientações, que passavam pela colheita de sangue para verificação dos níveis séricos da bilirrubina e pelo início do tratamento – fototerapia. Esta, de acordo com Oliveira et al. (2011), caracteriza-se como um método não invasivo, de alto impacto na diminuição dos níveis de bilirrubinas plasmáticas, independente da maturidade do RN; da presença ou não de hemólise ou do grau de pigmentação cutânea; e consiste na exposição do RN à fonte de luz durante horas ou dias. Assim, procedemos à explicação do tratamento aos pais e orientámos para manter o RN o máximo de tempo possível no berço

sob as luzes. Após esclarecer todas as dúvidas da mãe, montámos o aparelho de fototerapia no berço do RN, colocando-o apenas com fralda e a proteção ocular, sob a luz fluorescente, ficando assim a realizar o tratamento ao lado da puérpera. A luz neste tratamento tem a função de converter a bilirrubina, impregnada na pele e mucosas, em outra substância capaz de ser excretada pelo organismo do RN (Oliveira et al., 2011).

É de salientar que uma das rotinas do turno da tarde, nesta instituição, foi vacinar todos os RN com a vacina contra a infeção por vírus da hepatite B. Esta, de acordo com a DGS (2017), é recomendada no programa nacional de vacinação, e deve ser administrada por via IM, no músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa direita. A vacinação foi realizada à frente da mãe e explicámos o objetivo da vacina e as suas potenciais reações: dor, eritema e tumefação. Como a vacina estava a ser administrada pela primeira vez, orientámos a mãe para observar o RN, por pelo menos 30 minutos, para despiste de sinais de reação alérgica, como: rubor na face e dificuldade respiratória.

Outro foco identificado no cuidar do RN foi a “eliminação” que, normalmente, ocorre nas primeiras 24 horas de vida. A frequência da eliminação vesical dependerá da quantidade de líquidos ingerida, sendo comum os RN alimentados com leite de fórmula urinarem com maior frequência. Quanto à eliminação intestinal, habitualmente, ocorre entre as primeiras 12 a 24 horas de vida em 99% dos RN. Tanto a eliminação vesical como a intestinal são indicadores de uma nutrição adequada do RN (Lowdermilk, 2008).

A primeira eliminação intestinal do RN designa-se por mecónio e apresenta como características: aspeto viscoso e cor verde escura. Ao longo dos primeiro dois a três dias, as características das dejeções do RN vão-se alterando quanto à cor e à consistência, de acordo com a sua alimentação. É de salientar que estas alterações progressivas nas características das fezes do RN indicam um funcionamento adequado do tubo digestivo (Lowdermilk, 2008).

No contexto clínico, é de destacar duas situações particulares. A primeira, refere-se aos cristais de urato, apresentado por mais do que um RN, e que se tornou um fator preocupante para as mães. Neste caso explicámos que é uma situação fisiológica e que se deve ao facto de, nos primeiros dias, a urina do RN conter, frequentemente, substâncias químicas chamadas uratos que provocam a tonalidade alaranjada ou cor-de-rosa na urina (Consolini, 2017). O outro caso foi relativamente a um RN que não eliminou mecónio nas primeiras 24 horas de vida. De acordo com Durante et al. (2005), esta situação retrata uma suspeita de obstrução intestinal. Desta forma, procurámos por anormalidades anatómicas (por exemplo ânus imperfurado, que não era o caso) e realizámos estimulação retal no RN,

que não surtiu efeito. O RN encontrava-se queixoso, principalmente à palpação do abdómen, em que verificamos o mesmo mole, timpanizado e distendido. Durante et al. (2005) refere que a falta de eliminação intestinal, a distensão abdominal progressiva, a recusa alimentar e os vômitos biliosos são sinais clínicos clássicos de obstrução intestinal em neonatos. Desta forma, contactámos o médico pediátrica, que orientou para a realização de Raio-X, tendo sido posteriormente diagnosticado com obstrução intestinal e internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos. Não foi possível dar continuidade à assistência a este RN.

As puérperas com parto normal tiveram alta, geralmente após dois dias de internamento, caso não surgissem complicações, enquanto as puérperas submetidas a parto por cesariana tiveram alta após três dias, tal como recomendado por Centeno (2010).

A Ordem dos Enfermeiros (2015) refere que na preparação da alta deve ser tido em conta o reconhecimento de sinais e sintomas habituais de problemas físicos e/ou psicológicos maternos no pós-parto; os cuidados perineais; a amamentação; o reinício da atividade sexual e a contraceção; a alimentação, o exercício e o repouso; a consulta de revisão do puerpério e a referenciação, em caso de situações potenciais ou existências de risco (défice socioeconómico, défice cognitivo, problemas parentais e violência).

No contexto clínico, no momento da alta recomendámos os cuidados a ter com a ferida perineal (sutura reabsorvível, lavagem frequente, secar bem a região perineal, cicatrização por volta do décimo dia) ou da ferida cirúrgica (realização do penso no centro de saúde) e informámos a importância da consulta de revisão do puerpério (entre a quarta e a sexta semana após o parto).

Outra orientação que demos às puérperas foi sobre a possibilidade e a importância de frequentarem o curso de recuperação pós-parto na saúde comunitária. Este curso torna-se importante não só pelo companheirismo e partilha de experiências entre as puérperas que o frequentam, mas também pela recuperação do tónus muscular através da prática de exercícios físicos realizada nas sessões. Ferreira (2016) refere que durante a gravidez e no momento do parto, os músculos pélvicos e as suas fâscias sofrem um estiramento excessivo, que pode, mais tarde, originar prolapsos genitais. Contudo, a tonicidade destes músculos retoma gradualmente após o nascimento, dependendo não só, mas principalmente do adequado exercício físico e da quantidade de tecido adiposo. Daí ser importante encaminhar as puérperas para os recursos existentes na comunidade, de modo a permitir uma maior recuperação e satisfação por parte das mulheres.

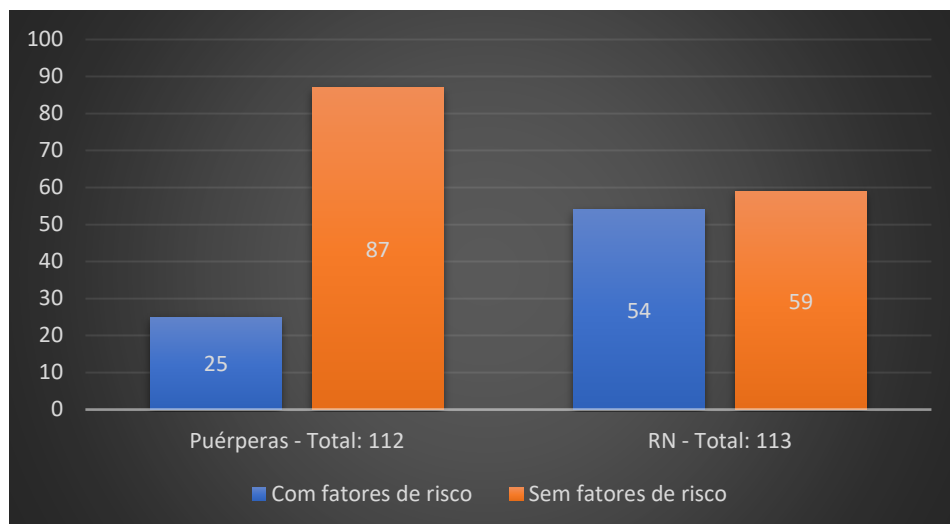
Outro aspeto abordado no momento da alta, foram os picos de crescimento que o RN apresenta ao longo do seu desenvolvimento, de forma a desmistificar a ideia de leite

insuficiente ou à falta de leite, referido por muitas puérperas devido ao aumento da frequência de mamadas do RN, o que leva, muitas vezes, ao desmame e à interrupção precoce da amamentação. Alden (2008) justifica que este aspeto, ocorre de forma a estimular uma maior produção de leite, que aumenta gradualmente e em proporção com o crescimento do RN. Os picos de crescimento ocorrem por volta dos dez dias, das três semanas, das seis semanas, dos três meses e dos seis meses. Tendo por base esta evidência, instruímos a puérpera que este aumento no número de mamadas do RN, em momentos distintos, não significa falta de leite ou leite insuficiente, mas sim, uma estimulação para a produção da quantidade de leite necessária para o crescimento do RN. Informámos ainda, que desde que o RN apresentasse micções e dejeções frequentes (seis a oito fraldas e pelo menos três dejeções nas 24 horas [Alden, 2008]) significava uma alimentação apropriada e uma produção de leite suficiente.

No momento da alta também foram dadas orientações relativamente ao RN, nomeadamente, à realização do teste de diagnóstico precoce (entre o terceiro e o sexto dia de vida); à importância do cumprimento do programa nacional de vacinação e à marcação da consulta de saúde infantil a partir do décimo quinto dia de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Instruímos ainda para as medidas de segurança, bem como para o transporte seguro no sistema de retenção infantil, que foi inspecionado à saída do hospital de forma a confirmar a correta posição do RN e dos cintos.

No desenrolar desta prática clínica, foi possível constatar a importância do papel do EESMO no apoio à mulher/casal, não só relativamente ao exercício do papel parental, mas também relativamente ao autocuidado. Esta fase, é particularmente importante para a mulher/casal, uma vez que se deparam com dificuldades no desempenho do papel parental, pelo que têm de aprender a lidar com os novos papéis. Desta forma, a nossa função enquanto futura EESMO tornou-se fundamental no apoio disponibilizado a estas mulheres, bem como nos ensinamentos realizados, na instrução e no treino das suas competências.

Posto isto, apresentamos no gráfico seguinte, os dados referentes às puérperas e aos RNs a quem prestámos cuidados nesta prática clínica.



**Gráfico 4:** Descrição das puérperas e dos RN a quem prestamos cuidados na prática clínica “Autocuidado Pós-parto e Parentalidade”



## 5. APRECIÇÃO FINAL

Este relatório constitui uma reflexão sobre as práticas vivenciadas ao longo de um ano letivo em ensino clínico, tendo em conta os objetivos propostos, mediante uma prática baseada em evidência científica.

A realização deste relatório descreve as atividades desenvolvidas nas diferentes práticas clínicas, nomeadamente gravidez com complicações, TP e parto e pós-parto. Inclui ainda a RIL realizada com base numa temática relevante e relacionada com a prática. É possível ainda evidenciar o desenvolvimento das competências, enquanto estudante, mas também a descrição de um importante percurso, que nos permitiu adquirir e desenvolver novos conhecimentos.

Consideramos ser de máxima importância o facto de em todas as diferentes práticas clínicas ter surgido uma temática relevante para investigar. Isto permitiu-nos aprofundar e desenvolver conhecimento e, conseqüentemente, proporcionar cuidados de melhor qualidade.

Ao longo da prática clínica “Gravidez com complicações”, foi-nos possível refletir acerca da dimensão patológica associada à gravidez e compreender a importância do cuidar especializado na vigilância pré-natal. Outros aspetos, que conseguimos implementar ao longo desta prática clínica, foram o acompanhamento; o apoio e a orientação, não só à gestante, mas também aos seus familiares, promovendo a saúde da mulher e da sua família; vigiando o bem-estar fetal e, facilitando a adaptação tanto à parentalidade, como à sua situação patológica específica.

Quanto à realização da sessão de formação acerca de aspetos relacionados com a patologia associada à gravidez, bem como alguns temas sobre a parentalidade, consideramos que foi uma mais-valia para as grávidas, pois permitiu um momento de distração e aprendizagem, mas também criou um espaço para esclarecimento de dúvidas. Refletindo sobre este aspeto, julgamos que a sessão deveria ter sido realizada mais vezes e para mais grávidas. Contudo, o tempo de internamento, muitas vezes, não facilitou este aspeto, pelo que espero por novas oportunidades para a realização desta prática.

Uma das dificuldades encontradas relacionou-se com as situações de abortamento, pois a gravidez normalmente tem uma conotação de felicidade e planos futuros associados, contudo, na presença de uma perda gestacional, todas as expectativas criadas pelo casal,

acabam por se desvanecer criando vazios e uma necessidade de lidarem com algo efetivamente difícil. O facto de o casal descobrir a gravidez, estar a viver esse momento e de repente já não existir, consideramos ser uma situação complexa, pois como o produto de concepção ainda é pequeno e por vezes inidentificável, acaba por não existir praticamente provas daquela gravidez que possa permitir, por parte destes casais, uma despedida adequada para um luto saudável. Por estas razões, saber lidar com esta situação é muito importante, nomeadamente: a escuta ativa e o esclarecimento de dúvidas.

Foi-nos possível ao longo deste percurso contactar com diversas realidades. Uma delas, que consideramos ter sido uma experiência única e que proporcionou imensos conhecimentos e competências, passou pela prática realizada no CHPVVC. Aqui, foi-nos possível proporcionar ao casal e à sua família experiências únicas no decorrer do seu TP e parto, bem como vivenciar o nascer nas diferentes posições de parto, dando à mulher autonomia e confiança nas suas capacidades para fazer do seu parto uma experiência positiva. Foi de facto gratificante, fazermos parte desta nova atualidade do nascer, por um nascer positivo e por uma satisfação por parte da mulher na sua realização de ser mãe.

O período passado neste contexto prático permitiu-nos desenvolver competências, conhecimento e habilidades relativas ao TP e ao parto, que superaram todas as nossas expectativas e que nos possibilitou prestar cuidados baseados em práticas humanizadas, pois ao longo de todo o estágio e da realização de 40 partos, implementamos intervenções que permitiram o envolvimento não só da mulher como do casal ao longo de todo o processo de TP e parto. Conseguimos observar e sentir a satisfação vivenciada pela mulher, devido à sua experiência positiva, o que foi realmente gratificante.

Quanto aos partos assistidos, além de nos permitirem refletir sobre as práticas aplicadas, permitiu-nos assistir a uma colaboração multidisciplinar que facilitou em termos práticos e, acima de tudo, uma maior e melhor assistência à mulher, resultando em desfechos materno-fetais favoráveis.

Ao longo desta prática clínica, fomos crescendo enquanto profissional com as pequenas dificuldades, inicialmente, inerentes a este processo, mas que fizeram parte deste desenvolvimento e que permitiram refletir sobre a nossa prática, melhorando a cada dia que passava. Aprendemos muito com todas as parturientes que assistimos, embora nem todos os TP que vigiámos fossemos nós a realizar o parto, mas com os quais também aprendemos por nos ter sido possível aplicar diversas práticas, desde: o incentivo, ao reforço positivo, ao apoio, aos métodos não farmacológicos, entre tantas outras práticas realizadas.

Outro aspeto fundamental nesta prática foi poder acompanhar mulheres sem analgesia por via epidural, culminando, assim, em partos naturais por sua escolha. Nestes casos particulares, foi possível observar uma ligação e um apoio enorme entre os casais, bem como uma força e um desejo por parte destas mulheres de conseguirem uma experiência de parto positiva sem recorrer a qualquer tipo de método farmacológico, agindo unicamente de acordo com o que sentiam e transmitindo uma envolvimento e uma consonância com o seu corpo ao longo de todo o processo. Foi-nos possível assistir a três partos naturais e, realmente, sentimo-nos muito gratificadas por pudermos colaborar e fazer parte destas vivências tão satisfatórias e positivas.

O facto de neste hospital ser possível a deambulação, a CTG intermitente, a adoção de diferentes posições, tanto no primeiro período como no segundo período do TP, o contato pele-a-pele e a priorização da autonomia e do conforto à mulher, contribuiu imenso para desenvolvermos competências, tanto na área das medidas não farmacológicas como em práticas humanizadas recomendadas e descritas na evidência científica.

Um aspeto que consideramos ter sido uma limitação foi a prática de episiorrafia, devido à pouca experiência. Embora tivéssemos tido a oportunidade de suturar lacerações, estas foram praticamente todas de primeiro grau. Assim, consideramos que este foi o único aspeto no qual desenvolvemos poucas competências.

Já na prática clínica “Autocuidado Pós-parto e Parentalidade” a temática com que mais nos deparamos foi a amamentação e as dificuldades sentidas por parte das puérperas.

A amamentação demonstrou ser, especialmente em mulheres primíparas, a maior dificuldade destas, não só pela técnica em si, mas pelas dificuldades encontradas no RN a mamar ou com as dúvidas relativas à quantidade de leite, se este era suficiente. Assim, o papel do enfermeiro torna-se crucial não só no colmatar destas dificuldades encontradas, transmitindo conhecimentos e estratégias de forma a promover a autonomia das mulheres neste aspeto, mas também no desmistificar de mitos para uma continuidade no processo de amamentação. Constatamos que as puérperas que têm um grande apoio do EESMO, durante a amamentação, sentem-se mais seguras e mais confiantes do seu papel como mãe, diminuindo sentimentos de insegurança e facilitando a transição para a parentalidade. Este foi o maior desafio encontrado neste contexto clínico, uma vez que nos permitiu desenvolver estratégias que auxiliaram as mulheres, sendo por isso, uma das competências que desenvolvemos, com resultados mais gratificantes.

Em suma, o estágio decorrido neste serviço, foi aquele que permitiu desenvolver competências de diferentes domínios, uma vez que não se prestaram cuidados apenas à puérpera, mas também ao binómio mãe-filho e casal. Constatamos que o alojamento

conjunto, é um bem essencial, não só para a vinculação dos pais ao RN, mas também para o desenvolvimento de conhecimentos e competências tanto da mãe como do pai neste processo de transição para a parentalidade.

Acreditamos, assim, ter atingido os objetivos inicialmente propostos no âmbito da aquisição de competências do EESMO. Evidenciamos, ao longo do relatório, as áreas de atuação mais importantes em cada prática clínica e as intervenções realizadas com base na evidência científica.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdala, L. G., & Cunha, M. L. C. (2018). Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. *Clinical & Biomedical Research*, 38 (4), 356-360. doi: <https://doi.org/10.4322/2357-9730.82178>

Abdulghani, N., Edvardsson, K., & Amir, L. H. (2018) Worldwide prevalence of mother-infant skinto-skin contact after vaginal birth: A systematic review. *PLoS ONE*, 13(10), 1-19. doi: 10.1371/journal.pone.0205696. eCollection 2018

Alden, K. (2008). Nutrição e Alimentação do Recém-Nascido. In D. Lowdermilk & S. Perry (7ª Ed.), *Enfermagem na Maternidade*. (cap. 20/pp. 648-680). Loures: Lusodidacta.

Ambusaidi, Q., & Zutshi, A. (2015). Effectiveness of Misoprostol for Induction of First-Trimester Miscarriages. *Clinical & Basic Research*, 15(4), 534-538. doi: 10.18295/squmj.2015.15.04.016. Epub 2015 Nov 23

Amorim, A. M. A., Silva, L. R., & Rosado, L. E. P. (2015). Eficácia da progesterona na prevenção do trabalho de parto prematuro gemelar: revisão sistemática. *FEMINA*, 43(1), 13-20. Retirado de: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n1/a4843.pdf>

Andrade, R. D., Santos, J. S., Maia, M. A. C., & Mello, D. F. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), 181-186. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E PARTO. (2017) *Direitos da mulher na gravidez e parto*. Retirado de: <http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Direitos-Universais-da-Mulher-durante-o-Parto.pdf>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULLHER NA GRAVIDEZ E PARTO. (2017). *Reflexão sobre o trabalho de parto e Parto: construção de um plano de preferências de parto*. Retirado de: <http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Reflexão-para-a-construção-do-plano-de-parto-introducao.pdf>

Batista, C. L. C., Ribeiro, V. S., Nascimento, M. D. S. B., & Rodrigues, V. O. (2017). Association between pacifier use and bottle-feedingand unfavorable behaviors during breastfeeding. *Jornal de Pediatria*, 94(6), 596-601. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.10.005>

Botelho, C. M. (2017) *A influência da massagem perineal na incidência de trauma perineal no segundo período de trabalho de parto*. (Tese de Mestrado) Porto: Universidade do Porto: Porto. URL:

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18363/1/A%20Influ%C3%AAncia%20da%20Massagem%20Perineal%20na%20Incid%C3%AAncia%20de%20Trauma%20Perineal%20no%20Segundo%20Per%C3%ADodo%20de%20Trabalho%20de%20Parto.pdf>

Buccini, G. S., Pérez-Escamilla, R., Paulino, L. M., Araújo, C. L., & Venancio, S. I. (2016). Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, pp. 1-19. doi: <https://doi.org/10.1111/mcn.12384>

Buccini, G., Pérez-Escamilla, R., Benicio, M. H. D., Giugliani, E. R. J., & Venancio, S. I. (2018). Exclusive breastfeeding changes in Brazil attributable to pacifier use. *PLoS ONE*, 13(12), pp. 1-14. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208261>

Burke, M., Bernhardt, H., Reith, D. M., Barker, D., Broadbent, R. S., & Wheeler, B. J. (2015). Perinatal influences on the uptake of newborn Vitamin K prophylaxis – a retrospective cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 39(6), 573-576. doi: 10.1111/1753-6405.12399. Epub 2015 Jun 29.

Cassiano, A. N., Holanda, C. S. M., Costa, R. K. S., Morais, F. R. R., & Maranhão, T. M. O. (2015). Assistência de enfermagem à mulher no puerpério imediato: um ensaio descritivo. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 7(1), 2061-2071. doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2061-2071

Centeno, M. (2010). Puerpério e lactação. In L. Graça. (4ª ed), *Medicina Materno-fetal*. (cap. 34/pp. 372-380). Lisboa: Lidel.

Chow, S., Chow, R., Popovic, M., Lam, H., Merrick, J., Ventegodt, S., ... Popovic, J. (2015). The use of nipple shields: a review. *Frontiers in Public Health*, 3(236), 1-13. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00236>

Consolini, D. (2017). Avaliação e atendimento do recém-nascido normal. *MSD Manuals*. Retirado de: <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/cuidados-com-os-rec%C3%A9m-nascidos-e-lactentes/avalia%C3%A7%C3%A3o-e-atendimento-do-rec%C3%A9m-nascido-normal>

Corbett, R. (2008). Cuidados de enfermagem durante a gravidez. In D. Lowdermilk & S. Perry (7ª ed.), *Enfermagem na Maternidade* (cap.9/pp. 245-303). Loures: Lusodidacta.

Crum, K. (2008). Fisiologia materna no período pós-parto. In D. Lowdermilk, & S. Perry (7ª Ed.), *Enfermagem na Maternidade* (cap. 15/pp. 478-489). Loures: Lusodidacta.

Danski, M. T. R., Oliveira, G. L. R., Pedrolo, E., Lind, J., Johann, D. A. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(2), 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i2.36304>

Deliktas, A. & Kukuliu, K. (2018). A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 263-278. doi: 10.1111/jan.13447

Direção Geral de Saúde. (2004) *Pelo direito ao parto normal: uma visão partilhada*. (2ª ed). Lisboa: Ministério da Saúde. Retirado de: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/dpn.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2013). Leite materno, formulas e circuito de biberões e tetinas em ambiente hospitalar. Orientação nº18/2013. Retirado de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182013-de-20122013-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2015). *Trabalho de parto estacionário*. Lisboa: DGS. Retirado de: <https://www.dgs.pt/em-destaque/norma-e-orientacoes-sobre-aspetos-tecnicos-relacionados-com-a-cesariana.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS. Retirado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>

Dy, J. (2014). Evolução clínica do trabalho de parto normal. In G.D. Posner, J. Dy, A.Y. Black, G.D. Jones (6ª ed.), *Trabalho de Parto e Parto* (cap. 11/pp. 103-123). Porto Alegre: AMGH Editora.

Dy, J. (2014). Indução do parto. In G.D. Posner, J. Dy, A.Y. Black, G.D. Jones (6ª ed.), *Trabalho de Parto e Parto* (cap. 13/pp. 151-168). Porto Alegre: AMGH Editora.

Durante, A. P., Baratella, J. R. S., Velhote, M. C. P., Hercowitz, B., Napolitano-Neto, P., Salgado-Filho, H., ... Monteiro, R. P. (2005). Obstrução intestinal neonatal: diagnóstico e tratamento. *Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*. Retirado de: [https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/obstrucao-intestinal-neonatal-diagnostico-e-tratamento.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/obstrucao-intestinal-neonatal-diagnostico-e-tratamento.pdf)

Ebling, D. B. D., Ayres, R. C., Silva, M. R. S., Pieszak, G. M., Silva, M. M. & Soares, A. L. R. (2018). Compreensões de cuidado na visão de mulheres puérperas. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 10(1), 30-35. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.30-35>

El-Chaar, D. (2014). Avaliação da saúde fetal no parto. In G.D. Posner, J. Dy, A.Y. Black, G.D. Jones (6ª ed.), *Trabalho de Parto e Parto* (cap. 12/pp. 124-150). Porto Alegre: AMGH Editora.

Elvander, C. E., Ahlberg, M., Thies-Lagergren, L., Cnattingius, S. & Stephansson, O. (2015). Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113000 spontaneous births. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(252). doi: 10.1186/s12884-015-0689-7

Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 11/pp. 308-320). Lisboa: Lidel.

Figueiredo, J. V., Fialho, A. V. M., Mendonça, G. M. M., Rodrigues, D. P. & Silva, L.F. (2018). A dor no puerpério imediato: contribuição do cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1424-1431. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0345>

Fein, E. H., Friedlander, S., Lu, Y., Pak, Y., Sakai-Bizmark, R., Smith, L. M., ... Chung, P. J. (2019). Phototherapy for neonatal unconjugated hyperbilirubinemia: examining outcomes by level of care. *Hospital Pediatrics*, 9(2), 1-8. doi: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0136>

Fernandes, J., Machado, M. & Oliveira, Z. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), 102-110. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000100014>

Ferreira, A. (2016). Fisiologia do puerpério. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 13.1/pp. 438-442). Lisboa: Lidel.

Flacking, R. & Dykes, F. (2017). Perceptions and experiences of using a nipple shield among parents and staff – an ethnographic study in neonatal units. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1183-6>

Fonseca, S. (2016). Indução do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 11.5/pp. 353-355). Lisboa: Lidel.

Fonseca, S. (2016). Métodos de indução do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 11.6/pp. 356-367). Lisboa: Lidel.

Franco, J. (2016). Fisiologia da gravidez. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 2/pp. 56-57). Lisboa: Lidel.

Freitas, M.J.S. & Baptista, M.C.D. (2016). Avaliação e estabilização do recém-nascido. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 14.1.1/pp. 487-491). Lisboa: Lidel.

Gomes, G. & Santos, A. (2017). Assistência de enfermagem no puerpério. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(2), 211-220. doi: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407>

Graça, L. (2010). Ajustamentos fisiológicos do organismo materno à gravidez. In L. Graça (4ª Ed.), *Medicina Materno-fetal* (cap. 8/pp. 62-70). Lisboa: Lidel.

Graça, L. (2010). Parto Pré-termo. In L. Graça (4ª Ed.), *Medicina Materno-fetal* (cap. 38/pp. 426-445). Lisboa: Lidel.

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J. & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 25(5). doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4

Gutiérrez, M. J. D. (2015). Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia científica. *Ars Pharmaceutica*, 57(1), 5-10. Retirado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v57n1/revision1.pdf>

Herrera-Gómez, A., Luna-Bertos, E., Ramos-Torrecillas, J., Ocaña-Peinado, F. M., Ruiz, C. & García-Martínez, O. (2017). Risk assessment of epidural analgesia during labor and delivery. *Clinical Nursing Research*, pp.1-12. doi: 10.1177/1054773817722689. Epub 2017 Jul 28

Hickey, L. & Savage, J. (2019). Effect of peanut ball and position changes in women laboring with an epidural. *Nursing for Women's Health*, 23(3), 245-252. doi: 10.1016/j.nwh.2019.04.004. Epub 2019 May 9

Jesus, A.L.B.C. (2013). Influência dos fatores maternos e práticas de aleitamento materno no ingurgitamento mamário (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem: Coimbra. URL: [file:///C:/Users/asus/Downloads/D2011\\_10002122014\\_2919011\\_1.pdf](file:///C:/Users/asus/Downloads/D2011_10002122014_2919011_1.pdf)

Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party\*. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. (2014). *The Joanna Briggs Institute*. Retirado de: <https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI%20Levels%20of%20Evidence%20Supporting%20Documents-v2.pdf>

Júnior, M. D. C., Patrício, E. C. & Félix, L. R. (2013). Intervenções obstétricas no parto pré-termo: revisão da literatura e atualização terapêutica. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(3), 323-329. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20130051>

Kelly, P. A., Classen, K. A., Crandall, C. G., Crenshaw, J. T., Schaefer, S. A., Wade, D. A., ... Fossee, K. R. (2018). Effect of timing of the first bath on a healthy newborn's temperature. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 47(5), 608-619. doi: 10.1016/j.jogn.2018.07.004. Epub 2018 Aug 8

Kwon, H. & Park, H. (2016). Episiotomy and the risk of severe perineal injuries among Korean women. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicina*, 30(14), 1745-1749. doi: 10.1080/14767058.2016.1224833

Lei n.º 26/2017. D.R. N.º104/2017, Série I de 30-05-2017, 2594-2611.

Leitão, F. J. C. (2010). *Autonomia da mulher em trabalho de parto* (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina Departamento de Bioética: Lisboa.. Recuperado de: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2212/1/596873\\_Tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2212/1/596873_Tese.pdf)

Levin, H. I., Sciscione, A., Ananth, C.V., Drassinower, D., Obican, S. G. & Wapner, R. J. (2017). Activity restriction and Risk of preterm delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicina*, 31(16), 2136-2140. doi: 10.1080/14767058.2017.1337738. Epub 2017 Jul 6

- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: UNICEF.
- Lowdermilk, D.L. (2008). Anatomia e fisiologia da gravidez. In D. Lowdermilk & S. Perry (7ª Ed.), *Enfermagem na Maternidade* (cap. 8/pp. 222-244). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D.L. (2008). Avaliação de fatores de risco. In D. Lowdermilk & S. Perry (7ª Ed.), *Enfermagem na Maternidade* (cap. 21/pp. 681-706). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D.L. (2008). Cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. In D. Lowdermilk & S. Perry (7ª Ed.), *Enfermagem na Maternidade* (cap. 14/pp. 414-477). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D.L. (2008). Trabalho de parto e nascimento. In D. Lowdermilk & S. Perry (7ª Ed.), *Enfermagem na Maternidade* (cap. 11/pp. 333-354). Loures: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D.L. (2008). Trabalho de parto e parto de risco. In D. Lowdermilk & S. Perry (7ª Ed.), *Enfermagem na Maternidade* (cap. 24/pp. 808-860). Loures: Lusodidacta.
- Machado, M.H. (2010). Assistência pré-natal. In L. Graça (4ª Ed.), *Medicina Materno-fetal* (cap. 17/pp. 149-161). Lisboa: Lidel.
- Madhavanprabhakaran, G. K., Wittmann, A., Vaidyanathan, G., Aldughaiishi, T. & Thomas, D. S. (2017). Knowledge and Practice of Umbilical Cord Clamping among Maternity Care Providers. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 6(3), 1311-1318. doi: 10.22038/JMRH.2018.23553.1252
- Mafetoni, R. R. & Shimo, A. K. K. (2014). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(2), 505-512. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140037>
- Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de parto pré-termo e parto pré-termo. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 7.4/pp. 211-215). Lisboa: Lidel.
- Mangesi, L. & Dowswell, T. (2010). Treatments for breast engorgement during lactation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 8(9). doi: 10.1002/14651858.CD006946.pub2
- Manzoor, U., Shahzad, U., Sharif, N., Bano, S., Farhat, R. & Kokab, Z. (2019). Cervical cerclage; Significance of cervical cerclage. *The professional Medical Journal*, 26(5), 846-853. doi: <https://doi.org/10.29309/TPMJ/2019.26.05.3491>
- Marques, M. (2014) *Manual de Boas Práticas na Sala de Partos Normal. Baseado nas Recomendações da OMS (1996)*.
- McCown, T. & Smith, E. (2018). We need a standardized approach to use of nipple shields. *Internacional Journal of Childbirth Education*, 33(4), 26-27. Retirado de: <https://icea.org/we-need-a-standardized-approach-to-use-of-nipple-shields/>

Meira, M. M., Ibarra, S. A. & Santos, E. K. A. (2008). Inibição da lactação: (re) visitando a literatura. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 10(3), 805-815. Retirado de: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46699/22897>

Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2016). A posição da mulher no trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 11.3/pp. 335-347). Lisboa: Lidel.

Ministério da saúde. (2016). *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal*. Relatório de Recomendação. Brasília: CONITEC. Retirado de: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)

Mohammed, K., Tailakh, S., Fram. K. & Creedy, D. (2019). Effects of early umbilical cord clamping versus delayed clamping on maternal and neonatal outcomes: A Jordanian study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1476-4954. doi: 10.1080/14767058.2019.1602603.

Mojtahedi, S., Izadi, A., Seirafi, G., Khedmat, L. & Tavakolizadeh, R. (2018). Risk Factors Associated with Neonatal Jaundice: A Cross-Sectional Study from Iran. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(8), 1387-1393. doi: 10.3889/oamjms.2018.319. eCollection 2018 Aug 20

Montenegro, C. & Filho, R. (2014). *Rezende Obstetrícia Fundamental* (13ªed). Rio de Janeiro: Guanabarakoogan.

Moretti, F. (2014). Puerpério. In G.D. Posner, J. Dy, A.Y. Black, G.D. Jones (6ª ed.), *Trabalho de Parto e Parto* (cap. 38/pp. 628-643). Porto Alegre: AMGH Editora.

Nunes, N. (2012). *Autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto: Intervenções do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia promotoras da autonomia da mulher/casal* (Relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: Lisboa. Recuperado de : <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15768>

Oliveira, C. S., Casati, P. S., Fernandes, J. J., Oliveira, A. R., Alves, E. D. & Oliveira, C. S. (2011). Fototerapia, Cuidados e atuação da enfermagem. *UNICiências*, 15(1), 1-12. doi: <https://doi.org/10.17921/1415-5141.2011v15n1p%25p>

Oliveira, L.S., Brito, L.G., Quintana, S.M., Duarte, G. & Marcolin, A.C. (2014). Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. *São Paulo Medical Journal*, 132(4), 231-238. doi: 10.1590/1516-3180.2014.1324710

Oppenheimer, L. (2014). Secundamento ou requitação, placenta retida e placenta acreta. In G.D. Posner, J. Dy, A.Y. Black, G.D. Jones (6ª ed.), *Trabalho de Parto e Parto* (cap. 19/pp. 312-323). Porto Alegre: AMGH Editora.

Oppenheimer, L. & Black, A. (2014). Segundo Período do Trabalho de Parto. In G.D. Posner, J. Dy, A.Y. Black, G.D. Jones (6ª ed.), *Trabalho de Parto e Parto* (cap. 16/pp. 234-249). Porto Alegre: AMGH Editora.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Plano de parto, Parecer N° 7/2012. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Retirado de:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO\\_Paracer\\_7\\_2012\\_Plano\\_de\\_parto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Paracer_7_2012_Plano_de_parto.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: OE. Retirado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso\\_eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2019) *Regulamento N° 391/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica*. D.R. II Série. N°85/2019 (03-05-2019), 13560-13565. Retirado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

Órfão, A. (2016). Determinação do Risco Materno-fetal. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 4.1/pp. 108-116). Lisboa: Lidel.

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*.

Organização Mundial de Saúde. (2015). Recommendations on postnatal care of the mother and newborn. *Postnatal Care Guidelines*. Retirado de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/postnatal-carerecommendations/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-carerecommendations/en/)

Organização Mundial de Saúde. (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO. Retirado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Peppe, M. V., Stefanello, J., Infante, B.F., Kobayashi, M.T., Baraldi, C.O., Brito, L.G.O. (2018). Perineal Trauma in a Low-risk Maternity with High Prevalence of Upright Position during the Second Stage of Labor. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40(7), 379-383. doi: 10.1055/s-0038-1666810

Pervin, J., Aktar, S., Nu, U.T., Rahman, M. & Rahman, A. (2018). Associations between improved care during the second stage of labour and maternal and neonatal health outcomes in a rural hospital in Bangladesh. *Midwifery*, 66, 30-35. doi: 10.1016/j.midw.2018.07.010

Pinheiro, A.A. (2016). Promoção do Parto Normal. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 11.2/pp. 324-334). Lisboa: Lidel.

Pires, C. S. M. (2016). *Cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido* (Tese de Mestrado). Universidade de Trás os Montes e Alto Douro: Bragança. URL: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13881/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20final%20-%20Catarina%20Pires.pdf>

Prata, A. R. P. G. (2015). *Medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto* (Relatório de Estágio). Escola Superior de Saúde de Viseu: Viseu. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10400.19/3218>

Qian, X., Wang, Q., Ou, X., Li, P., Zhao, B. & Liu, H. (2018). Effects of ropivacaine in patient-controlled epidural analgesia on uterine electromyographic activities during labor. *BioMed Research Internacional*. doi: 10.1155/2018/7162865

Ramos, A. M. B. (2014). *Esperança no contexto da gravidez de risco* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Altos Estudos: Coimbra. Recuperado de: [http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/582/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Ana%20Marta%20Ramos.pdf](http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/582/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Ana%20Marta%20Ramos.pdf)

Reyes, R.A., Villarreal, J.L.M, Pen, M.H, Ramírez, R.I.C, & Quintana, N.I.V. (2013). Morbilidad neonatal asociada com el grado de tinción meconial del líquido amniótico. *Pediatría de México*, 15(2), 38-44. Retirado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2013/pm132b.pdf>

Ribeiro, J.L.P. (2014). Revisão de investigação e evidência científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 671-682. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150309>

Rodrigues, S.I.B. (2016). Tipos de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 11.8.2/pp. 382-387). Lisboa: Lidel.

Rodrigues, S.I.B. (2016). Parto Distócico. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 11.8/pp. 376). Lisboa: Lidel.

Santana, A. & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do bem-estar materno-fetal. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 11.9.1/pp. 392-399). Lisboa: Lidel.

Santos, M.J.F & Baptista, M.C.D. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 13.3/pp. 455-472). Lisboa: Lidel.

Santos, R. K. & Zapparoli, L.G. (2017). Confronto entre desejos: sentimentos de mulheres soropositivas sobre a impossibilidade de amamentar-revisão integrativa. *Revista Intellectus*, 41(1). Retirado de: <http://www.revistaintellectus.com.br/ArtigosUpload/42.502.pdf>

Serati, M., Di, D.MC., Bogani, G., Sorice, P., Cromi, A., Uccella, S., ... Ghezzi, F. (2016). Position in the second stage of labour and de novo onset of post-partum urinatu incontinence. *The International Urogynecological Association*, 25, 281-286. doi: 10.1007/s00192-015-2829-z. Epub 2015 Sep 4

Silva, M.J.E. (2010). O papel da Enfermagem em Medicina Materno-fetal. In L. Graça (4ª Ed.), *Medicina Materno-fetal* (cap. 18/pp. 162-167). Lisboa: Lidel.

Silva, D. R. (2016). *Cefaleia pós-punção da dura: uma complicação frequente da analgesia epidural obstétrica* (Dissertação de Mestrado). Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar: Porto. URL: [file:///C:/Users/asus/Downloads/tese\\_final\\_DianaR%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/asus/Downloads/tese_final_DianaR%20(1).pdf)

Silva, A.C.R. (2017). *Abordagem terapêutica da gravidez não evolutiva no 1º trimestre* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar:

Porto. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/108964/2/232021.pdf>

Smith, L.A., Price, N., Simonite, V. & Burns, E. E. (2013). Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(59). doi: 10.1186/1471-2393-13-59

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2013). *Consenso Clínico: Rastreio e Prevenção da Doença Perinatal causada pelo Streptococcus agalactiae*. Retirado de: <http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2013-StreptoB.pdf>;

Sotto-mayor, L. (2016). Aborto Espontâneo. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 9.1/pp. 267-275). Lisboa: Lidel.

Sousa, L.G. (2016). Métodos de Interrupção da Gravidez. . In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (cap. 9.3.2/pp. 287-291). Lisboa: Lidel.

Sousa, L.M.M., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Antunes, V. (2017). Metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação de Enfermagem*, 17-26. Retirado de: [https://www.researchgate.net/publication/321319742\\_Metodologia\\_de\\_Revisao\\_Integrativa\\_da\\_Literatura\\_em\\_Enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem)

Sousa, J.L., Sousa, L.F.C., Silva, M.J., Rocha, D.M & Viana, V.M.O. (2018). Lacerações Perineais no parto normal: uma revisão integrativa. *Electronic Journal Colletion Health*, 13, 1503-1508. Retirado de: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS312.pdf>

Souza, A.S.R., Costa, A.A.R., Coutinho, I., Neto, C.N. & Amorim, M.M.R. (2010). Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *FEMINA*, 38(4), 185-194. Retirado de: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>

Souza, S.R.R.K & Gualda, D.M.R. (2016). A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(1), 1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>

Sprague, A.E., O'Brien, B., Newburn-Cook, C., Heaman, M. & Nimrod, C. (2008). Bed Rest and Activity Restriction for Women at Risk for Preterm Birth: A Survey of Canadian Prenatal Care Providers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30(4), 317-326. doi: 10.1016/S1701-2163(16)32800-6

Stewart, D. & Benitz, W. (2016). Umbilical cord care in the newborn infant. *American Academy of Pediatrics*, 138(3). doi: 10.1542/peds.2016-2149

Stokes, V., Emmerson, A. & Mukherjee, A. (2018). Do mothers understand the reasons for giving vitamin K to their newborn babies? *Infant*, 14(4), 155-158. Retirado de: <https://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=13&sid=2245abe8-3b7f-4244-ba82-1162b9b77625%40pdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=130758273&db=ccm>

- Tufail, N., Bano, N., Asif, U. & Asif, M. (2019). Cervical incompetence; Role of cervical cerclage in cervical incompetence. *Professional Medical Journal*, 26(5), 831-835. doi: 10.29309/TPMJ/2019.26.05.3487
- Turney, J., Lowther, A., Pyka, J., Mollon, D. & Fields, W. (2019). Delayed Newborn First Bath and Exclusive Breastfeeding Rates. *Nursing for Women's Health Journal*, 23(1), 31-37. doi: 10.1016/j.nwh.2018.12.003
- Vasco, M.S & Poveda, C.B (2015). Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. *Matronas*, 16(3), 90-95. Retirado de: <https://www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/metaanalisis-sobre-posturas-maternas-en-el-expulsivo-para-mejorar-los-resultados-perineales/>
- Visscher, M. & Narendran, V. (2014). Vernix Caseosa: Formation and Function. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 14, 142-146. doi: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2014.10.005>
- Wagner, P., Sonek, J., Abele, H., Sarah, L., Hoopmann, M., Brucker, S., ... Kagan, K.O. (2017). Effectiveness of the contemporary treatment of preterm labor: a comparison with a historical cohort. *Maternal-fetal medicine*, 296, 27-34. doi: 10.1007/s00404-017-4389-6. Epub 2017 May 8
- Warmink-perdijk, W.D.B., Koelewijn, J.M., Jonge, A., Diem, M.T. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2016). Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy. *Midwifery*, 34, 1-6. doi: 10.1016/j.midw.2016.01.010
- Yu, L., Sun, Y., Shang, Y. & Yin, M. (2019). Effect of timing of umbilical cord clamping on maternal and neonatal outcomes: A protocol for systematic review and network meta-analysis. *Medicine Journal*, 98(16), 1-3. doi: 10.1097/MD.00000000000015283
- Zemet, R., Schiff, E., Manovitch, Z., Cahan, T., Yoeli-Ullman, R., Brandt, B., ... Mazaki-Tovi, S. (2018). Quantitative assessment of physical activity in pregnant women with sonographic short cervix and the risk for preterm delivery: A prospective pilot study. *PLoS ONE*, 13(6), 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0198949. eCollection 2018
- Zhang, H., Huang, S., Guo, X., Zhao, N., Lu, Y., Chen, M., ... Cai, W. (2017). A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. *Midwifery*, 50, 117-124. doi: 10.1016/j.midw.2017.03.022
- Zimmerman, E. (2018). Pacifier and bottle nipples: the targets for poor breastfeeding outcomes. *Jornal de Pediatria*, 94(4), 571-573. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.02.001>