

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

O banho e os cuidados com a pele do recém-nascido -
Uma revisão integrativa da literatura

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientação:

Prof.^a Dr.^a Marinha Carneiro

Joana Rita Barros Machado

Porto I 2014

AGRADECIMENTOS

Existe um conjunto de pessoas, às quais gostava de deixar o meu agradecimento pessoal, pois sem elas, por motivos desiguais, a execução deste trabalho não teria sido possível.

À Prof.^a Dr.^a Marinha Carneiro, pelo rigor e pela competência científica, mas também pelo apoio, motivação, disponibilidade e compreensão que ofereceu na orientação deste trabalho, e por todos os saberes e experiências partilhadas, nesta etapa, nem sempre fácil.

Às minhas orientadoras Enf.^a Carla Baldaia e Enf.^a Ana Paula Ramos, pelo acompanhamento e orientação pautados por profissionalismo, competência e exigência, pela sua disponibilidade e compreensão e pelos ensinamentos e experiências vividas, que fazem de mim, hoje, uma pessoa mais madura pessoal e profissionalmente.

Aos colegas Enfermeiros do Serviço de Obstetrícia I e II e do Bloco de Partos, pela simpatia, hospitalidade e amizade com que me receberam nos respetivos serviços e pelos conhecimentos partilhados.

Ao Francisco, meu marido, que desde o primeiro dia me incentivou a abraçar este projeto profissional, pelo amor, confiança, compreensão, respeito e apoio incondicional ao longo destes dois anos.

Ao meu mano Diogo, o “caçula” da família, a minha “moleta informática” a qualquer hora e em qualquer situação ... obrigada por todo o apoio.

Aos meus pais e mana Ana por acreditarem no meu valor, pelo incentivo constante, e pela compreensão das minhas ausências.

Aos meus sogros e cunhados, pelas palavras amigas e sábias, pela motivação e acompanhamento logístico.

Aos meus amigos pela paciência, compreensão, apoio e estímulo, em especial à Lúcia Cardeal, pela pessoa admirável que é e pela sua presença nos momentos chave.

Às minhas colegas e amigas do Mestrado, especialmente à Susana Cruz, Diana Leite e Laëtítia Varejão pelo companheirismo e apoio nas situações mais difíceis, mas também pelos bons momentos que passámos juntas.

SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACOG – American College Obstetric and Gynecologist
- AI – Auscultação Intermitente
- Bpm – Batimentos por Minuto
- CC – Centímetros Cúbicos
- CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa
- Cit. – Citado
- Cm/h – Centímetros/Hora
- CTG – Cardiotocografia
- DA – Dermatite Atópica
- DG – Diabetes Gestacional
- DGS - Direção Geral de Saúde
- DPPNI - Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida
- Dr.^a – Doutora
- EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- EGB - Estreptococos do Grupo B
- Enf.^a - Enfermeira
- EV - Endovenosa
- FC – Frequência Cardíaca
- FCF – Frequência Cardíaca Fetal
- Gr – Gramas
- H – Horas
- IFP – Incompatibilidade Fetopélvica
- IM – Intramuscular

- Kg – Quilogramas
- LA – Líquido Amniótico
- MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- Mg – Miligramas
- Mg/dl – Miligramas/Decilitros
- Min. – Minutos
- ml/h – Mililitros/Hora
- mmHg – Milímetros de Mercúrio
- O₂ – Oxigénio
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- Prof.^a – Professora
- RAM – Ruptura Artificial de Membranas
- RCIU – Restrição de Crescimento Intrauterino
- RN – Recém-Nascido
- RPM – Ruptura Prematura de Membranas
- SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- SC – Subcutânea
- SCH – Hidratação do Estrato Córneo
- Seg. – Segundos
- SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia
- TA – Tensão Arterial
- TP – Trabalho de Parto
- TEWL – Perda de Água Transepidermica
- UI – Unidades Internacionais
- WHO – World Health Organization

RESUMO

O presente relatório visa descrever as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto (TP) e Pós-Parto, no âmbito do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO), objetivando a aquisição e o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), conforme o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Neste trabalho encontram-se relatadas todas as atividades desenvolvidas durante o estágio profissionalizante, no âmbito da intervenção do EEESMO, nomeadamente, no acompanhamento e na assistência da mulher que experimenta processos de gravidez com complicações, no trabalho de parto e no puerpério, assim como, as estratégias e as intervenções com vista à integração das referidas competências específicas.

É também apresentado, o resultado de uma revisão integrativa da literatura sobre o banho e os cuidados com a pele do recém-nascido (RN), motivada pela necessidade de determinar quais os procedimentos adequados em relação ao banho e aos cuidados à pele, no sentido de minimizar os danos cutâneos no período neonatal. Desta revisão integrativa da literatura conclui-se que o tipo de procedimento de limpeza (banho de imersão ou limpeza com pano humedecido) não afeta a adaptação da barreira cutânea em RN saudáveis nas primeiras quatro semanas de vida, porém, são detetadas vantagens no banho de imersão relacionadas com o conforto e a satisfação do bebé. O banho com água pura ou combinada com produtos de limpeza líquidos suaves ou *syndets* não altera igualmente a adaptação da barreira cutânea nem a colonização microbiana da pele. O uso de sabão alcalino é desaconselhado pois aumenta o pH da pele e favorece a dissolução da camada lipídica da sua superfície. Esta revisão proporcionou a síntese do conhecimento científico e a incorporação da aplicabilidade dos resultados para a prática do EEESMO.

Durante o processo de pesquisa de dados para a revisão integrativa da literatura verificou-se um reduzido leque de estudos com nível de evidência elevado, apurando-se maioritariamente artigos de opinião em vez de pesquisa, o que dificultou e tornou moroso

o processo de procura da evidência existente. Considera-se pertinente e necessária a continuidade de pesquisas neste âmbito.

Palavras-chave: Competências específicas, Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, banho do recém-nascido, cuidados com a pele do recém-nascido.

ABSTRACT

Title: The bath and skin care of newborns - An integrative literature review

This report aims to describe the activities that were developed during the internship: Pregnancy, Labor and Delivery (LB) and Postpartum, within the 2nd year of Master Degree in Nursing, Obstetrics and Maternal Health (SAME), aiming at acquiring and developing skills for Nurse Specialist in Maternal Nursing and Obstetric (NSMNO), as recommended by the Order of Nurses (ON).

In this work, there are reported all activities undertaken during the training period, under the assistance of NSMNO, namely, monitoring and care of women experiencing processes of pregnancy with complications during labor and postpartum, as well as strategies and interventions aimed at integration of these specific skills.

Also shown is the result of an integrative literature review of bath and skin care of newborn (NB), motivated by the need to determine the appropriate procedures in relation to bath and skin care, in the sense to minimize skin damage in the neonatal period. Through the integrative revision of the literature it is concluded that the type of the cleaning procedure (immersion bath or cleaning with damp cloth) does not affect the adaptation of the skin barrier in newborns (NB) during the first four weeks of life, however, there are advantages detected during the immersion bath, related to the comfort and satisfaction of the baby. The bath with pure water, or combined with liquid cleaners or soft water syndets, also does not change the adaptation of the skin barrier or microbial colonization of the skin. The use of alkali soap is not recommended as it increases the pH of the skin and promotes the dissolution of the lipid layer on its surface. This review provided a synthesis of scientific knowledge and the incorporation of the applicability of the results to practice NSMNO. During the research process of data for an integrative revision of literature, it has been stated that there was a limited range of study with a high level of evidence, ascertaining to mostly opinion articles rather than research, which made difficult and time consuming the

process of searching existing evidence. It is considered relevant and necessary to continue research in this area.

Keywords: Specific Competences (Specific Skills), Nurse Specialist in Maternal Nursing and Obstetric, Newborn bath, skin care of the newborn.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. PROJETO INDIVIDUAL DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	15
2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMO	17
2.1 – Aquisição e Desenvolvimento de Competências no Âmbito da Gravidez com Complicações	18
2.2 – Aquisição e Desenvolvimento de Competências no Âmbito do Trabalho de Parto e Parto.....	28
2.3 – Aquisição e Desenvolvimento de Competências no Âmbito do Autocuidado e Preparação para a Parentalidade	61
2.4 – Outras Atividades.....	76
3. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	77
4. O BANHO DO RN E O CUIDADO COM A PELE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	81
4.1- Introdução ao Problema	81
4.2 – Método.....	83
4.3 – Análise dos Resultados.....	84
4.4 – Discussão dos Resultados.....	90
4.5 - Principais Conclusões.....	99
CONCLUSÃO.....	103
BIBLIOGRAFIA	105
ANEXOS	111

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Número de grávidas alvo de cuidados e vigilância.....	78
FIGURA 2: Número de puérperas e RN alvo de cuidados e vigilância.....	78
FIGURA 3: Número de partos realizados.....	78
FIGURA 4: Esquema representativo das categorias em análise nos cuidados com o banho e a pele do RN.....	90

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização dos artigos selecionados para a revisão integrativa.....	86
---	----

INTRODUÇÃO

A Enfermagem passou a ser considerada uma disciplina além de ser uma profissão, desde que se começou a refletir sobre a prática e a aplicar o método científico na prestação dos cuidados de Enfermagem (Garcés [et al.] 2001).

O desafio que hoje é colocado aos enfermeiros é o de construir percursos de desenvolvimento profissional que permitam a atribuição dos títulos de Enfermeiro e de Enfermeiro Especialista, alicerçado numa lógica de reconhecimento de competências, onde a experiência profissional, sustentada na prática clínica reflexiva e na atualização contínua de saberes, se constitua como garantia da qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, é importante fomentar a investigação durante o processo formativo, proporcionando o máximo possível de experiências, numa perspetiva de treino de competências, isto é, estimular no estudante/profissional, a busca do conhecimento, a reflexão sobre situações práticas e a recontextualização dos saberes teóricos.

O presente relatório de estágio surge com base nos pressupostos anteriores e visa o processo de aquisição e desenvolvimento de competências específicas de EEESMO, no âmbito da unidade curricular Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós Parto, previsto no regulamento do segundo ciclo da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) para o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

A realização do estágio profissionalizante pretende dar cumprimento à diretiva comunitária de 2005/CE/36 do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, transposta para direito interno, Artigo nº 37 de Decreto-Lei nº 16/2009 de 4 de Março, através do desenvolvimento de capacidades, e mobilização de conhecimentos, de forma a promover uma prática especializada de excelência, durante o acompanhamento da mulher, aquando da vivência da gravidez, do TP e do puerpério.

Este relatório, com objetivo duplo, pretende sistematizar o projeto individual de estágio, através da descrição das atividades desenvolvidas ao longo do mesmo, com vista à

aquisição de competências específicas, bem como desenvolver uma revisão integrativa da literatura sobre uma temática que se revelou de interesse.

O objeto de estudo refere-se ao banho e aos cuidados com a pele do recém-nascido, e o interesse surgiu baseado na constatação da inexistência de um modelo de cuidados, mas também pela ambição da prestação de cuidados de excelência assentes em evidência científica. Assim, esta revisão integrativa da literatura tem como finalidade responder à seguinte questão de investigação: “Que procedimentos e produtos devem ser usados no banho do RN e quais os efeitos na sua pele?” e reunir um conjunto de evidência, cujas principais conclusões, após análise e discussão dos resultados, sejam capazes de traduzir uma mais-valia para prática clínica do EEESMO.

Este relatório encontra-se estruturado em quatro partes. O primeiro capítulo diz respeito ao projeto individual de estágio, onde se contextualiza o estágio e se definem os objetivos do mesmo. No segundo capítulo, faz-se uma descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, as quais conduziram ao desenvolvimento e aquisição de competências de EEESMO. No terceiro capítulo, apresenta-se uma revisão integrativa da literatura sobre o banho e os cuidados com a pele do recém-nascido, onde é especificada e definida a problemática, a metodologia utilizada, a análise dos resultados, bem como a sua discussão e reflexão das principais conclusões. E por fim, no quarto capítulo é realizada uma análise crítico-reflexiva acerca do desenvolvimento do estágio.

Como suporte à elaboração deste relatório e à realização do estágio profissionalizante, adotou-se uma metodologia assente na prática baseada em evidências, suportada por uma ampla pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, COCHRANE Database of Systematic Reviews, através da plataforma EBSCO host, bem como em manuais e artigos de revistas científicas.

1. PROJETO INDIVIDUAL DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No âmbito do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MEESMO) da ESEP, surge a unidade curricular Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós Parto, com uma carga horária total de 900 horas. O referido estágio profissionalizante teve lugar no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE. – Unidade de Penafiel, nomeadamente no Serviço de Bloco de Partos (500 horas), Serviço de Obstetrícia I – Puerpério (300 horas) e Serviço de Obstetrícia II – Gravidez com complicações (100 horas), e decorreu no período de 2 de Dezembro de 2013 a 25 de Julho de 2014.

De acordo com o guia orientador deste estágio pretende-se que o EEESMO desenvolva capacidade de recontextualizar e mobilizar conhecimentos sustentados na prática baseada em evidências atuais, por forma a promover a excelência no cuidar especializado da mulher no decorrer do seu processo de maternidade e transição para a parentalidade.

Com base no preconizado no plano de estudos da ESEP, e fundamentado pelo Regulamento de Competências Específicas do EEESMO, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2010b), são definidos os seguintes objetivos para este estágio:

- Adquirir competências que permitam intervir no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher, em situação de processo saúde/doença no período pré-natal/gravidez com complicações, durante o TP e parto, bem como no período pós-natal/puerpério,
- Obter competências que facilitem o diagnóstico e a intervenção de enfermagem especializada à mulher e à família, no âmbito da saúde reprodutiva, gravidez, maternidade e exercício da parentalidade,
- Desenvolver competências que promovam práticas emancipatórias para o exercício do papel parental,
- Desenvolver competências nos domínios da prática profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional.

Ao longo do referido estágio, em cada um dos módulos que o constituem, a orientação por parte de um EEESMO tutor foi fundamental. No bloco de partos a equipa era constituída exclusivamente por EEESMO, sendo que o mesmo não se verificou no serviço de gravidez com complicações nem no puerpério. Salienta-se no entanto, que em todo o decorrer do estágio foi possível o acompanhamento por um EEESMO.

Por forma a cumprir os objetivos delineados, e com o intuito de otimizar o tempo e maximizar as experiências em cada campo de estágio, a primeira semana foi destinada ao reconhecimento da estrutura orgânico-funcional do serviço, da dinâmica de trabalho dentro da equipa de enfermagem, da atuação/envolvimento do EEESMO na mesma, bem como a identificação/conhecimento dos protocolos de serviço e projetos existentes. Desta forma, as semanas seguintes permitiram a integração mais facilitada na equipa de enfermagem, na prestação de cuidados especializados e na implementação de intervenções adaptadas a cada caso clínico e à singularidade de cada pessoa, na vivência da maternidade.

A reflexão sobre as práticas diárias e a busca de conhecimento, baseado em evidências científicas recentes, fez parte integrante de cada módulo do estágio. Desta reflexão, e de acordo com o previsto no plano de estudos da ESEP, surgiu a decisão de desmitificar o banho do recém-nascido, nomeadamente os produtos a usar e a sua influência na pele, tema que será explanado no capítulo três, em forma de revisão integrativa da literatura.

Segundo a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, transposta para direito interno, Artigo nº 37 de Decreto-Lei nº 16/2009 de 4 de Março, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, para a obtenção do título de EEESMO, o aluno deve realizar:

- Pelo menos 40 parto, salvo se o número de parturientes for limitado, circunstância em que o número pode ser reduzido para 30, na condição do aluno participar, para além daqueles em 20 partos,
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco,
- Vigilância e cuidados, de pelo menos 100 parturientes e 100 recém-nascidos normais.

No capítulo seguinte descrevem-se as atividades desenvolvidas durante todo o estágio, que visaram a aquisição das competências específicas do EEESMO.

2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMO

O Enfermeiro Especialista possui um conjunto aprofundado de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica, evidenciando sustentados níveis de julgamento clínico e tomadas de decisão em função das necessidades de saúde do grupo-alvo, atuando em todos os contextos de vida das pessoas e em todos os níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

Independentemente da sua área de especialidade, todos os Enfermeiros Especialistas compartilham um conjunto de domínios, designadas competências comuns, expressas através da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados. Estas competências promovem a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

As competências específicas são descritas pela Ordem dos Enfermeiros, (2010a, p.2) como as que *“...decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”*.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) o EEESMO assume a responsabilidade pelo exercício de várias áreas de intervenção, nomeadamente, a Gravidez – na assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal, o Parto - na assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante trabalho de parto e parto, e o Puerpério - na assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal.

Assim, todo o estágio profissionalizante foi desenvolvido por forma a dar resposta aos objetivos enunciados no capítulo anterior, e tendo subjacente o supracitado Regulamento de Competências Específicas do EEESMO, com vista à incorporação de cada uma delas.

Desta forma, segue-se a descrição das experiências e atividades desenvolvidas ao longo dos sete meses do estágio, e a respectiva fundamentação teórica que justifica o trilha percorrido e a tomada de decisão, consolidando as boas práticas.

Apesar da realização do estágio na prática não ter ocorrido pela ordem natural dos acontecimentos (pós-parto/gravidez/trabalho de parto) a descrição das atividades neste relatório, será explanada de forma sequencial, mimetizando o percurso da mulher desde a permanência no serviço de gravidez com complicações, à passagem na sala de parto, até ao internamento no puerpério.

2.1 - Aquisição e Desenvolvimento de Competências no Âmbito da Gravidez com Complicações

A concepção, definida como a união de um único óvulo com um espermatozoide, marca o início de uma gravidez, período de aproximadamente 266 dias, durante o qual se desenvolve um novo ser. Entre todos os períodos do ciclo vital, a gestação pode ser caracterizada como um dos mais decisivos e singulares. Quando a mulher se torna grávida, todas as experiências do seu passado se reúnem com as do presente para lançar os alicerces de uma nova vida. Durante o período gestacional a mãe e a criança têm um relacionamento íntimo e inseparável. A saúde física e mental da mãe, antes e durante a gravidez, tem efeitos profundos sobre o estado do seu filho no útero e o seu nascimento (Lowdermilk, Perry; 2008).

A gravidez é um processo dinâmico, acompanhado por alterações anatómicas, fisiológicas e hormonais, que resultam em diversas mudanças orgânicas e funcionais no corpo de uma mulher. Embora a gestação, para a maioria das mulheres, constitua um período normal nas suas vidas, existem situações patológicas no decorrer da mesma que podem colocar em risco a saúde da mãe e do feto. Algumas destas situações implicam internamento hospitalar de forma a possibilitar uma vigilância estreita do bem-estar materno e fetal.

Este módulo do estágio, intitulado “Gravidez com complicações”, tem a duração de 100 horas distribuídas por quatro semanas, e surge com o objetivo de adquirir competências que permitam intervir no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher em situação de gravidez com patologia.

Este período permitiu refletir sobre a dimensão patológica associada à gravidez e compreender a importância do cuidar especializado no âmbito da vigilância pré-natal. Assim, foi

possível acompanhar, apoiar e orientar a grávida e familiares significativos durante o internamento, no sentido de promover a saúde da mulher e o bem-estar fetal, diagnosticar precocemente situações de risco e prevenir complicações na saúde de ambos, bem como facilitar a sua adaptação à parentalidade e à atual situação de patologia específica.

Parafraseando a Direção Geral de Saúde (DGS), a gravidez constitui uma ocasião privilegiada de contacto com os serviços de saúde e um momento único para avaliação do estado de saúde da mulher e da família. Assim, durante este estágio foi possível prestar cuidados específicos a grávidas em contexto de internamento, com os seguintes diagnósticos médicos: vasa prévia, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), pielonefrite, diabetes mellitus pré-gestacional, encurtamento do colo uterino e ameaça de parto pré-termo (APPT). De referir também que foi possível o contato com grávidas com indicação de cesariana eletiva, uma vez que estas dão entrada no serviço de Obstetrícia II no dia anterior à data da cesariana, pelo que são alvo de cuidados de enfermagem até ao momento de serem enviadas para o bloco operatório, sendo da responsabilidade do EEESMO a sua preparação pré-operatória.

De todas as situações vivenciadas, será a seguir abordado, de forma mais incisiva e específica, o caso clínico de uma grávida com diabetes mellitus prévia à gravidez, ao mesmo tempo que se referencia e reflete a atuação no domínio dos cuidados de enfermagem. A escolha da abordagem desta patologia prendeu-se com o facto de ter sido possível o acompanhamento desta utente ao longo de todo o seu internamento, o que implicou obviamente o estabelecimento de uma relação empática, e a mobilização de saberes relativos a várias áreas, pelo que se tornou uma situação de aprendizagem próspera.

Sendo uma das complicações clínicas mais comuns na gestação, a diabetes atingiu, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2013), uma prevalência em Portugal Continental em 2012 de 4,8% da população parturiente que utilizou o SNS durante esse ano.

A gravidez é caracterizada por um acréscimo na resistência periférica à insulina e por um incremento na produção de insulina pelas células beta do pâncreas. Esta resistência à insulina vai aumentando ao longo da gestação, na medida em que é mediada pela hormona lactogénica placentária (HLP) - cuja secreção se torna significativa entre as 14-16 semanas, atingindo o seu pico máximo pela 34ª semana – e também pelo cortisol, hormona de crescimento, estrogénios, progesterona, prolactina e glucocorticóides, consideradas diabetogénicas, ou seja, com ação hiperglicemiante (Zugaib, 2008).

No 1º trimestre o aumento do consumo de glicose e aminoácidos por parte do embrião/feto, bem como a ação hormonal anteriormente descrita, leva a que as grávidas apresentem com frequência tendência para a hipoglicemia, com diminuição da necessidade de

insulina. O 2º trimestre é caracterizado pela rápida elevação das necessidades de insulina, com propensão à cetose e à cetoacidose. No último trimestre da gravidez, e com o aproximar do seu término há tendência à estabilização da diabetes, existindo por vezes hipoglicemias, motivadas pelo envelhecimento placentário e a proximidade do parto (Netto, 2004).

Nas grávidas com diabetes prévia à gravidez as alterações supracitadas levam a uma maior tendência de ocorrer hipoglicemia e cetoacidose em jejum, verificando-se uma diminuição da quantidade de insulina necessária na primeira metade de gravidez. Com o decorrer da gestação, assiste-se a um aumento das necessidades de insulina por forma a fazer face à hiperglicemia pós-prandial característica (Graça, 2005).

Existem mulheres para as quais a gravidez constitui um risco significativo devido à sua sobreposição a uma situação patológica pré-existente, como é o caso da diabetes mellitus. Durante muitos anos a gravidez na mulher com diabetes mellitus foi associada a altas taxas de mortalidade materna e fetal, sendo as mulheres desaconselhadas de engravidar. Com o advento da insulina, o rigor e os avanços tecnológicos aplicados à vigilância pré-natal, o prognóstico da doença relacionado com a gravidez melhorou substancialmente tanto para a mãe como para o recém-nascido (Zugaib, 2008). No entanto, a gravidez complicada pela diabetes é ainda considerada de alto risco, pelo que quando não há controlo metabólico adequado, é sugerido o internamento à grávida.

Neste sentido, retomando o caso clínico supracitado, e por uma questão de confidencialidade, não será mencionada a identificação da utente em causa, sendo que ao longo dos próximos parágrafos terá o nome fictício de Ana.

A D. Ana recorreu ao serviço de urgência obstétrica do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa – Penafiel, referenciada pelo médico assistente por glicosúria e hiperglicemia. Após observação médica, a equipa decidiu internar a D. Ana, com o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descompensada, para controlo glicémico.

Aquando do internamento foi efetuada uma entrevista inicial com o objetivo de colher dados revelantes para a posterior elaboração do plano de cuidados de enfermagem adaptado às suas necessidades. Trata-se de uma jovem de 34 anos de idade, a quem foi diagnosticado diabetes mellitus tipo 2 há oito anos. Inicialmente cumpriu o esquema terapêutico instituído: antidiabéticos orais, insulina, pesquisas de glicemia capilar, dieta e andava a pé durante cerca de uma hora por dia. No entanto, refere abandono do regime terapêutico cerca de um ano depois. Encontrava-se grávida de 31 semanas e 2 dias, primigesta, a gravidez não foi desejada nem planeada, tendo-se apercebido que estava grávida apenas às 30 semanas, pelo que não efetuou vigilância pré-natal. No que diz respeito à questão socio-económico-familiar, a D. Ana foi casada,

de momento estava separada do marido que se encontra emigrado, sendo que ele não é o pai desta criança. Encontrava-se desempregada, a receber subsídio de desemprego e refere ter o apoio da família.

Apesar da D. Ana ser uma utente diabética há já oito anos, a sua gravidez não foi planeada nem vigiada e deixou de cumprir o esquema terapêutico instituído pouco tempo depois do diagnóstico, pelo que foi fundamental compreender o porquê desse abandono e explicar a necessidade da adesão ao esquema terapêutico atualmente proposto. Desta forma, foram colocadas em prática algumas atividades de diagnóstico nomeadamente: avaliar os conhecimentos da utente relativamente à diabetes e à sua fisiopatologia na gravidez, bem como possíveis complicações maternas e fetais, avaliar conhecimentos acerca do padrão alimentar e de exercício físico, de sinais e sintomas de hipo e hiperglicemias.

Colhidos os dados relevantes para o diagnóstico - potencialidade para o conhecimento sobre diabetes mellitus na gravidez – teve-se como objetivo (critério de resultado) que a utente compreendesse a diabetes, as possíveis complicações para si e para o seu bebé e a importância da adesão ao tratamento. Assim e por forma a atingi-lo, foram colocadas em prática uma série de intervenções de enfermagem no âmbito do ensinar/instruir, baseadas em conhecimentos adquiridos na teoria e fundamentados pela evidência, nomeadamente: ensinar sobre a fisiopatologia da diabetes na gravidez, possíveis complicações maternas, fetais e neonatais, sinais e sintomas de hipo e hiperglicemias, bem como o seu tratamento.

O acompanhamento pré-natal das mulheres com diabetes mellitus deve ter início, idealmente, antes da conceção, atitude fundamentada pela clara associação do deficiente controlo metabólico no momento da conceção e durante a embriogénese com o aumento da incidência de aborto precoce e malformações congénitas fetais. O objetivo da avaliação pré-concepcional será planear a conceção apenas depois de alcançado um controlo metabólico ótimo na mulher. Para além dos propósitos comuns da assistência pré-natal, no caso das mulheres com diabetes prévia à gravidez, pretende-se manter o controlo cuidadoso da diabetes e avaliar a função placentária e o bem-estar fetal. Apesar de serem conhecidos os benefícios da avaliação pré-concepcional, estima-se que, tal como a D. Ana, dois terços das mulheres diabéticas não programem as suas gestações (Zugaib, 2008).

A diabetes e a gravidez interagem de forma significativa, visto que o bem-estar materno pode ser gravemente prejudicado pela patologia. As complicações maternas mais frequentes são: hipertensão arterial/ pré-eclâmpsia, nefropatia, retinopatia, cardiopatia, infeção, hipoglicemia, hiperglicemia/cetoacidose, parto pré-termo e hidrâmnios. Por outro lado, no que diz respeito às complicações fetais e neonatais destacam-se: anomalias congénitas, crescimento

fetal alterado (macrossomia/RCIU), síndrome de dificuldade respiratória do recém-nascido, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, policitemica e morte fetal (Graça, 2005; Rezende, 2005; Netto, 2004).

Ao longo da gravidez é necessária uma vigilância materno-fetal rigorosa, no sentido de detetar complicações metabólicas maternas, fatores que indiquem agravamento da doença basal, bem como diagnosticar precocemente complicações fetais e sinais de parto pré-termo. Esta vigilância envolve a colaboração de uma equipa multidisciplinar (obstetra, EESMO, nutricionista, endocrinologista, oftalmologista, nefrologista, neonatologista) bem como a referenciação da grávida para um centro com cuidados especializados em medicina materno-fetal e neonatologia (Graça, 2005).

A premissa fundamental para o sucesso gestacional é a adesão da utente ao tratamento, motivo pelo qual as intervenções de enfermagem foram centradas na consciencialização da D. Ana acerca dos riscos da diabetes na gravidez, quer maternos, quer fetais e neonatais, das possibilidades de tratamento e da importância do seu envolvimento e cumprimento do regime terapêutico no decorrer da gestação, bem como dotá-la de conhecimentos e habilidades para lidar com a patologia e as suas implicações nesta fase de vida.

O controlo metabólico de uma grávida com diabetes pré-gestacional centra-se na insulino-terapia, na dieta e no exercício físico, e envolve a assistência de uma equipa multidisciplinar. Neste sentido, foi solicitada pela obstetra a colaboração da equipa de endocrinologia que instituiu um esquema insulínico misto, com insulina de ação intermédia duas vezes ao dia e insulina de ação rápida antes das principais refeições, tendo-se monitorizado algumas hipoglicemias ao longo do internamento, com necessidade de consequentes ajustes da dose insulínica, até à obtenção dos valores alvo¹. Neste âmbito foi fundamental avaliar os conhecimentos e as habilidades da D. Ana para a monitorização da glicemia capilar e administração de insulina subcutânea, bem como reconhecimento de sinais e sintomas de hipo/hiperglicemia. Por forma a atingir o objetivo de autonomizar/responsabilizar a D. Ana acerca do seu controlo metabólico, foram colocadas em prática intervenções de enfermagem no sentido de ensinar, instruir e treinar a D. Ana relativamente à pesquisa de glicemia capilar e à administração de insulina subcutânea.

Relativamente à dieta, a D. Ana teve acompanhamento da equipa de nutrição no sentido da prescrição de uma dieta hipoglucídica, equilibrada e variada, adaptada às suas necessidades. As refeições foram orientadas, e a D. Ana foi incentivada a cumprir o plano nutricional

¹ Glicemia em jejum entre 60-99/dl, uma hora após o início das refeições entre 100-129 mg/dl e ao deitar entre 80-110mg/dl (Relatório de consenso sobre a diabetes e gravidez, 2011).

estabelecido e informada da impossibilidade de lhe ser trazida alimentação do exterior, de forma a ser exequível um melhor controlo e otimização dos valores de glicemia.

Devido ao mau controlo glicémico existente e à não vigilância da gravidez até ao momento do internamento (dados relevantes para o diagnóstico), pode existir o risco de comprometimento do desenvolvimento fetal. Neste sentido, foi importante dar a conhecer à D. Ana os sinais de bem-estar fetal, nomeadamente a perceção dos movimentos do feto. Atividades como ensinar, instruir e treinar a contagem diária dos movimentos fetais (CDMF) foram concretizadas e enfatizada a sua importância. A avaliação materna da atividade fetal é um procedimento não invasivo, muito simples que se assume como valioso na monitorização da condição de saúde do feto. Não há unanimidade acerca do procedimento da CDMF, existindo vários protocolos. No entanto, como método a mulher pode contar os movimentos do feto após uma refeição, sendo tranquilizador a perceção de quatro movimentos ou mais, durante 1 hora. É consensual que 12 horas sem perceção de movimentos fetais constitui um sinal de alarme fetal, devendo ser imediatamente notificado aos profissionais de saúde (Cunningham [et al.] 2005).

Foi também possível dar cumprimento à prescrição médica de execução de cardiocotografia (CTG) externa² diária e sua interpretação. O objetivo da monitorização eletrónica da frequência cardíaca fetal (FCF) é avaliar continuamente a oxigenação do feto e detetar padrões característicos de acontecimentos de hipoxia. Desta forma, aquando da realização do CTG, e após a explicação do procedimento, foi necessário informar a D. Ana no sentido de assumir uma posição confortável, semi-sentada ou em decúbito lateral³, de forma a manter o transdutor de ultrassons no ponto de intensidade máxima de FCF, para permitir um registo contínuo da mesma (Lowdermilk; Perry, 2008). A D. Ana foi ainda alertada para sinais de alarme, nomeadamente, perda de líquido amniótico ou sangue, além da ausência ou diminuição da perceção dos movimentos fetais supracitada.

Perante a possibilidade de comprometimento do bem-estar quer materno quer fetal, a D. Ana experienciou, por vezes, sinais e sintomas de ansiedade, nomeadamente a verbalização de sentimentos de angústia e preocupação relacionados com o internamento e o risco de complicações. Desta forma, foi preponderante identificar esses momentos e incentivar a grávida a partilhar as suas dúvidas, medos e angústias com a equipa de saúde, para diminuir a intensidade da sua resposta emocional. Foram colocadas em prática intervenções como: incentivar a expressão de sentimentos, promover escuta ativa, promover autocontrolo de

² A monitorização externa refere-se ao uso de transdutores externos colocados no abdómen da mãe para avaliar a frequência cardíaca fetal e a atividade uterina (Lowdermilk, Perry; 2008).

³ O decúbito lateral, preferencialmente o esquerdo, evita a compressão da veia cava, permitindo uma otimização da oxigenação fetal (Graça, 2005).

ansiedade recorrendo a estratégias para reduzir o *stress*⁴, promover a confiança na equipa e sentimentos de autoeficácia, fornecer informações corretas, relevantes e realistas acerca da diabetes e do seu controlo, elogiar comportamentos positivos e de adesão ao regime terapêutico.

Relativamente à questão socio-económico-familiar e tendo como dados relevantes que a D. Ana se encontrava desempregada, divorciada e a gravidez não tinha sido planeada, foi importante atentar a sinais de compromisso do processo familiar, que possam por em risco a adaptação à parentalidade. Assim, durante o período de visitas no internamento foi promovido e incentivado o envolvimento da família e amigos, demonstrou-se total disponibilidade para a escuta ativa e apoiou-se e encorajou-se a tomada de decisão da D. Ana. Verificou-se interação e envolvimento com a família nuclear, neste caso mãe e irmã, bem como foi demonstrada por parte de ambas disponibilidade para ajudar a D. Ana aquando do regresso a casa. No entanto, foi solicitada a colaboração do Serviço Social para o acompanhamento da situação e posterior averiguação das condições sociofamiliares.

Foi também avaliada a consciencialização da D. Ana acerca do processo de gravidez e de ter um filho, ou seja, foram colhidos dados que permitiram caracterizar o nível de conhecimento, reconhecimento e perceção do que vai mudar com a chegada de um recém-nascido ao seio familiar, particularmente nos primeiros meses após o nascimento. Assim, a D. Ana reconhece a fase de mudança pela qual está a passar, expressando sentir-se preparada para a incorporação do novo papel de mãe, referindo ter noção das responsabilidades e alterações do seu dia-a-dia, ficando patentes algumas estratégias de *coping*. Desta forma, e apesar de a gravidez não ter sido planeada e de a D. Ana se encontrar divorciada, parece apresentar uma consciencialização facilitadora da transição. A importância da colaboração da família e dos amigos nos primeiros dias após a alta hospitalar é fundamental para a interiorização do novo papel, pelo que os familiares da D. Ana foram alertados para a necessidade de maior apoio nesta fase.

Após a confirmação da gravidez o casal inicia um período de preparação física e psicológica para o nascimento e a parentalidade. Tornar-se pai/mãe é vivenciar uma das etapas de maturação da vida adulta, e por isso representa uma fase de intensas aprendizagens para o casal e família, impelindo-os para a descoberta de novas identidades e papéis (Lowdermilk; Perry, 2008).

Desta forma, ao longo deste período de estágio, foi essencial ter em consideração que o

⁴ Relaxamento muscular progressivo, recurso a imagens visuais, ou a interrupção de pensamento para reduzir o medo relacionado com as emoções e com os sintomas físicos (Lowdermilk; Perry, 2008).

EEESMO assume um papel fundamental não só na vigilância da gravidez, promovendo comportamentos de procura de saúde, no sentido de potenciar o bem-estar da mulher/ família, mas também, coadjuvando uma transição para a parentalidade saudável e feliz, auxiliando na procura de soluções para fazer face às necessidades que surgem ao longo de todo o processo da gravidez e do período pós-parto.

Foi fundamental o estabelecimento de uma relação empática com cada uma das grávidas internadas no serviço, promovendo uma vivência o mais salutar possível desta fase das suas vidas, demonstrando envolvimento no processo e disponibilidade para esclarecimento das suas dúvidas e dos mais variados motivos de inquietação.

Sendo a D. Ana internada às 31 semanas e 6 dias de gestação, foi possível acompanhar o seu 3º trimestre gestacional, tendo sido efetuada a vigilância pré-natal referente a esse período. Assim, a D. Ana realizou os exames e rastreio definidos, sendo objetivadas serologias negativas, ecocardiograma fetal sem alterações, pesquisa de Estreptococos do Grupo B negativa, e ecografia para perfil biofísico/fluxometrias normais.

O 3º trimestre da gravidez marca a última fase da gestação, período em que a mulher começa a tolerar menos bem as alterações, cada vez maiores, do seu corpo. O desconforto respiratório/ dispneia, a insónia, o aumento da frequência e urgência urinária, as câibras, as lombalgias, o desconforto e a pressão a nível perineal, as contrações de *Braxton-Hicks* e o edema, foram desconfortos característicos sentido pela D. Ana, nesta fase. Neste contexto, foi preponderante explicar as causas dos desconfortos, bem como, as medidas a adotar para aliviar os seus efeitos.

A dispneia/ desconforto respiratório deve-se à limitação da expansão diafragmática, provocada pelo aumento do volume do útero grávido. Para reduzir este desconforto, a D. Ana foi aconselhada a manter uma postura correta, evitar refeições de grande quantidade de alimentos que sobrecarreguem o estômago, foram colocadas almofadas na cabeceira da cama, por forma a promover alguma elevação, no sentido de otimizar a respiração através da posição de *semi fowler*.

A competência funcional da bexiga sofre alterações ao longo de toda a gravidez, no entanto, no 3º trimestre a capacidade vesical é reduzida pelo aumento do volume do útero e pela apresentação fetal. Neste sentido, as orientações dadas à D. Ana passaram por: esvaziar a bexiga regularmente, limitar a ingestão de líquidos antes de deitar, executar os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico (Kegel), utilizar penso higiénico, bem como comunicar à equipa de enfermagem eventual sensação de dor ou ardor ao urinar (Fraser; Cooper, 2010).

As contrações uterinas de *Braxton-Hicks* são detetáveis a partir das sete semanas de gravidez podendo atingir pressões até 10 mmHg. Estas contrações facilitam o fluxo sanguíneo uterino através dos espaços intervilosos da placenta, promovendo o aporte de oxigénio ao feto, sendo consideradas fisiológicas. Geralmente são indolores, no entanto, quando a sua intensidade ultrapassa os 15 mmHg podem causar desconforto. A intensificação das contrações uterinas de *Braxton-Hicks* é mais frequentemente no 3º trimestre e é resultado da ação da hormona ocitocina, no sentido preparar o corpo da mulher para o trabalho de parto. O aumento das contrações do miométrio levam a uma retração das fibras musculares do fundo uterino, a contração do segmento uterino superior torna-o mais espesso e mais curto, exercendo uma pressão lenta e constante na cérvix uterina, o que iniciará o processo de apagamento do colo uterino. No entanto, a repercussão destas contrações uterinas é insuficiente para provocar a dilatação do colo uterino (Fraser; Cooper, 2010). Desta forma, foi importante mencionar à D. Ana que se trata de uma situação característica desta fase da gravidez, e que o desconforto provocado por este tipo de contrações uterinas pode ser aliviado instituindo medidas como o repouso, a mudança de posições e a massagem.

O desconforto e a pressão a nível perineal são decorrentes da pressão exercida pelo volume do útero, e é percebida especialmente quando a mulher está de pé ou a caminhar, esta sensação diminui com o repouso, a postura correta e o relaxamento, pelo que foram intervenções aconselhadas à D. Ana (Lowdermilk; Perry, 2008).

O edema, mais acentuado a nível maleolar, é agravado por períodos prolongados na posição de pé ou sentada, posturas incorretas, falta de exercício físico, roupa apertada ou temperaturas elevadas. Neste sentido, a D. Ana foi incentivada a aumentar a ingestão de líquidos para aumentar a eliminação urinária, usar meias de descanso e colocá-las de manhã antes de se levantar, efetuar períodos de descanso regulares com os membros inferiores elevados, bem como alertada para referir à equipa de enfermagem agravamento/generalização do edema.

A ação hormonal característica da gravidez leva ao relaxamento das articulações da sínfise púbica e sacroilíaca, provocando instabilidade pélvica, curvatura cervical e lombar acentuada, originando as características lombalgias. Atitudes como manter uma postura correta e uma boa mecânica corporal, repouso, exercícios de básculas da bacia e relaxamento foram sugeridas à D. Ana no sentido de minimizar este desconforto.

A gravidez culmina com o trabalho de parto, processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas para o exterior do útero, através do canal de parto. De acordo com o Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez (2011) deve considerar-se o

parto pré-termo em caso de complicações obstétricas ou agravamento da doença materna, sendo que deverá ser programado para as 39 semanas de gestação, pois para além desse momento não há evidência de benefícios associados.

A via do parto será determinada em função das condições obstétricas, sendo a via vaginal preferencial, exceto quando existirem contra-indicações como estimativa de peso fetal superior a 4000 gr ou antecedentes de parto traumático (distocia de ombros, por exemplo) (Zugaib, 2008). Embora se espere que a maioria das mulheres possa ter um parto por via vaginal, observa-se uma taxa de cesariana bastante elevada. À semelhança do que refere a literatura, a D. Ana foi alvo de uma cesariana eletiva agendada para as 37 semanas e 6 dias de gestação, em primeiro tempo operatório, logo no início da manhã por forma a evitar o jejum prolongado e facilitar o controlo metabólico, conforme preconiza o Relatório de Consensos sobre a Diabetes e Gravidez (2011). A intervenção cirúrgica decorreu sem intercorrências, culminou com o nascimento de um feto vivo, sexo feminino, com 2580 gr, e com Índice de Apgar de 9/10/10.

O puerpério decorreu dentro da normalidade, tendo a D. Ana reiniciado o esquema insulínico 48 horas após o parto, e não se registaram hipoglicemias fetais. Mãe e filha tiveram alta após três dias, sem intercorrências.

A prestação de cuidados de enfermagem seguros e eficazes às mulheres com gravidezes de risco, como o caso da diabetes prévia à gravidez, constitui um desafio. O principal objetivo é o de atingir os melhores resultados para a mãe e para o feto.

A predisposição para amamentar foi também alvo de atenção e reflexão. O leite materno, alimento naturalmente perfeito para alcançar um lactante e um futuro adulto saudável, é muitas vezes também motivo de inquietação. Assim, foram abordados junto das grávidas alguns mitos da amamentação, esclarecidas as suas dúvidas e angústias relativas ao tema, bem como dados a conhecer os seus benefícios a médio e longo prazo, incentivando a sua prática exclusiva nos primeiros seis meses de vida como preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Às grávidas com cesariana programada foram dadas informações relativas à preparação pré-operatória, assegurado o jejum, puncionada veia periférica no membro superior esquerdo com perfusão de solução polieletrólítica com glicose, efetuada terapêutica pré-operatória (se prescrita), monitorização cardiotocográfica externa até à chamada para o bloco operatório, bem como preenchida a *check list* operatória. Aquando da chamada para o bloco operatório, a grávida era acompanhada pela assistente operacional. O pai/ acompanhante era informado e encaminhado a dirigir-se ao Gabinete do Utente no sentido de ser informado do nascimento e

posteriormente ter acesso ao Serviço de internamento de Obstetrícia para acompanhar o seu RN até à chegada da puérpera do recobro operatório.

2.2 - Aquisição e Desenvolvimento de Competências no Âmbito do Trabalho de Parto e Parto

Neste âmbito do projeto de estágio, o desenvolvimento e a aquisição de competências específicas, técnico-científicas e clínicas, traduziu-se na implementação de cuidados especializados à mulher durante o trabalho de parto (TP) e parto (eutócico e ou distócico), à puérpera e ao RN (normal e ou de risco).

De acordo com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010, b) preconiza-se que o EEESMO preste cuidados à mulher e à família de uma forma culturalmente congruente durante o TP e parto, em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina.

O TP e o parto representam o final da gravidez, o início da vida extrauterina para o RN e uma mudança na vida familiar, pelo que o aproximar do momento do nascimento, tantas vezes idealizado, desencadeia sentimentos inexplicáveis no casal.

Durante as 500 horas que compõem este módulo do estágio, as experiências vividas e as oportunidades de aprendizagem foram inúmeras e em várias vertentes, sendo que a atuação se pautou continuamente pela otimização do atendimento ao casal e ao RN, objetivando atingir as suas expectativas nesta fase do ciclo de vida, promovendo um ambiente seguro na prestação de cuidados. Assim, e apesar da prática clínica ter sido assente em protocolos existentes no serviço, os cuidados prestados foram adaptados individualmente e foi tido em consideração o plano de parto⁵ estabelecido por cada casal.

Neste sentido, a existência do plano de parto torna-se uma mais-valia no conhecimento e satisfação das expectativas da mulher/casal em relação ao parto. Apesar da constatação de que a maioria das mulheres não definiu nem tem conhecimento do que é um plano de parto, tentou-se ir ao encontro das suas expectativas, dentro dos limites dos protocolos promovidos pela instituição.

⁵ Documento/instrumento através do qual os pais podem explorar as opções/ práticas e procedimentos que gostariam de incluir ou excluir na sua experiência de nascimento (Lowdermilk, Perry; 2008).

Desta forma, aquando da admissão, e principalmente durante a fase latente do TP, em que a mulher se encontra mais disponível para interagir, foram colhidos dados que permitiram perceber quais as escolhas da mulher /casal. Assim, foram foco de atenção e reflexão aspetos como: a escolha do acompanhante (tendo-se verificado, que a escolha recaiu maioritariamente sobre o pai do RN) o ambiente na sala de partos (luminosidade, temperatura, existência de música ou aromas), a gestão da dor no TP, nomeadamente as técnicas não farmacológicas de alívio da dor (uso da bola de pilates, massagem, duche...) e a analgesia por via epidural, a amniotomia, a episiotomia, a deambulação durante o trabalho de parto, o *timing* da clampagem do cordão umbilical e possibilidade de ser o pai/mãe a fazê-lo, o contato pele a pele sobre a barriga da mãe após o parto, a amamentação e o momento da primeira mamada do RN.

Apesar de não ter sido exposto por nenhum casal um plano de parto em formato de documento escrito, frequentemente se assistiu a situações em que a parturiente expressou o seu desejo/vontade em relação a determinados procedimentos. Assim, foi importante garantir que esta se encontrava consciente e devidamente informada para a tomada de decisão em relação ao seu corpo e ao seu parto, bem como alertar para a imprevisibilidade do TP e parto, mostrando-se por vezes necessário alterar o plano previamente definido, em conformidade com a evolução do mesmo, e tendo como premissa fundamental o bem-estar e a segurança materno-fetal.

É de salientar que, na generalidade, constatou-se que a mulher em trabalho de parto tem uma postura passiva, demonstrando pouca capacidade para debater assuntos relacionados com o seu estado, remetendo frequentemente a decisão para o profissional da saúde. Desta forma, torna-se essencial para o exercício da sua autonomia, que as mulheres adquiram o poder de decisão sobre os seus corpos, e as práticas de cuidados em conjunto com os profissionais da saúde.

As práticas educativas no período pré-natal, nomeadamente as consultas e as sessões de preparação para o parto, surgem como estratégias de cuidado que permitem à mulher escolher e tomar decisão sobre o que é melhor para si. Assim, o incremento do poder (empoderamento) dá-se por meio do desenvolvimento de habilidades e atitudes conducentes à aquisição de poder por parte da cada mulher para atuar em prol da sua saúde individual, neste caso concreto, o TP e o parto (Pereira; Bento, 2011). Neste âmbito, o papel do EEESMO assume importância fundamental durante a gravidez e no momento do parto, objetivando o ensino e o desenvolvimento de estratégias por parte de cada mulher que possibilitem a melhor gestão da sua experiência de parto. Tendo em conta que o processo de empoderamento implica a responsabilização individual e a autonomia na manutenção do estado de saúde, é fundamental

que a mulher se sinta capaz de tomar decisões e participar ativamente no seu parto (Hermansson; Martensson, 2010).

A atuação ao longo do estágio pretendeu potenciar em cada uma das mulheres uma experiência positiva e única do seu parto, assente na responsabilização individual, na confiança mútua e na segurança no cuidar. Neste sentido, tornou-se fundamental garantir uma experiência de parto o melhor possível, além de amenizar os receios e as incertezas envolvidas, criando sentimentos de confiança e segurança.

As primeiras reações, registadas como positivas ou negativas, entre a parturiente e o profissional são estabelecidas durante o primeiro contato. Assim, foi importante, no processo de admissão, receber a mulher e o casal de forma acolhedora, estabelecendo vínculo, visando obter um elemento importante no sucesso e continuidade dos cuidados - a confiança (Dotto; Mamede; Mamede, 2008).

De forma a promover a confiança, o conforto e a empatia no cuidar, era explicada a estrutura física do serviço e partilhada com cada parturiente/casal a informação relativa ao processo de TP e os procedimentos associados à sua evolução, tornando-os intervenientes do processo de nascimento. Durante todo o período do TP foi demonstrada disponibilidade e abertura para esclarecer as suas dúvidas e receios, encorajando o casal a expressar as suas emoções e a discutir expectativas relacionadas com o nascimento.

O suporte durante o TP abrange o apoio emocional, os cuidados físicos específicos e as medidas de conforto, bem como o aconselhamento e a informação à mulher e ao acompanhante.

Diversos estudos de investigação demonstram benefícios importantes para as mães e os bebés, atribuídos ao apoio contínuo durante o parto, fornecido por uma pessoa significativa. O apoio contínuo é uma prática segura e efetiva, recomendada pela OMS e pela Lamaze Internacional⁶.

De acordo com uma revisão de estudos da Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, as parturientes com apoio contínuo no TP, são mais propensas a ter um parto vaginal espontâneo, um TP mais curto, menos probabilidade de complicações e intervenções obstétricas (indução do TP, partos distócicos e episiotomias) e de necessitar de analgesia, mostrando maior autoestima e satisfação (Hodnett [et al.] 2011).

⁶ A Lamaze Internacional é uma organização sem fins lucrativos que promove uma abordagem natural, saudável e segura da gravidez, parto e parentalidade precoce. O método de Lamaze foi desenvolvido pelo obstetra francês Fernand Lamaze como uma alternativa à intervenção médica durante o parto. O objetivo do método de Lamaze é manter a mãe relaxada e focalizada na respiração ([HTTP://PT.WIKIPEDIA.ORG/WIKI/M%C3%A9todo_LAMAZE](http://pt.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_Lamaze)).

Relativamente ao acompanhante durante o TP, aquando da admissão (na sala de expectantes ou na sala de partos) eram explicadas ao casal as normas relativas à permanência do acompanhante⁷, bem como informados acerca da evolução natural do TP, das suas fases e do envolvimento possível em cada uma delas, promovendo a sua colaboração. Atendendo ao seu conforto, o acompanhante era devidamente acomodado numa cadeira instalada ao lado da cama, permitindo a proximidade e o apoio contínuo à parturiente. Os seus esforços de participação eram reconhecidos e reforçados, sendo-lhes também sugeridos períodos de descanso quando conveniente, e em função da evolução do TP.

No sentido de promover o conforto e o relaxamento da parturiente durante o TP, foram colocadas em prática intervenções como: manter a privacidade da mulher/ casal, promover um ambiente calmo, reduzindo a interferência de estímulos ambientais como a luz, a temperatura e o ruído, (ajustando-os de acordo com a preferência de cada parturiente), e envolver o acompanhante nos cuidados no sentido de o tornar participante ativo.

Verificou-se, frequentemente, que a dor durante o TP se torna um fator condicionante do estado de ansiedade das parturientes. Assim, as intervenções levadas a cabo no sentido da promoção da saúde da parturiente procuraram sempre considerar a dor, enquanto fenómeno desagradável, complexo e de perceção individual, nas suas componentes sensorial e emocional.

A dor representa um importante sinal de início de TP, tendo como componente essencial a contração uterina associada à dilatação do colo uterino, distensão do segmento inferior e isquemia uterina. Posteriormente, no 2º estadio do TP, surge associada à distensão do canal de parto, à tração dos ligamentos útero cervicais e peritoneu, e à pressão exercida pela apresentação sobre as estruturas pélvicas (Graça, 2005).

Durante o processo do TP, a dor foi um diagnóstico de enfermagem frequentemente detetado, verificando-se o seu autocontrolo comprometido por parte das parturientes, o que implicou uma avaliação constante, bem como relacionar as queixas de cada mulher com o estadio e a fase do TP em que se encontrava, e conseqüentemente a implementação de intervenções que promovam o alívio da dor e potenciem á parturiente o autocontrolo da mesma.

Segundo Graça (2005), o *stress*, a ansiedade e a dor do TP provocam alterações na homeostasia materna, com efeitos prejudiciais sobre a mulher e o feto, afetando a normal evolução do TP.

⁷ Durante a fase latente do TP, enquanto as parturientes se encontram na sala de expectantes, era permitida a presença de um acompanhante entre as oito e as 20 horas. Na fase ativa do TP, na sala de partos, foi possível a presença permanente do acompanhante.

A gestão da dor/ desconforto no TP no que diz respeito a técnicas não farmacológicas abrange uma panóplia de intervenções autónomas que foram colocadas em prática em função da fase de TP em que cada parturiente se encontrava, bem como, das suas preferências individuais.

Na fase inicial do TP, as contrações uterinas provocam a dilatação e apagamento do colo uterino, tendo a dor uma origem visceral. Assim, foi possível observar que, nesta fase, as queixas dolorosas das parturientes eram localizadas na porção inferior do abdómen, com frequente irradiação para a região lombo-sagrada, cristas ilíacas, glúteos e coxas (Lowdermilk; Perry, 2008). Uma das primeiras intervenções colocadas em prática foi incentivar a liberdade de movimentos, que, para além de permitir sentimentos de maior liberdade pessoal e distrair a mulher do desconforto, reduz também a tensão muscular acumulada durante o trabalho de parto, pois, como advogam Adachi; Shimada; Usai (2003) cit. por Shilling (2009), a dor do TP que se localiza na região lombar e sagrada agrava quando a mulher se encontra deitada. Para além de aliviarem o desconforto, a posição vertical, a deambulação e a mudança frequente de posição, também mobilizam os ossos da bacia⁸ para ajudar o feto a encontrar a melhor posição na descida através do canal de parto, o que pode estimular a progressão do TP.

Nesta fase do TP, a presença da acompanhante foi potenciada e promovida a interação entre o casal no sentido de encontrar maior conforto. Assim, foram sugeridas, ensinadas e instruídas alternativas de posicionamento, com a colaboração do acompanhante, nomeadamente: deambular, manter a posição vertical apoiada/abraçada ao acompanhante, a posição de “cócoras”, a posição de “gatas”, sentar-se na bola de pilates e mobilizar a bacia, ajoelhar-se e inclinar o corpo sobre a bola de pilates, sentar-se numa cadeira ao contrário e apoiar os braços sobre as costas da cadeira, deitar-se de lado (Shilling, 2009).

Outra alternativa não farmacológica para na gestão da dor do TP, largamente utilizada no 1º estadio, foi o toque e a massagem. Segurar a mão, acariciar o corpo ou abraçar, foram gestos sugeridos ao acompanhante, e em caso de ausência deste, colocados em prática pelo EEESMO, com o objetivo de aliviar a dor, diminuir a ansiedade e facilitar o relaxamento, mas também como forma de transmitir à parturiente, confiança, cuidado e preocupação (Lowdermilk; Perry, 2008). Nos casos em que as mulheres referiram intensificação da dor a nível

⁸ O diâmetro superior e inferior da bacia pode aumentar quando a mulher se movimenta durante o trabalho de parto (Shilling;2009).

lombar (situação mais comum quando o feto se encontrava em posição occipital posterior) foi efetuada a técnica da contrapressão⁹.

O banho de chuveiro foi outra possibilidade oferecida à parturiente, no sentido aumentar o relaxamento e reduzir os estímulos dolorosos no TP, baseada na premissa de que o calor alivia a isquemia muscular e aumenta o fluxo sanguíneo para a área do desconforto (Lowdermilk; Perry, 2008).

Durante o 1º estadio do TP, foi também essencial instruir as parturientes em relação à técnica respiratória¹⁰ que devem executar no momento da contração uterina, com a intenção de potenciar a oxigenação fetal, não só no 1º estadio, mas ao longo de todo o TP.

No 2º estadio do TP, período compreendido entre a dilatação cervical completa e o nascimento, a dor tem origem somática, e resulta do estiramento dos tecidos perineais e do pavimento pélvico para permitir a passagem do feto. Nesta fase, a dor manifestada pelas parturientes foi descrita como intensa, aguda e bem localizada (períneo). Foram colocadas em prática estratégias como a mudança de posição no leito (posição lateral ou *semi fowler*), o toque e a massagem, a técnica respiratória, e a concentração e relaxamento¹¹, bem como a aplicação de compressas frias na região frontal da cabeça de forma a fornecer a sensação de frescura, e a hidratação da mucosa oral no sentido de evitar a secura característica do jejum prolongado no TP

No âmbito da promoção do conforto, prevenção e controlo da dor, as intervenções de enfermagem levadas a cabo visaram não só promover todas as técnicas não farmacológicas de alívio da dor possíveis de adaptar à sala de partos (intervenções de enfermagem autónomas), mas também, implementar técnicas farmacológicas prescritas por outros profissionais (intervenções de enfermagem interdependentes ou resultantes de prescrição), como a administração de analgésicos (ex.: o tramadol) ou opióides (ex.: a petidine), bem como colaborar com outros profissionais da saúde na execução de procedimentos que assim o exijam (ex.: analgesia com bloqueio epidural).

O crescente aumento da utilização de analgesia durante o TP exige dos enfermeiros a mobilização de conhecimentos acerca da farmacologia, no sentido de ser possível a sua

⁹ Pressão contínua aplicada na região sagrada durante as contrações uterinas, com o punho ou com as costas da mão. Pode também ser aplicada na anca, utilizando as duas mãos. A contrapressão eleva o occipital das terminações nervosas, proporcionando o alívio da dor (Lowdermilk; Perry, 2008).

¹⁰ Inspirar lenta e profundamente como se cheirasse uma flor e expirar lenta e suavemente como se soprasse uma vela sem a apagar.

¹¹ São técnicas que permitem à mulher repousar e conservar energia para o nascimento. No momento da contração uterina as parturientes eram instruídas a concentrar a sua atenção num objeto ou local que lhes proporcionasse sentimentos agradáveis, mantendo a respiração, no sentido de reduzir a perceção da dor (Lowdermilk; Perry, 2008).

colaboração, consciente e informada, com outros profissionais da saúde na implementação de intervenções de enfermagem resultantes de prescrição médica.

Atualmente, a analgesia por via epidural constituiu a técnica preferencial e mais eficaz no alívio da dor no TP, sendo defendida por muitos investigadores como a que produz menos efeitos secundários sobre a fisiologia materna e fetal (Graça, 2005). Ainda assim, mantêm-se alguma controvérsia acerca dos seus efeitos na duração do TP e sobre o RN.

Um estudo comparativo recente foi levado a cabo por Mousa; Al-metwalli; Mostafa (2012), com o objetivo de comparar a duração do TP espontâneo em 160 nulíparas distribuídas por dois grupos, com ou sem analgesia por via epidural. Os resultados demonstraram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, no que diz respeito à duração da fase ativa do 1º e do 2º estadio do TP, no número de partos instrumentados, nem no número de RN com Índices de Apgar inferiores a sete no 1º e 5º minuto de vida. Embora não tenha havido diferenças significativas no número de parturientes com recurso a ocitocina endovenosa, a dose máxima deste uterotónico foi significativamente maior no grupo submetido a analgesia por via epidural, ou seja, foi necessário o aumento progressivo do ritmo de perfusão de ocitocina para manter a média de duração do TP nas mulheres submetidas a analgesia por via epidural, quando comparadas com parturientes sem analgesia por via epidural.

Relativamente ao *timing* da administração da analgesia por via epidural, foi possível verificar que a maioria dos obstetras defendia a sua aplicação depois de atingida a fase ativa do 1º estadio do TP, pois de acordo com alguns autores, a analgesia quando aplicada precocemente conduz a um prolongamento do TP. No entanto, Graça (2005) advoga que a técnica pode ser efetuada desde que as contrações uterinas se tornem regulares e dolorosas, tendo o cuidado de utilizar concentrações baixas de analgésicos e de preferência associando-lhes narcóticos.

O mesmo autor refere ainda que a analgesia em TP pode iniciar-se assim que as parturientes sintam dor, independentemente da sua dilatação cervical, recorrendo a analgesia sequencial, ou seja, um bloqueio subaracnoideu seguido da introdução de um cateter no espaço epidural. Ao contrário dos anestésicos locais, os opiáceos usados no bloqueio subaracnoideu não interferem com a evolução do TP, podendo mesmo ter um efeito facilitador da progressão do TP pela capacidade que têm de amolecer o colo do útero (Graça, 2005).

Nas situações em que a escolha da mulher passou pelo recurso à analgesia por via epidural, foi contactado o anestesista e preparado o material necessário para a execução da técnica. Conjuntamente com o anestesista era explicado o procedimento à parturiente, os possíveis efeitos secundários dos fármacos administrados, bem como, obtido o seu consentimento informado. Durante o procedimento, além da colaboração com o anestesista na

execução da técnica, garantindo as condições de assépsia, foi tida também em atenção a manutenção do posicionamento da parturiente, assim como requerida a sua colaboração, sendo a mesma incentivada a aplicar a técnica respiratória (anteriormente instruída) durante a contração uterina.

Com a finalidade de eliminar o desconforto do TP e parto por via vaginal, é exigido um bloqueio entre a 10ª Vertebra Torácica (T10) e a 5ª Vertebra Sacrada (S5). Após a colocação do cateter no espaço epidural é administrado, em bólus ou perfusão contínua, um anestésico (ex. ropivacaína) e/ou um analgésico opiáceo (ex. fentanil, sulfentanil). Assim, o efeito anestésico ou analgésico ocorrerá com variações no comprometimento motor dependendo do medicamento e quantidade usada (Lowdermilk; Perry, 2008).

Tendo em conta os conhecimentos acerca dos efeitos secundários do sulfentanil e da ropivacaína, as intervenções de enfermagem após o procedimentos incluíram a monitorização dos sinais vitais para vigilância de hipotensão materna e hipertermia, a vigilância do bem-estar fetal através da monitorização da CTG, bem como a vigilância da eliminação urinária pelo risco aumentado de retenção e conseqüente algaliação em caso de globo vesical e/ou ausência de micção espontânea.

A analgesia por via epidural proporciona o alívio da dor em muitas mulheres em TP, no entanto, se esta estiver contraindicada ou não for a escolha da parturiente, a administração de analgésicos opióides sistémicos, como o tramadol e a petidine, são alternativas possíveis.

Os analgésicos administrados por via sistémica atravessam a barreira hematoencefálica para proporcionar efeitos analgésicos centrais, bem como a barreira placentária, sendo transferidos para o feto. Assim, a sua administração durante o trabalho de parto está associada a efeitos colaterais no feto e no RN, como depressão respiratória neonatal, diminuição do estado de vigília e a diminuição da sucção. Os efeitos depressores dos opióides sobre o RN parecem ser mais pronunciados quando o período expulsivo ocorre nas duas a três horas seguintes à administração do fármaco à mãe (Lowdermilk; Perry, 2008).

Para além das intervenções supracitadas no âmbito da gestão da dor no TP, houve também oportunidade de proceder a intervenções resultantes de prescrição médica, nomeadamente a administração de petidina, especialmente durante a fase latente do 1º estadio do TP. De acordo com o protocolo usado no CHTS, a administração de 50 mg de petidina diluída em 100 cc de soro fisiológico por via EV, era preferencial em relação à administração por via IM. Nestas situações, e de forma a atuar eficazmente em caso de necessidade de reanimação neonatal, ao prestar os cuidados imediatos ao RN foi tida em consideração a presença de sinais e

sintomas característicos de depressão do sistema respiratório, bem como os horários e o tipo de fármaco administrado à parturiente.

As necessidades de cada mulher são individuais e existem muitos fatores que devem ser considerados para determinar o uso de métodos não farmacológicos, farmacológicos ou de uma combinação de ambos para controlar a dor. Muitas parturientes referiram como preocupação o medo de sentirem dor e de não serem capazes de colaborar no nascimento do seu filho. No entanto, existiram casos de mulheres que pretenderam um parto sem analgesia, tendo demonstrado ao longo do TP um autocontrolo eficaz. Assim, foi importante compreender as crenças, os desejos e os valores de cada parturiente, no sentido de prestar cuidados de enfermagem culturalmente congruentes e de acordo com as expectativas de cada uma delas.

Para além dos aspetos psicossociais envolvidos no TP e parto, foram igualmente tidas em consideração outras áreas de intervenção do EEESMO.

A atuação durante o acompanhamento da mulher em TP exigiu o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações a ele associadas. De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros (2010b) é da responsabilidade deste profissional a identificação e a monitorização do TP, competência esta que requereu uma aprendizagem contínua e a mobilização de uma série de conhecimentos para a prestação de cuidados baseados na mais recente evidência científica.

Graça (2005) define o trabalho de parto como o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez iniciados, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.

Diagnosticar o início do TP é extremamente importante, e igualmente difícil, pois sendo o TP um processo e não um evento, nem sempre é simples detetar o momento em que as contrações indolores evoluem para contrações rítmicas de TP estabelecido (Fraser; Cooper, 2010).

Assim, foi fundamental reconhecer que nas semanas que antecedem o início do TP ocorrem várias alterações no sistema reprodutor feminino, nomeadamente: insinuação¹², dores lombares e pressão pélvica, aumento da secreção vaginal e saída do rolhão mucoso, ligeira perda de peso (0,5 – 1,5 kg), aumento de energia, amadurecimento cervical e possível rutura de membranas.

No início do verdadeiro TP, estão envolvidos vários fatores, incluindo alterações no útero (distensão e aumento da pressão intrauterina), no colo (apagamento e dilatação) e na hipófise materna (aumento da concentração de estrogénios e prostaglandinas e diminuição dos

¹² Processo de descida gradual do feto para a pequena bacia (Lowdermilk; Perry, 2008).

níveis de progesterona). Os efeitos mutuamente coordenados destes fatores desencadeiam contrações uterinas de intensidade e duração crescente, regulares e rítmicas, culminando o TP no nascimento do feto e expulsão da placenta (Lowdermilk; Perry, 2008).

O TP pode ser entendido em duas perspectivas distintas: relativamente à sequência de estádios que a mulher atravessa ao longo do mesmo e no que diz respeito aos mecanismos envolvidos no processo em si.

O 1º estadio do TP tem início com as primeiras contrações uterinas e termina com a dilatação completa do colo do útero. É o período mais longo do TP, sendo a sua duração variável, em média nove a 14 horas. Este, por sua vez, divide-se em três fases: a latente (até aos três cm de dilatação e extinção completa do colo), a ativa (dos quatro aos sete cm de dilatação, as contrações tornam-se regulares, com intervalos de dois a três minutos e aumentam de amplitude) e a de transição (até à dilatação cervical completa e a descida da apresentação).

O 2º estadio do TP refere-se ao período entre a dilatação completa e o nascimento e tem uma duração máxima de 20 minutos para as múltiparas e de 50 minutos para as nulíparas.

Segue-se o 3º estadio que se inicia com a expulsão do feto e termina com a dequitação (expulsão da placenta) podendo demorar desde três a cinco minutos até uma hora.

Considera-se o 4º estadio do TP as duas horas subsequentes à dequitação, período de recuperação da parturiente, de restabelecimento da homeostasia e verificação da formação do globo de segurança de *Pinard* (Lowdermilk; Perry, 2008).

Os mecanismos envolvidos no TP dizem respeito a um conjunto rotações e ajustamentos experimentados pelo feto, no sentido de executar a descida através do canal de parto. Trata-se de uma combinação de sete movimentos cardinais que ocorrem progressivamente com a finalidade da expulsão fetal.

Estes movimentos iniciam-se com o encravamento da apresentação no estreito superior da bacia, seguida da descida resultante da pressão exercida pelo líquido amniótico e pelo fundo uterino contraído, bem como da contração do diafragma e músculos abdominais maternos. Quando o polo cefálico encontra a resistência do colo uterino ou do pavimento pélvico ocorre a flexão, para que seja o diâmetro suboccipito-bregmático a atravessar o estreito inferior da bacia. Quando atinge as espinhas isquiáticas, a apresentação fetal roda, colocando-se o diâmetro sagital coincidente com o diâmetro ântero-posterior do canal de parto, dando-se assim a rotação interna. A extensão ocorre, progressivamente, quando o pólo fetal atinge o pavimento pélvico, e segue-se a exteriorização da cabeça e a rotação externa, de forma a restituir a posição da cabeça com o dorso, libertando-se o ombro anterior seguido do posterior,

terminando com a expulsão do tronco e pernas num movimento de flexão lateral em direção à sínfise púbica (Graça, 2005).

Este padrão de descida pode, no entanto, ser variável. É frequente nas nulíparas o pólo cefálico se encontrar ao nível das espinhas isquiáticas mesmo antes do início do TP, por sua vez, nas múltiparas é comum a apresentação só iniciar a descida depois da dilatação completa.

O acompanhamento deste processo exigiu a mobilização de vários conhecimentos, e foi baseado na avaliação da parturiente no que concerne à evolução da atividade uterina e seus efeitos a nível do apagamento e dilatação do colo uterino, e na sua relação com o grau de progressão da apresentação.

Assim, e com o intuito de monitorizar o TP, era realizado periodicamente o exame vaginal, o qual de acordo com Lowdermilk, Perry (2008) permite avaliar a progressão da apresentação ao longo do TP. Por se tratar de um exame causador de *stress* e desconforto para a parturiente, foi apenas realizado quando o seu estado ou o do feto assim o exigiam, nomeadamente na admissão, quando ocorre uma alteração relevante na atividade uterina, quando a mulher refere pressão perineal ou vontade de efetuar esforços expulsivos, em caso de rutura de membranas ou quando se verificam desacelerações com diminuição da FCF.

A decisão acerca do *timing* de execução do exame, bem como a consulta da última avaliação no partograma¹³, assumiu primordial importância, no sentido de evitar avaliações desnecessárias, uma vez que se tratava de uma equipa multidisciplinar em que o exame era efetuado por vários profissionais.

Antes da execução do exame, era solicitada autorização à parturiente, bem como explicado o procedimento. Depois de estabelecida uma posição confortável, o exame era efetuado com luva esterilizada e lubrificante (lidocaína gel), com o objetivo de avaliar a extinção e a dilatação do colo uterino, a integridade das membranas, a apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), a variedade (anterior, posterior ou transversa) e a descida da apresentação no canal de parto (Lowdermilk; Perry, 2008).

Os dados obtidos através do exame vaginal eram registados no partograma, o qual no bloco de partos do CHTS documentava informações relativas à dilatação e extinção do colo uterino, à progressão da apresentação, à integridade das membranas, à hora da sua rutura e às características do líquido amniótico (LA), bem como a FCF, contratilidade uterina, grupo de sangue materno e registo de sinais vitais (Temperatura, TA, FC e dor), entre outras informações específicas relevantes.

¹³ Representação gráfica da evolução do TP. É um instrumento de comunicação interprofissional, tornando-se um ótimo recurso visual para analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação fetal em relação ao tempo (Rocha [et al.] 2009).

Esta ferramenta constituía o principal meio de registo da evolução do TP e dos cuidados de enfermagem prestados à parturiente, o que permite a comunicação na equipa multidisciplinar e a continuidade de cuidados. O preenchimento do partograma era iniciado aquando da admissão da parturiente na urgência obstétrica, e prosseguia durante a sua permanência no bloco de partos, sendo posteriormente complementado com a identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem na aplicação informática SAPE, no sentido da individualização no cuidar.

No momento da admissão na urgência obstétrica, era efetuado um exame vaginal pelo obstetra em conjunto com o EEESMO, com a finalidade de se diagnosticar o início do TP. Seguidamente era efetuado o internamento para a sala de expectantes (em caso de TP em fase latente) ou diretamente para o bloco de partos (depois de instituída a fase ativa do TP).

Através da técnica da entrevista procedia-se à anamnese completa, sendo colhidos, junto da grávida/ casal, dados relevantes e informações contidas no boletim de saúde da grávida, no sentido de identificar possíveis complicações no TP e parto.

A história obstétrica e da gravidez atual foi cuidadosamente avaliada, incluindo o número de gestações, a paridade, e história de problemas no decurso da gravidez como hemorragia vaginal, hipertensão ou diabetes, anemia, e infeções (nomeadamente as provocadas pelo SGB ou as sexualmente transmissíveis), ou imunodeficiência. Eram também colhidas informações relativas aos antecedentes pessoais da parturiente, designadamente a existência de patologias de bases, alergias conhecidas ou cirurgias anteriores, consumo de álcool ou drogas, bem como o estado geral da mesma. Em caso de multiparidade, foi prestada atenção aos dados relativos às experiências anteriores de parto (duração do TP, recurso a analgesia, tipo de parto, realização de episiotomia, o peso e o estado de saúde do RN), visto que estas condicionam a experiência atual e podem fornecer dados que necessitem de atenção.

Eram também discutidos os sentimentos da mulher/casal no que diz respeito à gravidez e os receios relativamente ao parto, com particular atenção nas mulheres primíparas que não frequentaram as sessões de preparação para o parto e naquelas que, sendo múltiparas, tiveram experiências negativas anteriores.

Tendo em atenção que o medo e a ansiedade da mulher podem aumentar quando esta não entende o que lhe é transmitido, e que os medos não ultrapassados aumentam o *stress* da mulher e podem inibir o processo de TP, foi de importância capital transmitir informações adequadas a mulher em cada fase, no sentido de lhe potenciar a oportunidade de participar em pleno no seu trabalho de parto (Lowdermilk; Perry, 2008).

Colhidos os dados relevantes para o diagnóstico e tendo em conta a queixa inicial da grávida, procedeu-se à elaboração do plano de cuidados adaptado a cada mulher, promovendo uma assistência individualizada no processo de TP, parto e nascimento, delineando um conjunto de intervenções que fossem ao encontro das suas expectativas.

Concomitantemente procedia-se à monitorização do TP, recorrendo às Manobras de Leopold, as quais permitiram identificar o número de fetos, a apresentação, a situação, a posição, a atitude, o grau de descida e a localização esperada do ponto de intensidade máxima da FCF (foco fetal). Estas manobras permitem ainda a identificação do fundo uterino, que em conjunto com o foco fetal, são elementos orientadores para a colocação do transdutor de ultrassons da FCF e do tocodinómetro, permitindo a monitorização da FCF, das contrações uterinas e dos movimentos fetais (Lowdermilk; Perry, 2008).

As contrações uterinas frequentes e dolorosas e cuja duração aumenta progressivamente, são características do TP efetivo, sendo consideradas um elemento fundamental para a evolução do mesmo, o qual culmina com a expulsão do feto e da placenta (Fraser; Cooper, 2010). Por este motivo, constituíram um foco de atenção na prestação dos cuidados. A avaliação das contrações uterinas foi efetuada através da descrição subjetiva da parturiente, pela palpação abdominal do fundo uterino e pela monitorização eletrónica do traçado tocográfico da CTG.

Cada contração uterina é esboçada na CTG como uma linha em forma de sino e é caracterizada pela sua frequência (sendo cerca de 10 minutos na fase latente e um minuto no período expulsivo), intensidade (a força de uma contração no seu pico), duração e tónus de repouso (Lowdermilk; Perry, 2008). Sempre que no decorrer do TP era identificado um padrão anormal em relação às características das contrações uterinas, era informado o obstetra.

O TP representa um período de *stress* fisiológico para o feto, pelo que a monitorização contínua do seu estado de saúde é parte essencial nos cuidados de enfermagem à parturiente. O bem-estar fetal durante o TP pode ser avaliado através da resposta da FCF às contrações uterinas. De uma forma geral, padrões tranquilizadores da FCF caracterizam-se por uma FCF basal entre os 110-160 batimentos/minuto, sem padrões periódicos e com uma variabilidade basal moderada e acelerações em resposta aos movimentos fetais.

É objetivo da monitorização eletrónica da FCF intraparto avaliar continuamente a oxigenação do feto, de forma a identificar padrões característicos de acontecimentos de hipoxia, que possam indicar sofrimento fetal (Lowdermilk; Perry, 2008).

Os padrões cardiotocográficos não tranquilizadores, isto é, compatíveis com hipoxia fetal, normalmente estão associados a situações agudas de agravamento do estado fetal como

compressão grave do cordão umbilical, descolamento prematuro de placenta, hemorragia feto-materna, situações crónicas como a insuficiência uteroplacentária, RCIU, infeção fetal, ou situações iatrogénicas como hiperestimulação uterina com ocitócicos e anestesia regional mal conduzida.

Ao longo do estágio, foi possível assistir a situações de desacelerações variáveis, traduzidas na CTG através de uma diminuição igual ou superior a 15 bpm, com uma duração mínima de 15 segundos, simultâneas ao pico da contração, e que retornaram geralmente à linha basal até cerca de dois minutos.

Lowdermilk e Perry (2008) mencionam que este tipo de alterações da FCF são normalmente situações transitórias e corrigíveis e estão relacionadas com a compressão ligeira do cordão umbilical associada à posição materna, cordão umbilical curto ou com presença de nós ou circulares, e prolapso do cordão umbilical. Quando estas ocorriam no 1º estadio do TP, eram frequentemente eliminadas apenas com a alternância de posição da mãe.

As intervenções de enfermagem focaram-se numa monitorização atenta da parturiente (sinais vitais) e da CTG, em casos mais graves, pode também ser necessária a suspensão da perfusão ocitócica (se aplicável), a realização do exame vaginal para excluir prolapso do cordão umbilical, a administração de oxigénio à parturiente, e em último recurso colaboração com a obstetra no parto assistido ou encaminhamento para cesariana, caso a situação não reverta. A maioria dos casos presenciados referiram-se a situações transitórias provocadas por cordões umbilicais curtos ou com presença de circulares, objetiváveis no momento do parto.

Continua a ser debatido o método ideal de avaliação do bem-estar fetal durante o trabalho de parto. Resultados de investigações indicam que quer a Auscultação Intermitente¹⁴ (AI) quer a monitorização eletrónica da FCF conduzem a resultados fetais semelhantes em utentes com baixo risco intraparto. Embora a AI constitua um método pouco evoluído tecnologicamente, traz menos restrições à atividade materna. Por outro lado, e como advoga Graça (2005), este tipo de controlo não é exequível na maioria dos serviços de obstetrícia, onde é praticamente impossível disponibilizar um EEESMO em exclusivo junto de cada parturiente.

O protocolo do CHTS prevê a monitorização contínua da FCF através da CTG. Esta pode ser externa, largamente usada no bloco de partos, em que os transdutores são colocados no abdómen materno, de forma a avaliar a FCF e a atividade uterina. No decorrer do estágio foi possível também experienciar uma situação, menos comum, em que a vigilância intraparto foi

¹⁴ A auscultação intermitente (AI) é usada para ouvir os sons do coração do feto e avaliar a FCF em intervalos periódicos, nomeadamente: após rutura de membranas, uma vez que é esta a altura mais comum para o prolapso do cordão umbilical; após qualquer alteração do padrão das contrações ou no estado materno e antes e depois da administração de medicação à parturiente (Lowdermilk; Perry 2008).

efetuada através da monitorização interna, ou seja, através da colocação de um elétrodo espiral no couro cabeludo do feto por forma a avaliar a FCF e um cateter de pressão intrauterina para avaliar a atividade e a pressão uterina. Neste caso a parturiente já apresentava rutura de membranas e dilatação do colo uterino, condições essenciais ao procedimento.

Qualquer uma das formas de monitorização possibilita o registo contínuo, em suporte de papel e eletrónico, da FCF e das contrações uterinas, a avaliação da variabilidade da FCF, a deteção e identificação de padrões periódicos, a vigilância de vários fetos por um só profissional e confere também a possibilidade de rever o comportamento da FCF durante todo o TP (Graça, 2005).

No final de cada parto o registo gráfico da CTG era arquivado eletronicamente e no processo clínico, procedendo-se aos devidos registos.

Os protocolos do serviço incluem também diretrizes acerca da atuação dos profissionais em situações preventivas, de risco e complicações. Assim, foi importante efetuar o diagnóstico e a monitorização do risco materno-fetal durante o TP e parto, referenciando as situações que estão para além da área de atuação da enfermagem, conforme preconiza a Ordem dos Enfermeiros (2010b) através do Regulamento de Competências Específicas do EEESMO.

O risco materno-fetal durante o TP é despistado através da monitorização atenta da mãe (sinais vitais, atividade uterina, esforços expulsivos, corrimento vaginal, sinais de descida do feto e o próprio comportamento da mulher) e do feto (CTG). O conjunto total destas informações associado à história clínica permitiu diagnosticar e monitorizar o risco materno-fetal desde a admissão até ao parto.

As situações de maior risco materno estão associadas a situações infecciosas instaladas durante a gravidez, como é o caso da infeção pelo Estreptococos do Grupo B (EGB). Reconhecido como uma das mais importantes causas de morbilidade e mortalidade perinatais, a transmissão vertical durante o TP pode causar pneumonia ou meningite neonatal. Os fatores de risco são a colonização vaginal/retal da grávida, a febre intraparto, a rutura de membranas prolongada e o parto pré-termo. No sentido de despistar esta situação todas as grávidas são submetidas a uma pesquisa de rotina do EGB no exsudado vaginal/anal entre as 35 e 37 semanas de gestação (Graça, 2005).

Assim, aquando da admissão da mulher ao bloco de partos, eram colhidos dados relativos à história clínica, consultados exames de diagnóstico e verificada a integridade das membranas. Em caso de resultado positivo do EGB, era seguido o protocolo de prevenção da Infeção por Estreptococos do Grupo B. Este, prevê que, em caso de rutura de membranas superior a 18 horas, se inicie profilaxia antibiótica, de forma a garantir um mínimo de duas

tomas antes do parto, com a administração de Penicilina EV, 5 000 000 UI numa primeira toma, seguida de 2 500 000 UI de 4/4 horas, até ao parto. Em caso de alergia à penicilina, a clindamicina (900mg de 8/8 horas) era o antibiótico de segunda linha. A implementação correta e completa do protocolo prevenção de infeção por EGB, não reduz a zero os casos de infeção perinatal pelo EGB, no entanto, de acordo com a evidência, esta conduta origina um decréscimo acentuado no número de casos de infeção precoce, mesmo em RN pré-termo (Graça, 2005).

Durante a admissão da mulher no bloco de partos a avaliação da integridade das membranas e do LA foi de extrema importância para a monitorização do TP. A hora da rutura e a sua relação com a idade gestacional e evolução da gravidez, bem como as características do LA (quantidade, cheiro, cor), são dados essenciais e indicadores do bem-estar fetal e neonatal, e consequentemente orientadores da prestação de cuidados.

De acordo com o protocolo do serviço, e com objetivo de reduzir o risco de infeção materna e neonatal, preconiza-se cobertura antibiótica (penicilina/ampicilina) preferencialmente duas tomas antes do parto a todas as parturientes com rutura de membranas superior a 12 horas.

O Protocolo de Rutura Prematura de Membranas (RPM) do CHTS define a RPM como a rutura das membranas corioamnióticas antes do início do TP, e acrescenta que, se esta ocorrer antes das 37 semanas completas de gravidez é definida como rutura de membranas pré-termo. Tal como refere Lowdermilk e Perry (2008) o supracitado protocolo indica o registo na avaliação inicial da data e hora da rutura, a determinação da idade gestacional, a avaliação da necessidade de cuidados intensivos neonatais, o contacto do neonatologista, a pesquisa de sinais de infeção (taquicardia e hipertermia maternas, excitabilidade uterina, taquicardia fetal, características do líquido amniótico), e a avaliação de bem-estar fetal (CTG, ecografia).

A atuação depende da idade gestacional e do Índice de Bishop¹⁵, podendo passar pela indução do TP com estimulação ocitócica, maturação do colo e posterior indução do TP, ou atitude expectante com repouso, hidratação, CTG contínua e monitorização da temperatura de 8/8 h. Quando a RPM atinge as 18 horas e o rastreio do EGB é positivo ou desconhecido, é iniciada antibioterapia profilática.

No que diz respeito às características do LA, a presença de mecónio ou líquido tingido é um importante indicador do risco de compromisso do bem-estar fetal e neonatal. De acordo com Graça (2005) o conteúdo celular do LA deglutido pelo feto sofre alterações no intestino fetal, sendo convertido em mecónio, o qual permanece no intestino até ao momento do parto,

¹⁵ Sistema de classificação que permite avaliar a inducibilidade do TP, baseado na avaliação de cinco fatores: dilatação, apagamento, estadio, consistência cervical e posição do colo (Lowdermilk; Perry, 2008).

exceto se ocorrer um episódio de hipoxia, a qual diminuirá a perfusão intestinal e assim estimulará o peristaltismo e conseqüente lançamento de mecônio na cavidade amniótica. Este vai naturalmente aumentar os riscos de infecção fetal pelo risco de aspiração de mecônio, bem como influenciar os resultados neonatais. Assim, e tendo por base esta evidência, nos casos em que se verificou a presença de mecônio foram tomadas medidas preventivas, nomeadamente, vigilância da CTG, preparação do material de aspiração e ventilação assistida, e notificação do Neonatologista para o momento do parto, no sentido de promover uma rápida intervenção em caso de necessidade.

Tal como preconiza o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros (2010b), durante este estágio foi também possível conceber, planear, implementar e avaliar intervenções a parturientes com patologia associada e /ou concomitante com a gravidez, como é o caso da diabetes gestacional (DG).

A gravidez complicada por DG é uma situação de alto risco obstétrico, caracteriza-se por hiperglicemia provocada por secreção inadequada ou ação deficiente da insulina, e surge associada a riscos maternos, fetais e neonatais (já descritos no capítulo anterior) com possíveis complicações no intraparto (Graça, 2005).

O Relatório de Consensos sobre a Diabetes e a Gravidez (2011), na ausência de complicações materno-fetais, nas gestantes com bom controlo metabólico (apenas à custa de plano alimentar e exercício físico) sugere a indução do TP entre as 40 e as 41 semanas. Esta atitude tem como principais benefícios a diminuição do risco de complicações relacionadas com morte fetal tardia e aumento excessivo do peso ao nascer. Se a grávida estiver submetida a insulino-terapia ou antidiabéticos orais, com bom controlo metabólico, a indução do parto deve acontecer às 39 semanas de gestação.

De acordo com o protocolo do serviço e em concordância com a bibliografia supracitada, as grávidas com DG não insulino-tratadas devem induzir o TP às 40-41 semanas de gravidez. A cesariana eletiva deve ser ponderada em caso de estimativa de peso fetal ao nascer superior a 4000 gr. No dia da indução a grávida é admitida cerca das oito horas e inicia perfusão de solução polieletrólítica com glicose a 125 ml/h, monitorização fetal contínua e pesquisa da glicemia capilar de 4/4 h com administração de insulina de ação rápida SC (de acordo com um esquema predefinido, com o objetivo de manter os valores glicémicos entre 70 e 110 mg/dl) bem como vigilância os sinais de sintomas de hipo e hiperglicemias. Após o parto, logo que inicie a alimentação oral deve suspender as perfusões endovenosas sendo monitorizada a glicemia antes das principais refeições.

Em grávidas com DG insulino-tratadas, a indução é programada para as 39 semanas de gestação de acordo com o protocolo do serviço. No dia da admissão, as grávidas eram instruídas para não administrarem a dose de insulina prescrita em ambulatório, dado que iniciam perfusão endovenosa de insulina - 25 UI Actrapid® diluídas em 250cc de soro fisiológico - controlada por bomba perfusora, cujo ritmo de perfusão é variável de acordo com a monitorização horária da glicémica capilar e com o respetivo esquema de ajuste, por forma a manter a glicemia variável entre os 70 e 110 mg/dl.

Após a dequitação, é suspensa a perfusão de insulina, mantendo-se a perfusão de solução polieletrólítica com glucose até reiniciar alimentação oral. A monitorização da glicemia capilar mantém-se antes das principais refeições, bem como a administração de insulina SC, conforme valores de glicemia, sendo frequente nas primeiras 24 a 72 horas não ser necessária a sua administração.

De salientar que a generalidade dos procedimentos anteriormente enunciados visaram a minimização do risco materno-fetal associado às situações descritas. O facto de estes se encontram devidamente protocolados no serviço, e de acesso fácil, torna-os um excelente meio de comunicação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, tendo sido um elemento facilitador na autonomização da gestão dos cuidados prestados pelo EEESMO.

Além das patologias relacionadas com a gravidez, foi tido em consideração também o diagnóstico e a monitorização de desvios ao padrão normal de evolução do TP, referenciando para outros profissionais, as situações que estão para além da área de atuação da enfermagem, de acordo com o definido no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros, (2010b).

Graça (2005) define a distocia como um trabalho de parto anormalmente lento, devido à presença de mecanismos patológicos que interferem com a dilatação do colo do útero e com a progressão fetal ao longo de todo o canal de parto. Estes mecanismos responsáveis pelas distocias podem ser de natureza dinâmica ou mecânica.

As distocias de natureza mecânica advêm de alterações da apresentação, posição, dimensão fetal e anomalias da bacia materna ou do canal de parto, conduzindo ao parto distócico (por ventosa, fórceps ou cesariana).

Por sua vez, as distocias de natureza dinâmica, caracterizam-se pela existência de anomalias das forças expulsivas relacionadas com a disfunção contrátil uterina ou com a implementação de esforços expulsivos voluntários inadequados durante o período expulsivo. Por serem as mais frequentemente experienciadas ao longo deste estágio serão em seguida abordadas.

A disfunção contrátil uterina, em qualquer uma das fases do TP, caracteriza-se pela existência de contrações uterinas anormais, que impedem a evolução normal da dilatação e do apagamento cervical e/ou da progressão, podendo esta disfunção ter um caráter hipertônico ou hipotônico (Lowdermilk; Perry, 2008).

De acordo com Graça (2005) o TP com disfunção contrátil hipotônica é caracterizado por contrações de baixa amplitude (inferior a 50 mmHg) e de baixa duração (inferior a 45 seg.), com intervalo alongado entre si – menos de duas contrações em 10 minutos, o que desencadeia um discreto aumento da pressão intrauterina que se revela diminuto para dilatar o colo uterino a um ritmo suficientemente eficaz durante a fase ativa do TP. Frequentemente são de causa desconhecida, no entanto, fatores como apresentações anómalas, macrosomia, incompatibilidade fetopélvica (IFP), hiperdistensão uterina (provocada por gravidez gemelar ou hidrâmnios) podem estar na sua origem.

Situações como a anteriormente descrita foram experienciadas com relativa frequência, sendo que a atuação passou por despistar um falso TP, ou seja, averiguar se a parturiente apresenta atividade uterina rítmica e de intensidade suficiente para provocar sensação dolorosa, e progressão na maturação cervical, com dilatação igual ou superior a quatro cm, bem como despistar situações de IFP.

Uma vez efetuado o diagnóstico de disfunção contrátil hipotônica em fase ativa do TP, e em analogia ao defendido por Graça (2005), procedia-se, em caso de membranas intactas, à amniotomia, a qual, geralmente leva, nos 30 a 60 minutos subsequentes, a uma melhoria da contratilidade uterina. Seguidamente, em função da avaliação de elementos como o estado fetal (CTG), as dimensões da bacia materna e a apreciação do móvel fetal, a equipa médica decidia iniciar perfusão ocitócica ou, por outro lado, partir para a realização de uma cesariana. Neste caso, o objetivo da perfusão de ocitocina é estimular e ritmar as contrações uterinas. Porém, de acordo com Graça (2005) este fármaco pode também ser administrado com o propósito de induzir o TP, de manter a duração da fase ativa do TP dentro dos parâmetros fisiológicos, ou prevenir a atonia uterina no 3º estadio do TP. Por outro lado, constituem contra-indicações para a estimulação com ocitocina a incompatibilidade fetopélvica, o prolapso do cordão, a situação transversa, a FCF não tranquilizadora e a placenta prévia.

Sendo um fármaco uterotóxico, com riscos maternos e fetais associados¹⁶, o uso de ocitocina exigiu uma intervenção de enfermagem atenta e conhecedora, desde a preparação do

¹⁶ Hiperestimulação uterina, descolamento prematuro da placenta, rutura uterina, lacerações do colo uterino ou hemorragia pós-parto, desacelerações da FCF, asfixia fetal ou hipoxia neonatal em consequência da redução do fluxo uteroplacentário (Lowdermilk; Perry, 2008).

fármaco até à sua administração e gestão dos possíveis efeitos secundários, no sentido de garantir uma perfusão segura, privilegiando o bem-estar da díade mãe/feto.

De acordo com o protocolo do CHTS, a estimulação da contratilidade uterina com ocitocina, consiste numa perfusão EV de solução polieletrolítica 1000ml com 10 UI de ocitocina, a um ritmo inicial de perfusão de 6ml/h, o qual aumenta gradualmente em intervalos de 30 minutos, garantindo a monitorização contínua da FCF e da contratilidade uterina.

Por sua vez, a disfunção contrátil hipertónica consiste numa descoordenação da contratilidade uterina, representada na CTG por ondas contrácteis de diferentes formas e amplitudes, com intervalos curtos e irregulares. Este padrão contráctil é mais característico da fase latente do TP, e as suas formas mais bem definidas são a hipertonia uterina (contrações de maior amplitude, duração, frequência e aumento do tónus basal) e a taquissístolia (registo de 5 ou mais contrações de características normais num período de 10 minutos, sem elevação significativa do tónus basal). Esta anarquia de estímulos contrácteis, para além de não serem eficazes na progressão da extinção e dilatação do colo uterino, podem diminuir significativamente a perfusão uteroplacentária o que aumenta o risco de hipoxia fetal e descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI) (Graça, 2005).

Na única situação presenciada de disfunção contrátil hipertónica, e perante o risco de comprometimento do bem-estar materno e fetal, foi comunicada a situação ao obstetra. As intervenções de enfermagem nesta situação focaram-se no posicionamento da parturiente em decúbito lateral esquerdo, no sentido de aumentar a perfusão uteroplacentária, na vigilância rigorosa da CTG, no alívio da dor materna, na suspensão imediata da perfusão ocitócica, e na administração da fluidoterapia prescrita, tendo-se revertido a situação. No entanto, de acordo com Lowdermilk e Perry (2008) nos casos em que não é possível reverter a situação com as medidas supracitadas, pode recorrer-se à administração de fármacos com ação tocolítica (ex.: salbutamol, sulfato de magnésio ou atosiban) e/ou encaminhamento para cesariana.

Ainda em relação aos padrões anormais do TP, existem outras situações relativamente frequentes, designadamente: fase latente prolongada, fase ativa prolongada, fase de desaceleração prolongada, paragem secundária da dilatação, prolongamento da progressão da apresentação e ausência da progressão da apresentação. Embora muitas vezes a sua causa seja desconhecida, fatores como a administração precoce e excessiva de analgésicos e narcóticos, apresentação de vértice nas variedades posterior e transversa, hipotonia uterina e a analgesia por via epidural, podem estar associados, devendo também descartar-se a incompatibilidade fetopélvica (Graça, 2005).

Estas anomalias podem ser diagnosticadas de forma fácil e atempada através do registo rigoroso da evolução do TP no partograma, e assim instituir intervenções adequadas a cada caso, tranquilizando a parturiente e explicando a evolução do TP e os procedimentos a ele associados.

Após a dilatação completa, a maioria das parturientes refere uma vontade imperativa de “fazer força” durante a contração, no entanto, nem sempre, a sua colaboração é suficiente. Verificaram-se situações de esforços expulsivos voluntários inadequados por parte de algumas parturientes, mais frequentemente naquelas que foram submetidas a analgesia por via epidural, ou nas que referiam níveis de dor intensa causada pela distensão do períneo. As intervenções colocadas em prática nestes casos foram orientar e encorajar a parturiente a efetuar esforços coordenados com a técnica respiratória durante o período expulsivo, no sentido de tirar o máximo partido do seu esforço, nesta fase que é frequentemente caracterizada pela exaustão.

Ocorreram também casos de parturientes cujos TP se desenrolaram de forma precipitada, ou seja, a um ritmo excessivamente rápido (cadência de dilatação do colo uterino igual ou superior a cinco cm/h na nulípara e a 10 cm/h na múltipara). Graça (2005) refere que este tipo de distocia dinâmica pode estar associado a uma baixa resistência das partes moles do canal de parto quando as contrações uterinas são muito intensas, ou quando a estimulação ocitócica é excessiva, ou relacionar-se com uma baixa perceção de dor por parte da parturiente, ou ainda ao consumo de cocaína nas horas precedentes. O elevado ritmo de progressão do TP trará naturalmente efeitos maternos e fetais, de entre os quais constam: rutura uterina, lacerações do canal de parto e hemorragia pós-parto por hipotonia uterina, maior risco de hipoxia fetal.

Tendo por base os dados apresentados no Relatório da Comissão para a Redução da Taxa de Cesarianas da ARS Norte (2010) o principal motivo que leva à realização de cesarianas nos hospitais públicos da região norte é a suspeita de incompatibilidade fetopélvica (IFP). Neste sentido, durante o acompanhamento às parturientes foi importante estar atenta aos possíveis fatores de risco da IFP, como a diabetes materna, a macrosomia fetal, a distocia de ombros em parto anterior ou o prolongamento do 2º estadio do TP, no sentido de antecipar possíveis complicações maternas e fetais.

Globalmente, durante este estágio foram concebidas, planeadas e implementadas intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto, tendo por base as evidências científicas mais recentes.

A deambulação, pela posição vertical que a mulher assume, permite, na 1ª fase do TP, uma diminuição da sensação dolorosa, e portanto uma diminuição no recurso à analgesia por via

epidural, além de favorecer o encravamento, e assim encurtar o 1º estágio do TP (Iniciativa ao Parto Normal, 2009).

Assim, foi amplamente promovida e incentivada a mudança de posição e a deambulação da parturiente durante o 1º estágio do TP, nomeadamente na fase latente e nas parturientes não submetidas a analgesia por via epidural, assegurando o bem-estar materno e fetal. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008), a deambulação está apenas contraindicada quando a mulher está sob o efeito da analgesia por via epidural (pelo risco de queda), ou nos casos em que as membranas amnióticas não se encontram íntegras e a apresentação não está encravada (risco de prolapso do cordão umbilical).

Vários têm sido os estudos que comprovam os benefícios desta prática na evolução do TP. Regaya [et al.] (2010) levaram a cabo um estudo, com o objetivo de avaliar os efeitos da deambulação durante a 1ª fase do TP sobre a duração do mesmo e sobre os resultados maternos e neonatais. Os investigadores apontam, assim, a deambulação e a posição vertical como promotoras da redução significativa (cerca de 34%) da duração da 1ª fase do TP, bem como da diminuição da intensidade da dor, do consumo de ocitocina e da taxa de cesariana e partos instrumentalizados. São ainda referidos benefícios neonatais, entre os quais melhores Índices de Apgar ao 1º e 5º minuto e menor taxa de transferência para a unidade neonatal.

Aquando da admissão ao bloco de partos, a parturiente era incentivada a deambular até ao WC no sentido de proceder à micção espontânea e à eliminação intestinal, se assim o desejasse. Nos casos em que a última dejeção não se tenha verificado no próprio dia, era aconselhada a aplicação de Microlax®.

O uso de enemas no 1º estágio do TP tende a ser uma prática largamente implementada no bloco de partos, constatando-se que as parturientes, principalmente as múltiplas, solicitavam elas próprias o microclister. As mesmas manifestam receio da emissão de fezes durante o período expulsivo, evitando desta forma sentimentos de constrangimento e vergonha de o fazer na presença de outras pessoas.

Apesar de reconhecer que o uso de enema durante o TP é questionado há vários anos, esta foi uma realidade vivenciada ao longo do estágio, onde o Microlax® é utilizado rotineiramente, considerando que apenas promove o esvaziamento da ampola retal e não o esvaziamento intestinal, pelo que a emissão de fezes é muito próxima da consistência na evacuação fisiológica (não líquida), o que pode reduzir os riscos de contaminação aquando da exteriorização da apresentação.

No entanto, atualmente mantém-se a controvérsia acerca do procedimento. Reveiz; Gaitán e Cuervo (2013) realizaram um estudo de revisão onde analisaram vários artigos, com o

objetivo de avaliar os efeitos do enema aplicado durante a 1ª fase do TP, sobre os resultados maternos e neonatais, concluindo que os enemas não têm um efeito benéfico significativo sobre as taxas de infecção (da ferida perineal ou outras infecções neonatais) e satisfação das mulheres, e portanto, é uma prática que deve ser desencorajada.

Perante o risco de comprometimento da eliminação urinária durante o TP, esta foi também foco de atenção, sendo a parturiente encorajada à micção espontânea frequente (2/2 horas pelo menos), no sentido de promover o esvaziamento vesical, uma vez que, de acordo com Lowdermilk e Perry (2008), a distensão da bexiga pode impedir a descida da apresentação, inibir as contrações uterinas e promover a diminuição do tónus da bexiga.

Sendo a maioria das parturientes submetidas a analgesia por via epidural, esta vigilância assumiu particular importância, não só pelo aumento do risco de retenção urinária, mas também pelo aporte de soros associados à prevenção da hipotensão característica deste tipo de analgesia. Assim, quando a eliminação urinária não era espontânea, nem cedia às medidas de estimulação, foram realizados esvaziamentos vesicais intermitentes ou algaliação, em função da evolução do TP.

O jejum durante o TP é outro tema controverso, assistindo-se presentemente em muitas salas de parto, designadamente no CHTS. De acordo com NICE (2007), esta prática recomenda-se se existir a probabilidade de uma cesariana ou de anestesia geral.

Um estudo recente em formato de revisão sistemática (incluindo 3130 mulheres de baixo risco em cinco estudos) levado a cabo por Singata, Tranmer e Gyte (2012), concluiu não existir risco ou benefício na restrição de líquidos e alimentos à mulher em TP. No entanto, não existem estudos relativos às parturientes de alto risco, pelo que os autores sugerem mais estudos.

Segundo o protocolo de serviço, a mulher em TP inicia um período de jejum até duas horas após o parto, sendo puncionada uma veia periférica e colocado em perfusão uma solução polieletrólítica com glicose a 125ml/h.

Ainda no âmbito das intervenções adequadas à evolução do TP, é de referir, que se procedeu também, em alguns casos, à amniotomia ou rutura artificial das membranas amnióticas (RAM).

De acordo com as indicações preconizadas por Fraser e Cooper (2010), a amniotomia foi efetuada nas situações em que o colo uterino se encontra favorável (com dilatação superior a quatro/cinco cm) e se pretendia induzir o TP, ou aumentar as contrações uterinas, e na ausência de complicações materno-fetais. Foi também efetuada em algumas situações com o objetivo de visualizar as características do LA quando existiu risco de comprometimento do bem-estar fetal

ou para colocação de um elétrodo no couro cabeludo fetal com o intuito de efetuar monitorização cardiotocográfica interna.

O mecanismo pelo qual a amniotomia acelera o TP parece incerto, no entanto, acredita-se que a seguir à rutura das membranas, a libertação de prostaglandinas e ocitocina aumenta, resultando em contrações uterinas mais fortes e uma dilatação cervical mais rápida. Após solicitar a autorização da parturiente, era-lhe colocada uma aparadeira e explicado em que consistia o procedimento, e que o mesmo é indolor, a fim de a tranquilizar. Antes de se proceder à RAM era monitorizada a FCF e efetuado exame vaginal, no sentido de averiguar se a apresentação fetal se encontrava encravada, ou seja, se o pólo cefálico estava ao nível das espinhas isquiáticas, condição *sine qua non* para o procedimento no sentido de evitar situações de prolapso do cordão umbilical, a qual constituiu uma situação de emergência obstétrica (cesariana).

O procedimento consistiu em realizar um exame vaginal de forma a identificar o colo uterino (dilatação e extinção) e as membranas amnióticas, e através da introdução cuidadosa de uma pinça (de *Herff* ou amniótomo) ao longo do percurso da mão direita e até ao pólo cefálico, procedeu-se à rutura, deslizando a pinça no sentido descendente. Com a mão esquerda era mantida a pressão no fundo uterino para assegurar que a apresentação se encontrava encravada, permitindo uma saída lenta do LA. Imediatamente após a intervenção eram observadas as características do LA, nomeadamente a cor, a quantidade e o cheiro, registada a hora da rutura, e realizado novo exame vaginal, para se verificar a apresentação, a posição e descida do feto, bem como monitorizada, novamente, a FCF. De entre as possíveis complicações desta técnica encontram-se a infeção intrauterina (ascendente), as desacelerações precoces, o prolapso do cordão umbilical e a sangramento proveniente de vasos fetais nas membranas, o que requereu uma vigilância mais ativa da parturiente e CTG no período subsequente, para despiste de complicações (Fraser; Cooper, 2010).

Após a dilatação e a extinção completa do colo uterino segue-se o 2º estadio do TP, também designado de período expulsivo, o qual termina com o nascimento do feto. A sua duração é variável, sendo considerado normal prolongar-se até duas horas.

Nesta fase objetivaram-se, em algumas mulheres, determinados sinais característicos, nomeadamente: episódio de vômito, aumento do muco vaginal, tremores das extremidades, nervosismo aumentado, aparecimento súbito de suor no lábio superior, assim como a necessidade involuntária de efetuar esforços expulsivos.

Perante a constatação destes sinais e após a confirmação da dilatação completa do colo uterino através do exame vaginal, era verificado todo o material necessário para o parto,

previamente preparado e testado, mantinha-se o ambiente calmo e tranquilo, a sala aquecida, a privacidade da parturiente, atendia-se ao seu conforto ajudando a mudar de posição se assim entendesse, e promoviam-se cuidados de higiene perineais, mantendo a cama limpa e seca.

As contrações uterinas tornam-se mais intensas e duradouras à medida que a apresentação atinge o pavimento pélvico. A pressão exercida pelo feto nos recetores elásticos da face posterior da vagina estimula a libertação de ocitocina endógena que desencadeia na mulher a necessidade de “fazer força” - Reflexo de Ferguson. Este reflexo pode inicialmente ser controlado pela mulher, tornando-se, no entanto, cada vez mais dominante e involuntário durante cada contração. Assim, a mulher contrai os músculos abdominais e o diafragma enquanto relaxa o pavimento pélvico, empregando as suas forças secundárias de expulsão (Fraser; Cooper, 2010).

Os resultados de alguns estudos efetuados acerca dos esforços expulsivos e as suas consequências sugerem que a tomada de decisão no que diz respeito ao momento em que se deve incentivar a parturiente a encetar os referidos esforços, não deve ser baseada exclusivamente da dilatação completa, uma vez que, a posição, a apresentação e o bem-estar fetal representam fatores importante a ter em consideração (Lowdermilk; Perry 2008).

Verificou-se um comportamento muito variável da mulher nesta fase, dependendo de condições como a duração do TP e a presença de analgesia por via epidural ou não, sendo frequente referirem exaustão. Por este motivo, a questão de quando iniciar os esforços expulsivos maternos foi abordada com as parturientes e a decisão foi conjunta em função da variabilidade individual de cada TP, e de acordo com as expectativas de cada uma.

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008) o enfermeiro deve orientar a mulher para os esforços expulsivos, encorajando-a a fazer força conforme sente vontade ao contrário de fazerem um esforço prolongado sob comando. A técnica respiratória deve ser avaliada, e a mulher incentivada a não sustar a respiração por mais de cinco a sete segundos de cada vez, fazendo inspirações profundas, e esforços expulsivos durante a expiração.

Durante a prática no bloco de partos verificou-se que as mulheres se encontram frequentemente sob o efeito de analgesia por via epidural, sendo instruídas à execução de esforços dirigidos, em que, no início da contração uterina e após uma inspiração profunda, eram ensinadas a bloquear a respiração durante cerca de 10 segundos, expirando em seguida. O procedimento era efetuado durante o tempo que a mulher o conseguisse manter durante a contração - manobra de Valsava¹⁷.

¹⁷ Processo de realizar esforços expulsivos com a respiração sustida, com a glote fechada, e contraindo os músculos abdominais (Lowdermilk; Perry, 2008).

No entanto, esta técnica respiratória é desaconselhada pela literatura, pois como referem as autoras supracitadas, sustentar a respiração de forma prolongada ou contínua, realizando esforços expulsivos, provoca uma diminuição da perfusão de oxigénio através da placenta, conduzindo à hipoxia fetal. Por outro lado, a manobra de Valsava, pelo facto de a mulher encerrar a glote, aumenta a pressão intratorácica e cardiovascular, reduzindo o desempenho cardíaco, o que inibe a perfusão uteroplacentária (Lowdermilk; Perry, 2008).

Depois de iniciados os esforços expulsivos, a mulher era incentivada a mantê-los, reforçando positivamente a sua atuação e encorajando a participação ativa do acompanhante no momento do nascimento. Assim, eram-lhes dadas indicações relativas à técnica respiratória, incentivadas a repousar no intervalo das contrações (respirando lenta e profundamente) e encorajadas a adotar a posição que lhes seja mais confortável no leito (que pode passar pelo puxo em decúbito lateral, em posição de litotomia ou semi-fowler).

O posicionamento para o momento do nascimento pode e deve ser determinado pela preferência da mulher, no entanto, é também limitado pela sua situação e do feto, pelo ambiente e pela confiança e segurança que o profissional de saúde sente em executar o parto em determinada posição. Apesar de a posição mais frequentemente usada ser a de litotomia, há evidência que refere que as posições alternativas e as mudanças de posição podem resultar em vantagens.

Numa revisão sistemática (de 20 ensaios randomizados com 6135 mulheres) os autores concluíram que as posições verticalizadas ou laterais estão associadas à redução da duração do 2º estadio do TP, a menos problemas relacionados com a FCF, menor número de relatos de dor intensa e menos episiotomias. Contudo, verificou-se uma maior perda sanguínea (superior a 500ml, sem repercussões clínicas) e um aumento do número lacerações de 2º grau. Desta forma, os autores sugerem mais estudos para melhor avaliar estes achados (Gupta, Hofmeyr; Smyth, 2009).

No sentido de executar a técnica de parto, foram tidas em consideração medidas de prevenção e controlo de infeção, nomeadamente, o uso de bata e luvas esterilizadas, máscara e touca. Foi cumprida a técnica asséptica cirúrgica através da colocação de um campo esterilizado por baixo das nádegas da parturiente, bem como as perneiras e outro campo esterilizado em cima do abdómen.

À medida que se aproximava o momento do nascimento, mantinha-se a vigilância das contrações uterinas e da FCF através da CTG, assim como, da descida da apresentação.

Nesta fase, a mulher foi então orientada a manter esforços expulsivos controlados, no sentido de assegurar o nascimento lento da apresentação, tendo a preocupação de,

simultaneamente avaliar as condições do períneo à medida que a cabeça fetal começa a coroar¹⁸, identificando a necessidade ou não de efetuar a episiotomia¹⁹. Foi também usado um gel lubrificante à base de lidocaína (Lidojet 10%®) que quando aplicado no períneo e vagina favorecia a distensão dos mesmos.

A prática da episiotomia tornou-se, num passado recente, uma intervenção rotineira nos blocos de partos, usada com o intuito de facilitar a expulsão da cabeça fetal, no entanto, várias investigações vieram contestar o seu uso de rotina.

Desde 1996 que a OMS, defende que a episiotomia deve ser evitada, e apenas realizada em situações excepcionais: apresentação de pelve, distocia de ombros ou ventosas, situações de risco de perda do bem-estar fetal, ou presença de cicatrizes de mutilação dos genitais femininos ou de lacerações anteriores de 3º ou 4º grau mal resolvidas.

De acordo com as diretrizes emanadas pela ACOG em 2007 (cit. por Amorim; Porto; Sousa, 2010) a realização da episiotomia não deve ser rotineira, mas sim por indicação materna ou fetal, no sentido de evitar lacerações maternas graves ou facilitar partos difíceis.

Assim, a decisão de realizar a episiotomia foi adequada à individualidade de cada mulher e situação, baseada não só nos sinais de elasticidade e distensão dos tecidos perineais, mas também, em caso de evidência de comprometimento fetal. Nas parturientes sem analgesia por via epidural, era realizada uma infiltração com anestésico local (lidocaína 2%) nos pudendos, previamente à execução do corte. A episiotomia foi realizada imediatamente antes do nascimento da cabeça, durante uma contração uterina, de modo a obter uma visão nítida da área a incisar, bem como reduzir a perda sanguínea (Fraser; Cooper, 2010).

A exteriorização da apresentação dava-se logo de seguida, de forma controlada, através da manobra de Ritgen²⁰, no sentido de prevenir a descompressão brusca e de reduzir o risco de lacerações.

Após a saída da cabeça, era solicitado à parturiente que cessasse os esforços expulsivos, a fim de se proceder à pesquisa da existência de circular cervical. Ocorreu um caso em que se verificou a presença de duas circulares cervicais apertadas, pelo que foi necessária efetuar uma laqueação precoce do cordão, antes do nascimento avançar. Nos casos em que se

¹⁸ Coroamento: quando a porção mais larga da cabeça fetal provoca a distensão da vulva, imediatamente antes do nascimento.

¹⁹ Incisão no períneo realizada com o propósito de aumentar o diâmetro vaginal e minimizar a lesão dos tecidos moles (Lowdermilk; Perry, 2008).

²⁰ Consiste em proteger o períneo com a mão direita, e com a esquerda ajudar a desencravar as bossas parietais, de forma a controlar a saída da cabeça.

verificaram circulares largas, o cordão foi desenrolado à volta do pescoço permitindo a saída dos ombros.

Eram removidas as secreções da boca e do nariz num gesto suave sobre a face, e apoiada a cabeça durante a rotação externa e a restituição. Nos casos de presença de mecónio, não era permitida a respiração espontânea do RN até à sua exteriorização completa, sendo de imediato, após o nascimento aspirada boca e o nariz, de forma a prevenir a aspiração de mecónio.

Em seguida era libertado o ombro anterior efetuando tração no sentido descendente, e depois o posterior em sentido contrário, assegurando a proteção posterior do períneo com a mão dominante. O RN era firmemente seguro e colocado sobre o abdómen da mãe, no sentido de promover o contato precoce pele a pele, se esta assim o desejasse. Seguidamente era seco com lençol aquecido, para promover a manutenção da temperatura corporal, e limpa a boca e o nariz com compressas de forma a facilitar a drenagem de secreções e permeabilizar a via aérea. Determinava-se a hora do nascimento e o Índice de Apgar ao 1º minuto (e posteriormente ao 5º e ao 10º), efetuando uma breve avaliação do estado geral do RN, ao mesmo tempo que se felicitavam os pais, valorizando a sua colaboração.

O Índice de Apgar permite avaliar de forma rápida o nível e adaptação do RN ao ambiente extrauterino e a necessidade de reanimação. A avaliação baseia-se na verificação de cinco indicadores fisiológicos: frequência cardíaca, frequência respiratória, o tónus muscular, a irritabilidade reflexa e a cor da pele. Cada item é pontuado com os valores zero, um ou dois e avaliado ao 1º, 5º e 10º minuto de vida, um *score* entre sete e 10 significa ausência de dificuldade de adaptação ao meio extrauterino, por outro lado, um *score* abaixo de quatro indica sofrimento grave do RN (Lowdermilk; Perry, 2008).

Relativamente ao *timing* de clampagem do cordão umbilical, vários estudos têm evidenciado as vantagens da clampagem tardia. A Chocrane Colaboration publicou em 2013 uma revisão da literatura (15 estudos randomizados, 3119 parturientes e RN), com o objetivo de perceber os efeitos, maternos e neonatais, do *timing* da clampagem do cordão umbilical em RN de termo.

O grupo de RN sujeito à clampagem precoce (durante o 1º minuto de vida) apresentou concentrações de hemoglobina neonatal nas primeiras 24- a 48 horas significativamente menores, bem como a probabilidade duas vezes maior de sofrer défices de ferro entre os três e os seis meses de vida, ou seja, maior risco de anemia infantil. Relativamente ao risco de desenvolver icterícia, esta revisão da literatura, mostra que os RN submetidos à clampagem precoce precisaram menos de fototerapia do que os RN sujeitos à clampagem tardia (entre o 1º

e o 5º minuto de vida). No entanto, essa diferença de risco é inferior a 2%, não se manifestando significativa. Verificou-se ainda que o *timing* de clampagem do cordão umbilical não teve efeito significativo sobre a hemorragia materna no pós-parto, nos valores de hemoglobina materna, na necessidade de transfusões sanguínea ou remoção manual da placenta, assim como na duração do 3º estadio do TP (McDonald [et al.] 2013).

Rabe [et al.] (2012) também apuraram no seu estudo, que o atraso de 30 a 120 segundos na clampagem do cordão, em vez da laqueação imediata traz benefícios neonatais, estando associada a uma menor necessidade de transfusão fetal, melhor estabilidade circulatória, menor risco de hemorragia intraventricular e enterocolite necrotizante.

Com base nestas evidências foi promovida, sempre que possível, a clampagem tardia e dada a possibilidade aos pais (se o desejassem) de procederem ao corte do cordão umbilical, de forma a valorizar a sua participação nos cuidados, assim como, promover o envolvimento emocional entre os pais e o bebé.

Quando os pais pretenderam, foi colhido sangue do cordão umbilical para a criopreservação das células estaminais, e igualmente em situações de necessidade de determinação do grupo sanguíneo do RN (incompatibilidade Rh).

Seguidamente à laqueação do cordão umbilical, a estimulação tátil e a manutenção da temperatura corporal, através da colocação de lençol aquecido sob fonte de calor, foram, regra geral, medidas suficientes para garantir uma boa adaptação à vida extrauterina por parte do RN. Porém, e à semelhança do que recomenda Graça (2005), foi mantida a vigilância de sinais de dificuldade respiratória, como o adejo nasal, a tiragem intercostal ou gemido expiratório.

Enquanto se procedia à avaliação materna, o RN mantinha-se no abdómen na mãe, sendo a seguir transportado para o reanimador, onde, sob fonte de calor, eram prestados os restantes cuidados, desde a avaliação do peso, à administração de colírio oftálmico²¹ e de 1 mg de vitamina K (via IM) e identificação através de uma pulseira com nome da mãe. Com o objetivo de envolver o pai nos cuidados, este era convidado a colaborar a vestir o RN.

Constatou-se, na generalidade dos casos, uma boa adaptabilidade dos RN, apresentando boa vitalidade, aspeto rosado, e choro vigoroso, verificando-se, por vezes, uma ligeira acrocianose²², característica da imaturidade do sistema circulatório e respiratório do RN nos primeiros dias.

²¹ A aplicação do colírio oftálmico para profilaxia das infeções era efetuada após promoção do contacto visual com os pais, no sentido de privilegiar o momento.

²² Cianose periférica que se manifesta pela cor azulada nas mãos e pés observada à nascença na maioria dos RN e que pode persistir até sete a 10 dias (Lowdermilk; Perry, 2008).

Depois de vestido (incluindo o gorro, e embrulhado numa manta) o RN era novamente colocado junto à mãe, enquanto se procedia à dequitação e correção da episiotomia, no sentido de permitir à mãe e ao pai um momento de cumplicidade em que podiam explorar e tocar o seu filho, privilegiando o contato precoce e a vinculação entre eles, nesta fase de reatividade do RN.

Durante o estágio, houve situações em que se efetuou todo o acompanhamento do TP, no entanto, por imperativos maternos ou fetais (traçado cardiotocográfico não tranquilizador e/ou esforços expulsivos maternos pouco eficazes) foi necessária a intervenção do obstetra para aplicação de ventosa, e conseqüentemente, chamado o neonatologista de prevenção no momento do nascimento. Nestas situações foi explicado à parturiente a necessidade de colaboração médica, e prestado apoio ao obstetra, nomeadamente na preparação e otimização do material, reajuste da posição da parturiente (litotomia), e incentivo à sua participação no processo de nascimento.

Ao EEESMO cabe a responsabilidade de garantir a reanimação do RN em situações de emergência, no entanto, ao longo do estágio, não se experienciou nenhuma situação de prestação de cuidados emergentes ao RN em que tenha sido necessária uma intervenção avançada no algoritmo. As situações mais graves, decorrentes de períodos expulsivos prolongados e de partos por ventosa, foram resolvidas com a aplicação dos primeiros passos da reanimação do RN, de acordo com o protocolo do serviço: minimização da perda de calor, permeabilização da via aérea, estimulação táctil, avaliação da respiração, FC e oxigenação, através da observação da coloração da pele e da avaliação da saturação de O₂ com oxímetro. Num dos casos, verificou-se que o RN se encontrava hipotónico, com Índice de Apgar de sete ao 1º minuto, a respirar espontaneamente, no entanto mantinha cianose central, tendo sido necessário a administração de O₂ à face, com reversão da situação, obtendo-se ao 5º minuto um Índice de Apgar de 10.

Com o nascimento tem início o 3º estadio do TP, que se define como sendo o período entre o nascimento e a expulsão da placenta e membranas. Após o parto, as contrações uterinas fortes tornam o local de inserção da placenta (decídua endometrial) progressivamente mais pequeno, provocando a rutura das vilosidades, e a separação da placenta. A duração deste processo é variável, no entanto, é frequente que as contrações uterinas que ocorrem nos primeiros cinco a sete minutos após o parto sejam suficientemente eficazes para promover a separação, podendo durar até cerca de uma hora (Lowdermilk, Perry; 2008).

Assim, após o nascimento o posicionamento da mulher era ajustado, reduzindo a inclinação da cabeceira da cama, e era-lhe explicado que poderia sentir novamente contrações

uterinas associadas à expulsão da placenta. Nesta fase, podia ser tomada uma atitude passiva (observar e aguardar sinais de descolamento) ou ativa (tração controlada do cordão e administração de uterotóxicos) na gestão do 3º estadio do TP.

Na prática foram realizadas vigilâncias no âmbito das manifestações clínicas da mulher, da consistência e volume do útero, da perda hemática e dos sinais de descolamento da placenta – útero firme e globoso, sinal de krustner²³, golfada de sangue e sinal do cordão²⁴. Na presença destes sinais era sugerido à mulher que efetuasse pequenos esforços expulsivos no sentido de facilitar a saída da placenta, ao mesmo tempo que se realizava suave tração do cordão umbilical, mantendo assim uma conduta ativa na gestão do 3º estadio do TP (diminuindo o risco de hemorragia), considerada como benéfica por vários autores (Campos; Montenegro; Rodrigues, 2008; Lowdermilk; Perry, 2008; Fraser; Cooper, 2010).

Durante a expulsão da placenta era efetuada a manobra de Jacob-Dublin (movimentos rotacionais da placenta) no sentido de promover o seu descolamento integral. A seguir era identificado o mecanismo pelo qual a placenta se exterioriza – Shultze (mostra a face fetal) ou Duncan (surge a face materna), apesar de ser irrelevante do ponto de vista clínico, pode ser um dado significativo, pois sabe-se que o mecanismo de Duncan se associa a uma maior perda sanguínea, podendo aumentar assim o risco de hemorragia materna, pelo que foi alvo de atenção (Lowdermilk, Perry; 2008).

Imediatamente após a saída da placenta, e de acordo com o protocolo de serviço, era assegurada a formação do globo de segurança de *Pinard* através da execução da manobra de *Credê* (massagem circular do fundo do útero) e administrada perfusão ocitócica.

No sentido de pesquisar possíveis anormalidades das estruturas, era efetuada uma inspeção cuidada à placenta (forma, inserção, integridade dos cotilédones, aspeto geral), ao cordão umbilical (nº de vasos, inserção na placenta, comprimento,) e às membranas (número de folhetos e integridade), garantindo a sua expulsão completa da cavidade uterina.

Na gestão do 3º estadio de TP foi tida inicialmente uma conduta passiva (esperar e observar) no sentido de aguardar a separação e expulsão natural da placenta através dos esforços da mãe, clampando e seccionando o cordão umbilical, usando a gravidade e a massagem abdominal no fundo uterino, bem como o contato pele a pele entre mãe e o RN, no sentido de estimular a libertação de ocitocina endógena e assim facilitar a separação e expulsão da placenta, como defendem Lowdermilk e Perry (2008).

²³ Consiste na aplicação uma pequena pressão na região suprapúbica com a face externa da mão, verificando se o cordão umbilical se mobiliza, o que significa que a placenta ainda está aderente.

²⁴ Aumento aparente do tamanho do cordão umbilical à medida que a placenta desce para o introito vaginal (Lowdermilk, Perry; 2008).

Existem, porém, situações em que o 3º estágio do TP não tem uma evolução de acordo com a normalidade, sendo necessário outro tipo de atuação. Assim, verificou-se um caso de uma parturiente que, 30 minutos após o parto, apresentava o útero flácido, não se verificando sinais de descolamento da placenta. Neste caso, foi tida uma conduta ativa na gestão do 3º estágio do TP, através da administração de ocitocina, efetuando tração controlada do cordão umbilical em simultâneo com estimulação do fundo uterino, no sentido de promover a separação e expulsão da placenta, e diminuir o risco de complicações hemorrágicas. No entanto, e apesar das intervenções levadas a cabo, a placenta mantinha-se aderida ao endométrio uterino, pelo que foi solicitada a presença do obstetra o qual confirmou tratar-se de uma situação de placenta retida. Foi, em seguida, efetuada pelo mesmo a extração manual da placenta seguida de uma revisão manual da cavidade uterina, sob condições assépticas, prestando o EEESMO colaboração e assistência durante o procedimento.

Após o parto, e com o objetivo de pesquisar possíveis lesões ocorridas no momento do nascimento, era efetuada uma minuciosa observação das estruturas que constituem o canal de parto, nomeadamente, colo uterino, vagina, períneo e tecidos de suporte pélvico, e em caso de suspeita de laceração da mucosa ou esfíncter anal, era avaliada também a parede retal (toque retal).

Uma vez identificadas as estruturas lesadas e antes de se proceder à sua reparação, era explicado à mulher o procedimento, efetuada uma limpeza perineal com água destilada, avaliada a necessidade de reforço de analgesia perineal²⁵ e preparado o material necessário assegurando condições de assépsia.

A reparação de episiotomias e /ou lacerações foi efetuada por planos. Após se identificar o vértice, iniciava-se um cm acima do mesmo, uma sutura contínua da mucosa vaginal até ao anel himenial/ fúrcula. O 2º plano de sutura referia-se às fibras musculares que foram suturadas por camadas, com pontos isolados, até à aproximação do tecido celular subcutâneo. Para o encerramento da pele foi usada a técnica de sutura com pontos *Donati*.

De acordo com Graça (2005), a escolha do tipo de fio de sutura é também um fator importante a ter em atenção na reparação de episiotomias e/ou lacerações. O material de eleição é o fio de sutura de reabsorção rápida (ex.: Vicril rapid® 2/0) que diminui a dor e o desconforto no pós-parto.

²⁵ Nos casos de parturiente sem analgesia por via epidural era efetuada uma infiltração com lidocaína 2%, de acordo com o protocolo de serviço.

Quando ocorridas, as lacerações de 2º grau²⁶, foram suturadas de forma semelhante à episiotomia, por sua vez, nas de 1º grau²⁷ era realizada uma sutura contínua para aproximar suavemente os bordos.

A amamentação nos primeiros 30 a 60 minutos de vida do RN, de acordo com o preconizado pela OMS, e defendido também pela Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés – foi uma prioridade no atendimento das necessidades da puérpera e RN. Neste âmbito dos cuidados, foram concebidas, planejadas, implementadas e avaliadas intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, reconhecendo que este constitui a forma ideal de nutrição para o RN, bem como, um elemento potenciador do vínculo mãe/filho.

Tendo em conta a necessidade de manter o repouso nesta fase, a mãe foi ensinada e instruída acerca da técnica de amamentação na posição deitada²⁸ e dos sinais de uma boa pega, promovendo o apoio e o envolvimento do pai, e a interação entre o casal no processo da amamentação.

A observação e o apoio na primeira mamada revelaram-se de extrema importância, não só por se tratar, em muitas situações, da primeira experiência para a mãe, mas também pela exaustão e o desgaste físico que muitas mulheres apresentam após o TP e o parto.

Decorridas as duas horas subsequentes ao nascimento, designado período de hemóstase e de recuperação (4º estadio) e verificando-se a estabilidade da puérpera e do RN era dada por terminada a sua permanência na sala de partos.

Assim, neste momento era assumida a decisão de transferir, assegurando a transferência, garantido o bem-estar da puérpera e do RN durante o transporte. Neste sentido, procedia-se à avaliação do estado geral da puérpera - avaliação dos sinais vitais, verificação do seu estado de higiene e conforto, avaliação da coloração da pele e mucosas, da contração do útero, bem como da perda hemática vaginal após expressão uterina. Relativamente ao RN eram tidos em consideração parâmetros como o choro, a cor, a reatividade a estímulos, e a alimentação.

Verificando-se a estabilidade de ambos, e após assegurar que se encontram devidamente registadas as intervenções efetuadas, era comunicado ao Enfermeiro do serviço de internamento de Obstetrícia, via telefone, a transferência da mãe e do RN.

²⁶ Laceração que abrange as estruturas musculares do corpo do períneo.

²⁷ Laceração que se estende através da pele e das estruturas superficiais aos músculos (Lowdermilk; Perry, 2008).

²⁸ O ensino e o treino de posições alternativas para a amamentação foi efetuado no internamento após o levante, tendo em conta que a mulher nesta fase se encontrava em repouso no leito.

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008) as notas de transferência de cuidados incluíram os seguintes dados: a identidade do prestador de cuidados, o índice obstétrico, a idade, o tipo de anestesia utilizada, a medicação administrada, a duração do trabalho de parto, a hora de ruptura de membranas, se o trabalho de parto foi induzido ou não, o tipo de parto e reparação do períneo, o tipo de sangue e fator Rh, informações acerca do Estreptococos do Grupo B, o estado de imunidade em relação à rubéola, os resultados da serologia sífilis e da hepatite B, as perfusões endovenosas em curso, o estado físico no pós-parto imediato, a descrição do fundo uterino, lóquios, bexiga e períneo, a hora do nascimento, sexo e peso do RN, Índice de Apgar, o tipo de alimentação e horário da última mamada, quaisquer anomalias verificadas, e a avaliação da interação inicial dos pais e da criança.

2.3 - Aquisição e Desenvolvimento de Competências no Âmbito do Autocuidado e Preparação para a Parentalidade

Neste módulo do estágio profissionalizante, e de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), tornou-se possível a aquisição de um conjunto de competências técnico-científicas, imprescindíveis ao cuidar a mulher durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e de adaptação à parentalidade, bem como diagnosticando precocemente e prevenindo complicações.

Durante as oito semanas que constituem este módulo, foi possível colocar em prática os conhecimentos adquiridos em contexto teórico, bem como problematizar conteúdos e refletir acerca da intervenção do EEESMO neste período tão especial e simultaneamente tão complexo da vida de uma mulher/casal.

O puerpério diz respeito ao período que engloba as primeiras semanas subsequentes ao parto. A sua duração é variável de acordo com alguns autores, no entanto a maioria, bem como Graça (2005), considera-o entre quatro a seis semanas pós-parto. Este assume-se como uma fase em que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas, tendendo a voltar ao estado que a caracterizava antes da gravidez. Estas alterações implicam reorganização a vários níveis na mulher e no casal, tendo o EEESMO um papel fundamental na promoção de uma transição saudável para o papel de se tornarem pais.

Apesar de todas as mulheres apresentarem alterações anatômicas e fisiológicas semelhantes no período pós-parto, há fatores que fazem com que cada experiência seja única, nomeadamente, o tipo de parto e a duração do trabalho de parto, a presença ou não de episiotomia e/ou lacerações, a vontade de amamentar, o número de filhos... Desta forma, colheram-se dados individuais durante o processo de avaliação inicial que permitiram formular diagnósticos de enfermagem e delinear um plano de cuidados adequado a cada puérpera e recém-nascido.

A vigilância do puerpério imediato e a prestação dos primeiros cuidados ao RN é efetuada no bloco de partos, conforme anteriormente descrito. Após o período da hemóstase, a puérpera é transferida para o serviço de Obstetrícia, juntamente com o seu RN. À chegada ao serviço do puerpério foi realizado o acolhimento à mãe e ao RN, apresentado sucintamente o espaço físico e os profissionais, bem como as regras gerais de funcionamento, demonstrando disponibilidade, por forma a facilitar a sua integração e aumentar o sentido de segurança da família. Eram consultados os processos clínicos de ambos no sentido de conhecer os antecedentes pessoais relevantes da puérpera²⁹, bem como a condição do recém-nascido³⁰. Em seguida, foi realizada uma avaliação pormenorizada do estado geral da mulher, que incluiu a monitorização de sinais vitais (TA, FC, respiração, temperatura e dor), avaliação das condições do útero, vigilância da perda hemática vaginal, observação do períneo e aplicação de gelo, se necessário, observação das mamas e mamilos, e estado emocional. Em caso de cesariana, foi também foco de atenção a vigilância do penso da ferida cirúrgica, o débito urinário e a otimização da sonda vesical, bem como de perfusões de analgesia, que eventualmente ainda estejam em curso aquando da chegada do recobro.

Nas primeiras horas após o parto, as mulheres encontram-se dependentes no autocuidado higiene, pela indicação de repouso no leito associado ao risco de hipotensão e hemorragia. Durante este período foram realizados ensinamentos acerca da importância dos cuidados perineais, da muda frequente do penso higiénico, bem como da limpeza perineal para prevenir a infeção, instruções estas que eram reforçadas ao longo do todo internamento. De acordo com o protocolo do serviço, o período de repouso no leito varia de seis horas, em caso de parto via vaginal, a 12 horas em caso de cesariana. Decorrido esse período de tempo, e depois de assegurada a estabilidade hemodinâmica, através da avaliação dos sinais vitais (TA, FC,

²⁹ Antecedentes pessoais relevantes descritos no processo, como: história obstétrica, história da gravidez atual, tipo de parto, tipo de analgesia, presença de episiotomia ou lacerações, grupo sanguíneo, estado físico após o parto, contração uterina, perda sanguínea e eliminação vesical.

³⁰ Averiguar hora de nascimento, sexo, peso, índice de Apgar, ingestão nutricional – hora e características da primeira mamada.

respiração, temperatura e dor) e do estado geral da puérpera (coloração da pele e mucosas, avaliação da perda hemática vaginal) e iniciada a dieta, a puérpera era incentivada a realizar o 1º levante após o parto.

Atualmente o levante e a mobilização precoce, nas primeiras seis a oito horas após o parto, são defendidos por vários autores (Graça, 2005 e NICE, 2006) no sentido da diminuição da incidência de fenómenos tromboembólicos, de complicações vesicais, e melhoria do trânsito intestinal. Em caso de cesariana, ou em partos por via vaginal em que se mantém a necessidade de repouso no leito (hemorragia abundante pós parto, hipotensão), as puérperas eram incentivadas a realizar exercícios ativos e passivos dos membros inferiores para prevenção do tromboembolismo, como recomenda Lowdermilk e Perry (2008).

No momento do levante³¹, após a monitorização dos sinais vitais, a puérpera era assistida/supervisionada nos cuidados de higiene, de forma a prevenir o risco de queda, uma vez que são características tonturas e mal-estar provocados pelo ortostatismo e as elevadas temperaturas e humidade no chuveiro.

A eliminação urinária no pós-parto foi também um foco de atenção do EEESMO, assim sendo, e de acordo com Fraser e Cooper (2010), foi monitorizada a função urinária e avaliado o desconforto suprapúbico, no sentido de despistar uma possível retenção urinária. Os níveis de enchimento da bexiga no pós-parto podem ser variáveis, havendo vários fatores que com ele interferem, nomeadamente, a administração de doses de ocitocina pós-parto, que produzem efeito antidiurético, levando a um enchimento rápido da bexiga, por outro lado, a sensibilidade vesical e a sua capacidade em esvaziar-se espontaneamente podem estar alteradas devido ao efeito da analgesia por via epidural, por episiotomia e/ou lacerações e pelo parto instrumentado. Desta forma, a hiperdistensão da bexiga é comum no puerpério imediato.

A principal complicação da retenção urinária é a impossibilidade de uma correta e eficaz contração uterina, aumentando assim o risco de hemorragia e infeção. De acordo com NICE (2006), após um parto por via vaginal é expectável que a puérpera urine dentro de seis horas, período após o qual se deve estimular a eliminação urinária e posteriormente se ineficaz, ponderar a algaliação intermitente. Em caso de cesariana, aquando do levante, a puérpera é desalgaliada e são reforçados os ensinamentos acerca da retenção urinária.

Relativamente à prevenção da incontinência urinária pós-parto, alertaram-se as puérperas para a necessidade da execução de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico

³¹ Solicitar a mobilização dos membros inferiores, iniciar a elevação da cabeceira da cama a 45º, continuar a elevar gradualmente e assistir a puérpera a sentar-se na cama, observando a sua resposta. Ajudar a puérpera a colocar os pés no chão e a iniciar deambulação, observando o seu comportamento, valorizando sudorese, sensação de desmaio, tonturas, visão turva.

(exercícios de *Keegel*), e em caso de esta se manifestar, a necessidade de procurar ajuda especializada para o seu tratamento.

No que diz respeito à eliminação intestinal, esta pode não ocorrer de forma espontânea nos primeiros três dias após o parto, devido à diminuição do tónus muscular do intestino, à desidratação, ao jejum prolongado, à presença de episiotomia/lacerações, bem como opióides administrados para analgesia durante o trabalho de parto³². Desta forma, as puérperas foram tranquilizadas em relação às alterações do padrão de eliminação e incentivadas a manter uma ingestão hídrica adequada, uma dieta rica em fibras e a deambular no sentido de promover a primeira dejeção pós-parto. No dia da alta, caso esta ainda não se tenha verificado, eram oferecidos emolientes de fezes (duas bisnagas de Microlax®) e realizados os respetivos ensinamentos para a colocação dos mesmos, de forma a garantir que nenhuma puérpera tivesse alta clínica, sem antes o trânsito intestinal ser restabelecido. Esta situação assume primordial importância pelo risco de estar relacionada com possíveis lesões das estruturas adjacentes ao canal de parto, nomeadamente em caso de partos por via vaginal e de se verificar a presença de suturas de episiotomias e/ou lacerações extensas com atingimento da mucosa/parede do esfíncter anal (Fraser; Cooper, 2010).

No que diz respeito aos cuidados ao RN e de acordo com a dinâmica do serviço, a atuação do enfermeiro difere em função da via do parto. Assim, o RN de parto por via vaginal dá entrada no serviço juntamente com a sua mãe, sendo que, durante o período de repouso no leito (primeiras seis horas após o parto), os cuidados são assegurados pela equipa de enfermagem, relativamente ao apoio na amamentação e à muda da fralda. Aquando da chegada ao serviço, era confirmada a sua identificação através da pulseira que possuem, sendo-lhes seguidamente aplicado, num dos tornozelos, um dispositivo eletrónico em forma de pulseira, com controlo informatizado, para prevenir situações de abandono indevido/rapto no serviço, ao mesmo tempo que era explicado o procedimento à mãe. Era realizada uma observação física ao RN, nomeadamente, em relação a sinais de dificuldade respiratória, alterações da perfusão periférica tecidual, verificação da clampagem do coto umbilical para despiste de hemorragia, bem como a reatividade e a tonicidade muscular.

Por sua vez, nas situações de parto por cesariana, o RN era transferido do bloco operatório imediatamente após o nascimento e observação do neonatologista, sendo o transporte efetuado em incubadora específica (com o RN enrolado em manta aquecida). Assim,

³² Goulart e Martins, num artigo publicado em 2010 enumeram, entre outras, as seguintes medidas para prevenção e tratamento de íleo no pós-operatório: evitar jejum prolongado, promover deambulação precoce, restrição de fluidos intravenosos adequada no intra-operatório, controlo da dor com uso limitado de opióides e se necessário recurso a antagonistas dos opióides, preferir o uso de analgésicos locais. Estudos recentes demonstram que a analgesia por via epidural está associada a uma diminuição do íleo pós-operatório e a uma recuperação mais rápida.

após a chegada ao serviço, prestaram-se os cuidados mediatos. Desta forma, foi dado cumprimento à competência de assegurar a transferência e os cuidados ao RN no período imediatamente após o parto.

Após a colocação da pulseira de identificação com o nome da mãe, e do dispositivo eletrônico de segurança no RN, este é pesado e colocado sob fonte de aquecimento, de forma a prevenir a perda de calor. Esta atitude justifica-se, como referem Fraser e Cooper (2010), uma vez que o *stress* provocado pelo frio nos RN leva a um aumento do consumo de oxigénio, bem como à vasoconstrição, diminuindo a perfusão pulmonar, com consequente acidose pulmonar e angústia respiratória, diminuição das reservas de glicose, pelo que deve ser evitado. Assegurada a manutenção da temperatura corporal, e com o RN completamente seco, procedeu-se à administração profilática do colírio oftálmico – Cloranfenicol - uma gota em cada globo ocular, para prevenção da conjuntivite neonatal.

Devido ao défice de vitamina K característico da primeira semana de vida do RN, este corre risco de hemorragia e de alterações da coagulação, pelo que lhe é administrado preventivamente nas primeiras duas horas de vida, 1 mg de fitomenadiona (vitamina K), por via intramuscular na face lateral do vasto externo da perna esquerda (Lowdermilk; Perry, 2008). Neste momento, era também monitorizada a glicemia capilar, no sentido de detetar hipoglicemias precoces e averiguar a necessidade de administração de leite adaptado, ou a possibilidade de aguardar pela chegada da mãe para promover a amamentação. Durante estes procedimentos era dada a possibilidade ao pai para estar junto do RN, assim como colaborar, dentro do possível, na execução dos mesmos, no sentido de promover a vinculação.

Klauss e Kennel (1978) citados por Lowdermilk e Perry (2008), enfatizam a importância do contato próximo entre os pais e o RN nos primeiros momentos de vida, como promotor de um ótimo desenvolvimento posterior. Assim, o processo de vinculação desenvolve-se e é mantido pela proximidade e interação com o RN. Em caso de necessidade, e sob supervisão do enfermeiro, o pai tinha a oportunidade de administrar o leite adaptado ao RN enquanto aguardava pela chegada da mãe do recobro pós-cirúrgico.

No decorrer deste módulo do estágio, executou-se diariamente um conjunto de atividades de vigilância no que diz respeito à prevenção de complicações puerperais. Assim, a avaliação da posição, a consistência e a involução do útero após o parto, assumem-se como vigilâncias fundamentais, bem como a realização de ensinamentos à puérpera acerca do processo de involução uterina, de causas e riscos de atonia uterina, sinais e sintomas de alerta.

A involução uterina inicia-se após a saída da placenta, com a contração do miométrio, sendo que após 12 horas pode estar aproximadamente a um cm acima do umbigo, e ao 10º dia

ao nível da sínfise púbica (Lowdermilk; Perry, 2008). No sentido de potenciar a involução uterina e a expulsão de possíveis coágulos, a puérpera era instruída a realizar uma massagem suave do fundo do útero em direção à vagina, até este se encontrar contraído e posicionado a nível infra umbilical. As causas mais frequentes de sub-involução uterina são a retenção de fragmentos placentares e a infeção.

A observação da evolução e características dos lóquios (cor, quantidade e cheiro) foi igualmente importante no despiste de complicações como a atonia uterina, a retenção de restos placentares, as hemorragias decorrentes de eventuais lacerações vaginais ou cervicais não suturadas. Nos primeiros dias após o parto importa avaliar a perda sanguínea, a partir do 4º/5º dia o objetivo é despistar sinais de infeção.

Os primeiros lóquios (rubros) são constituídos por células epiteliais, hemácias, leucócitos e decídua, surgem nas primeiras horas após o parto como uma coloração vermelho vivo e em quantidade mais abundante, semelhante a um forte período menstrual. Após três a quatro dias tornam-se serosos (secreção rósea/acastanhada) e são constituídos por decídua, hemácias, leucócitos, muco cervical e microrganismos. Por volta do 10º dia surgem os lóquios claros (alba), secreção incolor/amarelada constituída por leucócitos, decídua, células epiteliais, gordura, muco cervical, cristais de colesterol e bactérias, e podem manter-se até à 3ª semana após o parto. Normalmente, os lóquios têm cheiro semelhante ao período menstrual, sendo que odor desagradável/fétido pode ser indicador de infeção. As puérperas foram também alertadas para o aumento normal do fluxo dos lóquios aquando da deambulação ou da amamentação, o qual não deve ser confundido com hemorragia.

Os cuidados relativos à ferida perineal eram reforçados aquando da vigilância da mesma, sendo as puérperas aconselhadas a efetuar uma cuidada limpeza da zona perineal, no sentido vagina-ânus, aquando da ida ao WC, e a muda frequente do penso higiénico, tentando manter o local o mais seco e limpo possível, não sendo necessário remover o material de sutura. As puérperas foram ainda instruídas e alertadas para a vigilância de sinais de infeção local, nomeadamente: dor, rubor, calor local, aumento da temperatura corporal e serosidade purulenta, que caso presentes após a alta, serão motivo para recorrer ao serviço de urgência.

Em caso de cesariana, o penso à ferida cirúrgica abdominal era efetuado no dia da alta, ou antes se necessário, e reforçados os ensinamentos relativamente aos cuidados a ter, nomeadamente manter o penso limpo e seco e evitar esforços até remover o material de sutura, dentro de aproximadamente oito dias. Relativamente aos partos por cesariana, a dor no local da ferida cirúrgica é por vezes exacerbada pela flatulência característica, o que pode dificultar o levantar e a capacidade da puérpera cuidar do RN. Assim, teve-se o papel fundamental de

promover o alívio da dor, de forma a potenciar o bem-estar da puérpera, através da gestão da administração de analgésicos e anti-inflamatórios prescritos.

De acordo com Troy (2003) citado por Lowdermilk e Perry (2008) a fadiga e o sentimento de exaustão após o parto são também característicos, sendo variáveis em função do tipo e duração do parto, grau de anemia, amamentação e componentes psicológicas relacionadas com a ansiedade e depressão. Foi importante alertar a puérpera para a necessidade de rentabilizar o tempo que o RN dorme, para que ela própria pudesse também repousar. Medidas como diminuir a incidência da luz e do som na enfermaria, otimizar a posição de amamentação e de repouso no leito, incentivar o companheiro a massajar as costas e a redução do número de visitas, foram colocadas em prática, no sentido de satisfazer as necessidades da mulher relativamente ao padrão de sono e repouso.

Para além da fadiga após o nascimento, surgem frequentemente outros sintomas, como a labilidade emocional, o choro fácil, a inquietação, a insónia, a ansiedade, as cefaleias, a tristeza, a irritabilidade, o comportamento hostil para com os familiares e raiva que caracterizam o chamado *Blues puerperal*. Este transtorno, também denominado disforia pós-parto que afeta cerca de 50 a 80% das mulheres nos primeiros dias após o parto atinge um pico entre o 4º/5º dia e tem remissão espontânea, no máximo, após duas semanas (Beeber, 2002 cit. por Lowdermilk; Perry, 2008). Apesar de a gestação ser tipicamente considerada um período de bem-estar emocional e de se esperar que a chegada da maternidade seja um momento jubiloso na vida da mulher, o período perinatal não a protege dos transtornos do humor. Durante a gravidez os níveis de estrogénio e progesterona encontram-se acima do habitual, a sua queda abrupta no período após o parto pode estar relacionada com os processos depressivos característicos desta fase (Camacho [et al.] 2006). Neste período de vulnerabilidade física e emocional, teve-se em atenção os primeiros sintomas, no sentido de esclarecer a puérpera que se trata de uma situação fisiológica e de curta duração de adaptação às novas responsabilidades parentais, tendo sido sugeridas algumas estratégias para lidar com a situação, nomeadamente assegurar períodos de descanso frequentes, o uso de técnicas de relaxamento, e planejar um dia fora de casa.

Embora a maioria destas situações seja ligeira e transitória, outras culminam, a longo prazo, numa depressão pós-parto, pelo que foi essencial envolver as famílias e incentivar os casais a relatar os primeiros sintomas depressivos, bem como identificar os principais fatores de risco: baixa autoestima, falta de suporte social, *stress*, relação conjugal problemática, RN com temperamento difícil, mães solteiras e com baixa condição socioeconómica e gravidez não planeada/vigiada.

Foram também alvo de atenção durante este estágio, situações de potencial risco social, nomeadamente puérperas adolescentes, mães solteiras, com história de abuso de substâncias, mães cujos filhos anteriores lhes foram retirados pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), com conseqüente encaminhamento para a Assistente Social.

Neste âmbito, vivenciou-se uma situação, particularmente marcante, de uma utente de 20 anos de idade, que negligenciou a gravidez, referindo desconhecer o outro progenitor e a idade gestacional, manifestando vontade de doar o RN para adoção ainda na sala de partos, recusando vê-lo ao nascer, situação que foi imediatamente encaminhada para o Serviço Social com acompanhamento da CPCJ, ficando o RN internado no serviço de Neonatologia. Durante a sua permanência no serviço mostrou-se pouco comunicativa e renitente aos cuidados, sendo difícil estabelecer uma relação de ajuda. Nesta situação foi evidente a recusa da gravidez e da adaptação à parentalidade, negando estabelecer qualquer vínculo com o RN.

A parentalidade descreve-se como um processo de adaptação e transição de papéis com início durante a gravidez e que termina no momento em que os pais desenvolvam sentimentos de conforto/ confiança no desempenho desses papéis (Lowdermilk; Perry, 2008).

A observação e a avaliação de comportamentos que se pensa serem indicadores de laços emocionais entre pais e RN foi também uma área de atenção. O alargado horário de visita para o pai, o alojamento conjunto de mãe e RN, bem como a amamentação são fatores facilitadores do apego/ vinculação e de uma favorável adaptação à parentalidade, comprovados por interações positivas e manifestações de prazer por parte dos pais ao cuidar do RN.

Por outro lado, situações de desinteresse, com escassa interação entre pais e RN e desagrado com as tarefas relacionadas com o RN, requerem especial atenção, pois indicam dificuldades da adaptação à parentalidade, sendo necessário averiguar se se trata apenas de sentimentos característicos do *Blues pós-parto* ou de um processo mais grave. Assim, a intervenção centrou-se no apoio ao desenvolvimento de competências parentais por parte destas puérperas e encaminhamento da situação para o serviço social, que diligencia uma avaliação do suporte socio-económico-familiar para a puérpera e RN, sendo por vezes necessário protelar a alta até estarem asseguradas todas as condições.

Durante o internamento no serviço de puerpério, as funções e competências foram para além do executar, consistiram nomeadamente em ensinar, encorajar e apoiar o casal no período pós-parto, no sentido de promover a autoeficácia enquanto pais nos cuidados ao RN. Desta forma, este período assumiu-se como um momento fulcral para abordar/reforçar uma série de informações relacionadas com o cuidar ao RN, nomeadamente o banho e os cuidados à pele e

ao coto umbilical, alimentação, sono e repouso, desenvolvimento infantil, teste do pézinho, vacinação e seguimento pós a alta.

O momento do banho do bebê é considerado por muitos pais um momento especial de interação e vinculação, enquanto dão banho ao bebê os pais podem falar, acariciar e estimular expressões faciais e sorrisos. Por uma questão de rotina do serviço, o banho ao RN era dado no turno da manhã, em dias alternados, sendo efetuado pela enfermeira, em forma de ensino demonstrativo e interativo, dando oportunidade aos pais para esclarecer as suas dúvidas. Foi fomentada a presença do pai no momento do ensino do banho, não só pela sua importância na interação com o RN, mas também por se reconhecer a incapacidade que por vezes algumas mães apresentam em absorver toda a informação, quer pelo seu estado físico ainda debilitado, quer pelas características alterações emocionais do período pós-parto.

Assim sendo, neste momento, eram abordados assuntos como as características dos produtos recomendados na higiene do RN, a frequência do banho e da muda da fralda, características das fezes e aplicação do creme barreira, os cuidados ao coto umbilical e os sinais de alerta, o cuidar das unhas, cuidados com roupa do RN.

No que diz respeito aos cuidados de higiene ao RN, a OMS recomenda que o primeiro banho seja dado apenas seis horas após o parto, devido ao risco de hipotermia durante e após o banho. Devido às múltiplas opções existentes atualmente no mercado da cosmética neonatal e infantil, torna-se difícil para os pais a escolha do produto para o banho, sendo este assunto muitas vezes objeto de dúvidas.

A frequência do banho e os produtos a utilizar têm sido alvo de vários estudos, no sentido de evitar agressões para a barreira da pele do RN. De acordo com Fernandes; Machado; Oliveira (2011) são recomendados dois banhos por semana, sendo os emolientes, os óleos naturais e os *syndets* (sabão sem sabão) opções possíveis para o momento do banho. Os mesmos autores referem que o produto de limpeza ideal deve ser líquido, suave, sem sabão, sem cheiro, sem parabens, com pH neutro ou ligeiramente ácido, que não irrite a pele nem os olhos de RN, e que não altere o manto ácido protetor da superfície cutânea. 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 cabelo, no entanto se usado, o champô deve ser suave, levemente detergente, com pH próximo do da lágrima, não provocar ardência nem irritação na pele e nos olhos. A temática do banho e os cuidados com a pele do RN serão explorados no capítulo quatro, como foco da revisão integrativa da literatura.

A higiene da área da fralda deve ser feita com água morna e compressas/algodão, em caso de presença de fezes pode ser associado um produto de limpeza usado no banho. As

vulgares toalhas apesar de serem práticas e de cheiro agradável devem ter um uso restrito, pois tem risco de remover o filtro lipídico da pele e causar sensibilização. As puérperas eram também informadas que em bebês com pele normal, o uso de cremes barreira por rotina para prevenir a dermatite da área da fralda é desnecessário, pois têm um potencial risco de causar sensibilização da pele, irritação e/ou toxicidade cutânea.

Outro assunto que pode provocar alguma ansiedade aos pais é o cuidar do coto umbilical. A partir do momento em que o cordão umbilical é cortado, logo após o nascimento, este começa a secar e a endurecer alterando a sua cor, que passa gradualmente de esbranquiçada/amarelada para preta. Este processo de mumificação prolonga-se por um período variável entre os cinco e os 15 dias, altura em que cai espontaneamente. Durante este processo é essencial que seja devidamente limpo no sentido de evitar infeções (onfalite). Assim sendo, os pais eram aconselhados e instruídos a realizar a limpeza cuidada do coto umbilical, 3 vezes por dia, no momento da muda da fralda, com água e sabão, e alertados para os sinais de infeção: rubor, secreção esverdeada e com cheiro intenso, ou febre, sendo este um motivo para a procura de ajuda clínica.

No que diz respeito às alterações dos padrões do sono e repouso do RN, era explicado aos pais que muitas vezes são acompanhadas por períodos de choro prolongados relacionados com as cólicas características dos primeiros três meses. O choro é uma das primeiras formas de comunicação do RN, mas também uma das principais dores de cabeça dos pais! Desta forma, foi fundamental descartar as várias causas do choro do bebé (fome, necessidade de eructar, fralda molhada, sensação de calor ou frio, cólica ou cansaço) e ensinar aos pais estratégias para o acalmar, nomeadamente a técnica dos 5S do famoso Pediatra Americano Harvey Karp³³ (Swaddling, Side stomach position, Shushing sounds, Swinging e Sucking).

Os pais foram também instruídos acerca das posições para colocar o RN a eructar e a dormir, e a técnica da massagem de alívio das cólicas.

Relativamente ao Teste do Pézinho, também designado por Diagnóstico Precoce (rastreamento de várias doenças metabólicas), os pais eram elucidados para a sua realização junto da Enfermeira do Centro de Saúde, entre o 3º e o 6º dia de vida, sendo que, em caso de permanência no serviço até essa data, o mesmo seria efetuado no serviço.

O plano nacional de vacinação é também iniciado ainda no internamento, com a administração da BCG (vacina contra a tuberculose) e da 1ª dose da HVB (vacina contra a

³³ Harvey Karp Neil, nascido em 1951, é um reputado Pediatra Americano, especialista em desenvolvimento infantil, mais conhecido pelas técnicas que desenvolveu e popularizou para acalmar bebês. É o autor de dois livros, *The Happiest Baby on the Block*, publicado em 2002, e sua sequência de 2004 - *The Happiest Toddler on the Block*.

hepatite B), sendo dadas as informações relativas a ambas as vacinas e à continuidade da vacinação nos cuidados de saúde primários.

Uma outra área de intervenção do EEESMO é a promoção da amamentação. A OMS à semelhança da APA (Academia Americana de Pediatria) preconiza o aleitamento materno exclusivo até aos primeiros seis meses de vida do bebé, sendo posteriormente introduzidos de forma gradual os novos alimentos. Hoje em dia, os benefícios do leite materno são mais do que reconhecidos e são diversas as estratégias de prolongar esta forma de alimentar os bebés até cada vez mais tarde.

Durante este estágio foi muito importante a promoção da amamentação, fomentando sentimentos de competência e de confiança nas mães que amamentam e reforçando e valorizando o seu comportamento promotor de saúde e bem-estar do seu filho.

De acordo com Pereira (2006), a amamentação é uma fase da vida da mulher, tal como a gravidez, implica uma vigilância da saúde e um apoio constante, sendo fundamental a formação/informação dos profissionais da saúde, dos pais, família, entidade patronal e até governantes. Existem vários fatores que podem ser determinantes para o sucesso do aleitamento materno, antes e após o parto. A decisão de amamentar é sem dúvida o primeiro requisito para o sucesso do aleitamento, sendo que habitualmente é influenciada por questões de várias índoles: pessoais, familiares, sociais, culturais, económicas e políticas.

Aos profissionais da saúde compete garantir a tomada de decisão fundamentada numa informação correta e adequada, bem como desmistificar conceitos e esclarecer dúvidas e mitos, para que a mulher/casal possam decidir baseados em informação científica e atualizada.

No âmbito da promoção da saúde com o objetivo de aumentar as taxas de aleitamento materno, em 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), lançaram um programa mundial de promoção do aleitamento materno intitulado Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB) internacionalmente conhecido como Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI).

Esta iniciativa foi decidida com base nos resultados da investigação científica que aponta os benefícios do aleitamento materno para a saúde da criança e da mãe, e direciona-se ao momento mais crítico para o sucesso da amamentação: o período de internamento pós-parto.

A Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés pretende promover a adoção dos "*Dez passos para o sucesso do aleitamento materno*". No sentido de dar cumprimento a estas disposições durante este estágio foram direcionados cuidados de enfermagem no âmbito do informar a mulher sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno, como amamentar e como

manter a lactação em caso de não alojamento conjunto ³⁴, oferecer leite adaptado ou outro líquido ao RN apenas com indicação clínica, encorajar o aleitamento materno em horário livre (livre demanda), assegurar alojamento conjunto, evitar o uso de chupetas e mamilos artificiais a bebês amamentados, substituir o uso de biberão pelo copo, por forma a evitar a confusão de mamilos e a consequente dificuldade em pegar na mama, uma vez que a amamentação e a alimentação por tetina exigem capacidades diferentes.

Sendo a pega uma das principais dificuldades das mães e o principal fator de desmame precoce, segundo alguns estudos, foi fundamental assistir e apoiar a mamada durante o internamento, de forma a instruir e treinar as mães acerca da correta adaptação do RN à mama. Assim, assegurar o posicionamento adequado e o mais confortável possível para a mãe e para o bebé é fundamental, independentemente da posição ³⁵ escolhida.

No apoio à mamada, o bebé era colocado ao nível da mama, virado completamente de lado, de frente para a mãe de modo a que os dois fiquem “abdómen com abdómen”, a boca fica exatamente em frente ao mamilo, mantendo um alinhamento ao longo de todo o corpo do bebé. Seguidamente foi explicado à mãe que pode ser útil espremer manualmente umas gotas de colostro e espalhar sobre o mamilo para o lubrificar e estimular o bebé a abrir a boca e a sentir o sabor do leite. Para facilitar a adaptação, a mãe deve segurar a mama com a sua mão em forma de C, pressionando-a levemente, ao tocar com o mamilo no lábio inferior do bebé, vai estimular o reflexo de procura.

De acordo com Pereira (2006), a utilização dos lábios durante a mamada é o fator mais importante na pega, pelo que exigiu especial atenção. O bebé utiliza a pressão negativa intrabucal para introduzir corretamente o mamilo para o interior da sua boca, os lábios e a língua também ajudam neste processo, promovendo um abrangimento de praticamente toda a areola mamária. O lábio superior é o principal responsável pela pega, pois promove o fecho ativo da boca, a língua e a mandíbula através dos seus movimentos e com a ajuda da pressão negativa intrabucal, mantêm a preensão do mamilo. Assim, as mães foram instruídas relativamente a estes aspetos importantes de uma pega correta, sendo-lhes também referido que as bochechas e o queixo do bebé devem tocar a sua mama, não sendo necessário pressionar o tecido mamário à volta do nariz do bebé, uma vez que este possui reflexos inatos para afastar a cabeça para respirar em caso de necessidade.

³⁴ Em caso de internamento do RN na Neonatologia as mães eram informadas/instruídas acerca da extração e conservação do leite materno.

³⁵ Existem quatro posições básicas para o aleitamento materno: a de segurar o bebé em bola de rãguebi, a de embalar, a de embalar modificada e a de decúbito lateral (Lowdermilk; Perry, 2008).

Foi também explicado às mães, que quando os bebês estão bem adaptados à mama e têm uma sucção adequada, elas sentirão uma firme tração no mamilo, conforme o bebê suga as bochechas ficam arredondadas, a mandíbula do RN desliza suavemente com a sucção e a deglutição é audível. Sempre que os sinais de uma boa pega e sucção adequada não estiverem presentes, as mães foram instruídas a retirar a mama e iniciar uma nova tentativa. A retirada do mamilo da boca do RN deve ser feita interrompendo a sucção, através da introdução do dedo mínimo no canto da boca do bebê, entre as gengivas, até que o mamilo esteja completamente fora da boca, de forma a prevenir a lesão mamilar (Pereira, 2006).

O estado de alerta do RN também se mostrou ser um fator condicionante da sua adaptação à mama, em bebês sonolentos ou agitados as tentativas para a amamentação podem falhar. Assim, as mães foram instruídas a acordar os bebês antes da mamada, mudar a fralda e se necessário despir a primeira camada de roupa, sentá-lo, falar com ele, massajar suavemente o peito ou as costas, de forma a despertá-lo. Em caso de agitação, o bebê deve ser consolado, falando com ele calmamente e permitindo que sugue um dedo limpo até que esteja suficientemente calmo para pegar na mama (Lowdermilk; Perry, 2008).

Relativamente à duração das mamadas e à utilização de uma ou das duas mamas, as puérperas eram aconselhadas a permitir que o RN fosse alimentado quando tivesse fome (horário livre), e que esvazie uma mama até ao fim, ou seja, até o RN parar espontaneamente de mamar ou quando a mama se apresenta mais mole, e se necessário oferecer a outra, sendo que na mamada seguinte deve iniciar pela mama mais cheia. Este ensinamento justifica-se pelo fato de o leite anterior ser mais rico em proteínas e glicose, possuir um sabor mais adocicado, favorecendo a pega, que por seu lado favorece o início da expressão de leite. À medida que o bebê continua a mamar o leite vai sendo mais consistente e mais rico em gordura (leite posterior). A digestão da gordura é mais lenta, deixando o bebê mais saciado e por mais tempo, diminui a probabilidade de aparecimento de cólicas, porque o leite no final tem menos lactose, cuja fermentação produz gases no intestino, e é este que permite que o RN aumente de peso (Pereira 2006).

Era também explicado às mães que no início da amamentação é natural que surjam dificuldades, principalmente nas primeiras semanas e em caso de estarem a amamentar pela primeira vez. Assim, tornou-se fundamental fomentar nas puérperas sentimentos agradáveis e de confiança na sua capacidade de amamentar e a convicção de que o seu leite é o melhor para o seu bebê, sendo que à medida que o tempo passa a sua sensação de autoeficácia será maior.

Complicações como ingurgitamento mamário, a maceração e as fissuras mamilares foram as mais frequentemente observadas.

O ingurgitamento mamário acontece habitualmente entre o 3º e o 5º dia após o parto com a descida do leite e tem a duração de 24 horas, as mamas ficam firmes, tensas e quentes, e podem parecer brilhantes e sob tensão. Pode ocorrer como resultado de esvaziamento mamário pouco frequente ou ineficaz. Este processo acontece maioritariamente após a alta hospitalar, pelo que é importante informar, ensinar e instruir as puérperas para lidar com esta situação. As orientações dadas foram: reduzir o intervalo entre as mamadas (duas horas), devendo o bebé mamar pelo menos 15 a 20 minutos em cada mama, ou até que esta fique flácida, pode também ser removido o excesso de leite por extração manual ou por bomba no sentido de reduzir o desconforto, um duche morno antes da mamada, massajando as mamas ou a aplicação de compressas quentes ajuda no relaxamento, ficando a mama mais mole e permitindo a saída do leite e a pega mais fácil, a aplicação de compressas frias após a mamada pode reduzir o edema, a vasculite e a dor.

Outra complicação relativamente frequente é a dor mamilar e conseqüente maceração e fissura, sendo muitas vezes resultante de posicionamento incorreto ou má pega e sucção inadequada. As medidas de prevenção e tratamento ensinadas às puérperas incluíram: assegurar a posição correta do RN durante a mamada e uma boa pega, higiene adequada das mamas, aplicação de gotas de leite no mamilo ou creme à base de lanolina no fim de cada mamada e deixar secar ao ar, de forma a promover a cicatrização, as conchas usadas por dentro do soutien podem ser uma opção agradável, uma vez que permitem a circulação de ar enquanto está vestida. Nos casos em que os mamilos se encontram muito dolorosos e as mães não toleram a amamentação, pode ser necessário o uso de bomba elétrica temporariamente de forma a permitir o início da cicatrização mamilar para posteriormente se reiniciar a amamentação.

As puérperas foram também informadas acerca do reconhecimento dos sinais/sintomas de mastite (dor e tensão mamária, febre, arrepios, calor e rubor em parte da mama), e a contactar imediatamente o médico caso se manifestem. Sendo uma situação menos frequente, mas que requer tratamento antibiótico, é essencial o reconhecimento e o tratamento precoce.

O plano de alta começa no momento da admissão de cada puérpera no serviço, pelo que, ao longo do internamento foram planeados e implementados cuidados de enfermagem de orientação para a alta, nomeadamente no que diz respeito a: atividade sexual, contraceção, nutrição, exercício físico, consultas de acompanhamento da mãe e do bebé.

De acordo com as orientações da DGS (2008) em relação à “Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar” as vantagens do espaçamento das gravidezes e a necessidade do uso de contraceção no pós-parto, devem ser discutidas durante a vigilância pré-natal e reforçadas no

puerpério. A retoma da atividade sexual e da contraceção no pós-parto é um assunto ainda *tabu*, que por vezes provoca alguma ansiedade nos casais, pelo que foi importante a sua abordagem durante o internamento. Assim, e no sentido de promover a vivência da sexualidade de uma forma saudável e segura, os casais foram informados acerca da importância do controlo da fertilidade antes de iniciarem a atividade sexual.

A escolha do método contraceptivo no pós-parto deve ter em conta não só o retorno à fertilidade e o processo fisiológico do puerpério, mas também se a mulher está a amamentar em exclusivo ou não, e as expectativas do casal quanto ao recomeço das relações sexuais. Nas mulheres que não amamentam o retorno à fertilidade (ovulação) ocorre cerca de quatro semanas após o parto (DGS, 2008). Do ponto de vista físico a mulher pode retomar a atividade sexual quando a hemorragia terminar e a ferida perineal se encontrar cicatrizada, por volta das quatro a seis semanas após o parto.

As puérperas foram ainda alertadas que a utilização da amamentação exclusiva como método contraceptivo temporário³⁶ requer a concomitância de três condições: mamadas diurnas e noturnas com intervalos não superiores a seis horas, manutenção da amenorreia, e ainda bebés com idade inferior a seis meses de idade, pelo que deve ser usado com cautela e em caso de falha de um dos três fatores, iniciar de imediato outro método.

Para além se ser discutido com os casais um conjunto de informações acerca dos métodos contraceptivos adequados a esta fase, estes foram também alertados para as alterações que ocorrem no puerpério. Nos primeiros seis meses após o parto pode haver uma diminuição da lubrificação vaginal, pelo que as puérperas foram aconselhadas a usar um gel lubrificante à base de água, caso sintam desconforto durante a relação sexual.

Foi ainda lembrada a importância da realização dos exercícios de Kegel, no sentido de fortalecer os músculos pubococcígeos, os quais estão associados ao funcionamento da bexiga e dos intestinos, mas também às sensações vaginais durante o coito (NICE, 2006; Lowdermilk; Perry, 2008).

As vitaminas pré-natais e o ferro são frequentemente mantidos até às seis semanas após o parto, segundo indicação do obstetra. Puérperas submetidas a cesarianas podem necessitar de medicação analgésica e anti-inflamatória, pelo que foram alertadas para a via, dose e frequência de administração da medicação prescrita.

No momento da alta, os casais foram também alertados para a importância de recorrer à consulta de revisão do puerpério entre as quatro e as seis semanas após o parto, à primeira

³⁶ Método contraceptivo temporário baseado no efeito natural da amamentação sobre a fertilidade. A ovulação é inibida pelos picos de prolactina que se mantêm quando a amamentação é frequente e com intervalos curtos (DGS, 2008).

consulta com o Pediatra, que deve acontecer aos 15 dias de vida do RN, bem como a realização do teste do pézinho entre o 3º e o 6º dia e o consequente agendamento do calendário de vacinação. Para esclarecimento de qualquer dúvida ou situações de dificuldade foi-lhes facultado o número de acesso direto ao Serviço de Obstetrícia disponível 24 horas, e orientadas a recorrer aos Cuidados de Saúde Primários.

Em relação à Legislação acerca dos Direitos de Proteção da Maternidade e Paternidade, os casais foram informados e encaminhados ao gabinete do Registo Civil existente no serviço, e à repartição da Segurança Social, bem como fornecido site oficial na internet para consulta de documentação.

2.4 - Outras Atividades

Ao longo deste estágio foram desenvolvidas atividades de colaboração com os profissionais dos respetivos serviços, com vista a usufruir do maior número de oportunidades de aprendizagem possível.

Assim, na sala de partos, sob orientação da Enfermeira Chefe e em colaboração com os Enfermeiros da equipa, procedeu-se à reformulação de norma de visitas do serviço, o que permitiu refletir sobre o funcionamento do mesmo. Foi também elaborado e apresentado à equipa de Enfermagem um trabalho de investigação sobre a temática “A clampagem do cordão umbilical: precoce ou tardia?”. Este trabalho revelou-se muito profícuo, uma vez que, além de permitir recontextualizar conhecimentos, motivou a reflexão dos membros da equipa acerca das suas práticas e estimulou a incorporação das evidências científicas recentes na prática clínica do EEESMO.

3. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

A realização deste estágio profissionalizante surgiu como parte integrante do plano curricular do MESMO e no sentido de dar cumprimento à Diretiva 2005/CE/36 do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, transposta para direito interno, Artigo nº 37 de Decreto-Lei nº 16/2009 de 4 de Março, para a obtenção do título de Enfermeira Especialista.

A primeira parte do presente relatório fez referência às atividades desenvolvidas durante o estágio de cariz profissional, o qual visou a aquisição e o desenvolvimento de competências no contexto da prática clínica, e a recontextualização e a mobilização de conhecimentos teóricos adquiridos, de forma a impulsionar uma prática especializada no acompanhamento da mulher com gravidez com complicações, em TP ou no período pós-parto.

Assim, o desenvolvimento do estágio proporcionou uma reflexão sobre as situações vivenciadas, significativas e potenciadoras do desenvolvimento de competências, bem como acerca das práticas diárias, impulsionando a busca constante de conhecimento, baseado em evidências científicas recentes.

Findo o referido estágio considera-se que as competências necessárias à prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez, TP e pós-parto foram adquiridas, tal como preconiza a Ordem dos Enfermeiros. Por outro lado, foi também cumprida a exigência quantitativa em termos de experiências mínimas imposta pela Diretiva 2005/CE/36, as quais se expõem nas figuras 1,2 e 3, que representam o número de grávidas vigiadas, com ou sem gravidez de risco, o número de partos realizados, e o número de puérperas e RN alvo de cuidados e vigilância, respetivamente.

Figura 1 – Número de grávidas alvo de cuidados e vigilância.

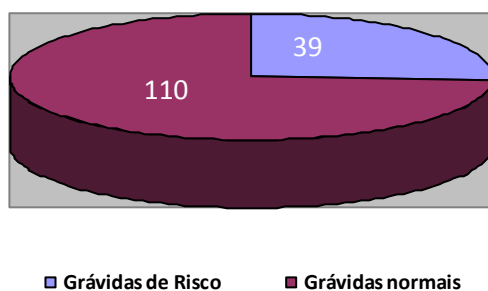


Figura 2 – Número de puérperas e RN alvo de cuidados e vigilância.

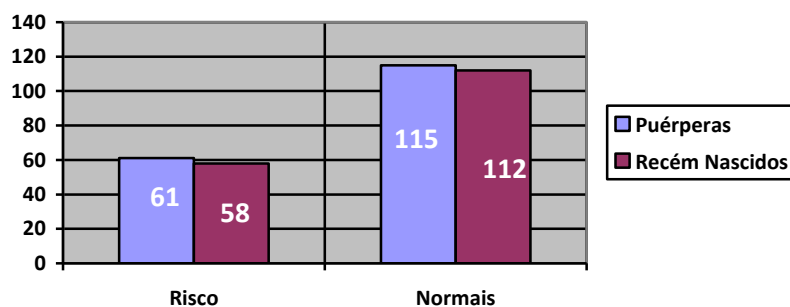
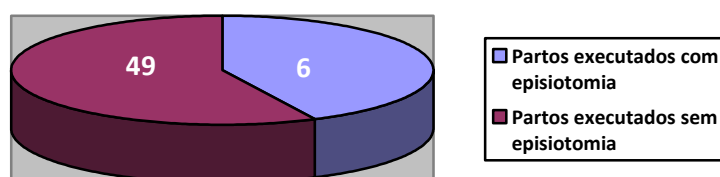


Figura 3 – Número de partos realizados.



Na segunda parte deste relatório, é explorada uma temática de interesse para a prática do EEESMO - o banho e os cuidados com a pele do RN - a qual permitiu o desenvolvimento de competências na área da investigação, bem como contribuiu para o enriquecimento do estágio, na medida em que foram incorporados nos cuidados ao RN, conhecimentos provenientes do

estudo efetuado, promovendo práticas emancipatórias nos cuidados de enfermagem na área de saúde materna e obstétrica.

Estas práticas desenvolvidas ao longo do estágio, bem como a realização deste relatório, foram fundamentados por pesquisa bibliográfica constante em várias áreas do conhecimento nomeadamente da Enfermagem, Obstetrícia, Pediatria, Dermatologia, Fisiologia, Bioquímica, Patologia, Farmacologia, Psicologia e Sociologia da gravidez e da maternidade, entre outras, o que, apesar de se ter revelado muito exaustivo, foi igualmente compensador e valioso, pois concretizou um aumento do leque de saberes e competências adquiridas, bem como estimulou a busca do conhecimento em Enfermagem.

Considera-se assim, que a realização deste estágio profissionalizante e consequente relatório, não se tornaram apenas o cumprimento de uma exigência de carácter académico, mas contribuíram também, e de forma significativa, para a formação de um corpo de conhecimentos vasto e desenvolvimento do pensamento crítico, da autonomia e da maturidade profissional. A orientação e o acompanhamento constantes de uma EEESMO ao longo de todos os módulos do estágio foi essencial e teve, certamente, um carácter coadjuvante na construção da própria identidade enquanto profissional e futura EEESMO.

Ao longo do estágio, as principais dificuldades sentidas disseram respeito ao módulo TP e parto, pelo reduzido número de experiências que inicialmente se teve oportunidade de contactar, porém, e com o desenrolar do estágio, o número de partos efetuados foi, não só atingido, como superado.

Em suma, e relembando os objetivos inicialmente delineados para este estágio de natureza profissional, pode considerar-se que foram atingidas as competências definidas como essenciais ao desempenho de cuidados especializados à mulher e família durante a gravidez, TP e puerpério. O estágio foi pautado por uma participação ativa e assídua, demonstrando disponibilidade e interesse no desenvolvimento de atividades inerentes a cada um dos serviços que dele fizeram parte.

4. O BANHO DO RN E O CUIDADO COM A PELE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Esta revisão integrativa da literatura surge no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, no sentido de dar resposta ao objetivo de mobilizar os conhecimentos teóricos assentes na prática baseada em recentes evidências científicas. Assim, problematizou-se uma temática de interesse pessoal – o banho e os cuidados à pele do RN - que se entende contribuir para a prática de um cuidar de excelência por parte do EEESMO.

4.1- Introdução ao Problema

O banho é uma prática necessária para manter a higiene, mas também uma experiência prazerosa que permite uma interação benéfica tátil entre a criança e seus pais, melhorando o vínculo entre ambos (Lowdermilk; Perry, 2008). Vários autores afirmam que o banho não é uma necessidade fisiológica diária do RN, no entanto pode constituir um ritual de prazer, variando a sua frequência também em função de aspetos culturais de cada país/região (Fernandes; Machado; Oliveira; 2011; Dyer, 2013; Afsar, 2009; Blume-Peytavi [et al.] 2009). Assim sendo, torna-se essencial perceber que implicações cutâneas pode trazer este ritual, percebendo as características e as particularidades da pele nesta fase de vida.

Com o nascimento e a passagem para o meio extrauterino, o RN é exposto a uma transição súbita do ambiente líquido do útero para uma atmosfera seca, com variações de temperatura e de humidade, e repleta de microrganismos, sendo a sua pele inevitavelmente impelida a reforçar a sua função de barreira, subdesenvolvidas in útero (Dyer, 2013).

Esta função de barreira cutânea assegurada pela pele inicia-se in útero e continua a desenvolver-se até aos 12 meses após o nascimento, sendo submetida a um progressivo processo de adaptação ao ambiente extrauterino (Fernandes; Machado; Oliveira, 2011).

A pele é um órgão de importância fundamental para o RN, uma vez que, para além de promover a função de barreira cutânea, confere proteção mecânica, termorregulação e previne a perda insensível de fluidos corporais.

Comparativamente com a dos adultos, a pele do RN, caracteriza-se por ser fina, sensível e frágil, com um pH tendencialmente neutro, o que reduz significativamente o seu efeito protetor contra microrganismos (Lund [et al.] 2001 cit. por Fernandes; Machado; Oliveira, 2011). Os lípidos epidérmicos, importantes na manutenção da integridade da pele e na função barreira, encontram-se também reduzidos nos RN devido à baixa atividade das glândulas sebáceas. A espessura da camada córnea é menor, assim como o seu poder tampão (maior permeabilidade), a maior relação superfície/volume corporal que apresenta implica uma menor capacidade de manter a homeostasia e uma maior absorção cutânea (Afsar, 2009).

Como a barreira epidérmica do RN é imatura, e a permeabilidade cutânea elevada, principalmente nos primeiros 15 dias de vida, expõe o RN a um risco aumentado de toxicidade sistémica por absorção cutânea de agentes externos potencialmente prejudiciais (Fernandes; Machado; Oliveira, 2011).

Sendo o funcionamento eficaz da pele de vital importância para o RN, torna-se fundamental otimizar os cuidados à mesma no sentido de minimizar a morbidade associada à imaturidade da barreira cutânea.

Assim, após o nascimento, e como parte integrante dos cuidados desenvolvidos pelo EEESMO durante o internamento de Obstetrícia, foi de primordial importância o apoio ao casal nos cuidados relativos à pele do RN. Este tema é frequentemente alvo de dúvida por parte dos pais, muito à custa da panóplia de alternativas existentes no mercado da cosmética infantil, assumindo o EEESMO um papel fundamental no ensino e aconselhamento aos pais, no sentido de prevenir complicações para a saúde do RN.

A necessidade de explorar esta temática surgiu exatamente desta constatação, bem como da ambição de aumentar o leque de conhecimentos, no sentido de prestar cuidados condizentes com a evidência científica. Assim, à medida que surgia o interesse pelo tema, afloravam também questões às quais se procurou responder ao longo da execução desta revisão. Haverá necessidade de aconselhar o banho diário aos pais? Com que frequência eles o deverão fazer no 1º mês de vida? Deverão os pais utilizar sabonete, gel de banho ou óleo no momento do banho? Que propriedades deverão ter em conta na compra dos produtos de

higiene? Lavar o RN só com água trará algum benefício do ponto de vista da homeostasia da pele? Que cuidados e que produtos deverão ser aconselhados?

As questões anteriormente enunciadas foram a base para a pesquisa e a orientação para o estudo, em que se objetivou determinar a evidência científica mais recente relativamente ao banho e aos cuidados à pele do RN, no sentido de preservar a sua integridade, mantendo a função barreira.

4.2 - Método

A abordagem desta temática constituiu um estudo de natureza qualitativa, que pretendeu a identificação de artigos científicos acerca do banho ao RN e os cuidados com a pele no primeiro mês de vida. Assim, foi adotada uma metodologia de revisão integrativa da literatura, a qual se assume como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, e da Enfermagem em particular, constituindo um instrumento da prática baseada na evidência (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A revisão integrativa é um método que permite reunir o conhecimento atual sobre uma temática específica, sendo conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto. Possibilita desta forma a síntese do estado atual do conhecimento acerca de um determinado tema, dando suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, para além de apontar lacunas/limitações do conhecimento passíveis de estudo em futuras pesquisas (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

O processo de elaboração da revisão integrativa é referido na literatura por vários autores, com pequenas variações na designação e subdivisão do processo, no entanto, e de uma forma genérica, assenta em seis passos bem definidos: (1) a identificação do tema e elaboração da questão de investigação, (2) a procura da evidência existente, (3) a categorização dos estudos, (4) a análise crítica dos estudos incluídos, (5) a interpretação e discussão dos resultados e (6) a síntese do conhecimento (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A seleção desta temática pretende contribuir para o aprimoramento de um conjunto de competências levadas a cabo pelo EEESMO na área da educação para a saúde, nomeadamente ensinar e instruir acerca dos cuidados com a pele do RN, baseada em evidência científica

atualizada. Assim, partiu-se para a seguinte questão de investigação: **“Que procedimentos e produtos devem ser usados no banho do RN e quais os efeitos na sua pele?”**

Uma vez formulada a questão de pesquisa, a etapa seguinte foi o início da busca da evidência existente acerca do tema.

A estratégia de identificação da evidência científica existente foi a pesquisa de publicações indexadas nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, COCHRANE Database of Systematic Reviews, através da plataforma EBSCO host, entre Dezembro de 2013 e Julho de 2014.

Definiram-se como critérios de inclusão a disponibilidade de artigos originais sobre a temática estudada em RN de termo, gratuitamente publicados on-line e no seu formato integral (full text), nos idiomas de português, inglês e espanhol, entre 2008 e 2013, referentes a estudos com elevado nível de evidência (I e II) designadamente ensaios clínicos ou revisões sistemáticas da literatura, que contivessem no seu título ou resumo os seguintes descritores: “Bath”, “wash”, “Neonate”, “Newborn”, “Infant”, “Hygiene”, “Skin care”, combinados entre si, recorrendo aos operadores booleanos OR e AND, na seguinte frase booleana: (Bath OR wash) AND (Neonate OR Newborn OR Infant) AND (Hygiene OR "skin care"). Foram excluídos os estudos que não atendessem aos critérios de inclusão mencionados.

4.3 - Análise dos Resultados

Aplicando a estratégia de pesquisa acima descrita, foram identificados 113 artigos, dos quais 14 se encontravam repetidos, 75 foram rejeitados pelo título ou por serem relacionados com outras áreas de intervenção. Dos restantes, nove artigos foram rejeitados pela leitura do resumo e 11 artigos foram declinados através da sua leitura integral. Estes artigos foram rejeitados por não serem ensaios clínicos ou revisões sistemáticas da literatura, conforme previamente definido através dos critérios de inclusão. Em síntese, quatro artigos foram incluídos nesta revisão da literatura dos quais, três são artigos originais e um artigo de revisão sistemática da literatura.

Os níveis de evidência são comumente apresentados por um esquema que permite a melhor compreensão do valor da informação em questão. A estrutura hierárquica, representada com frequência por uma pirâmide tem no seu topo o nível mais alto de evidência. Segundo o Duke University Medical Library (2005) cit. por Levin; Singleton; Jacobs (2007) a classificação de

nível I é dada à evidência obtida a partir revisões sistemáticas, como é o caso de um dos quatro artigos incluídos nesta revisão. O nível II da classificação refere-se a ensaios clínicos singulares referentes a estudos randomizados controlados, enquadrando-se neste grupo os restantes três artigos desta revisão.

A identificação e a caracterização dos quatro artigos selecionados encontra-se explanada na tabela seguinte, na qual constam informações dos estudos selecionados, referenciando o(s) autor(es) do artigo, o ano de publicação, o país de origem, a fonte, o nível de evidência, o objetivo do estudo, a abordagem metodológica, e os resultados e as conclusões obtidas pelos autores.

Tabela 1: Caracterização dos artigos selecionados para a revisão integrativa.

AUTOR(ES)/ ANO	PUBLICAÇÃO/ PAÍS	TÍTULO/ OBJETIVO	METODOLOGIA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	RESULTADOS
Lavender [et al.] 2011	BMC Pediatric's Reino Unido	<p><i>Infant skin-cleansing product versus water: a pilot randomized, assessor-blinded controlled trial</i></p> <p>Avaliar as alterações dinâmicas da barreira da pele (em diferentes partes do corpo) comparando dois regimes de cuidados da pele distintos, durante as primeiras oito semanas de vida do RN.</p> <p>Testar a hipótese de que tomar banho com um gel de lavagem não prejudicaria a adaptação da barreira da pele em RN saudáveis.</p>	<p>Estudo randomizado</p> <p>80 RN de termo saudáveis, 30 com história familiar de dermatite atópica (DA) e 50 sem história familiar de DA, com idade inferior a 24 horas foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos:</p> <p>1 - Banho só com água (grupo de controlo),</p> <p>2 – Banho com gel de lavagem <i>Johnson's Baby Top-to-Toe Wash</i>® (líquido de limpeza sem sabão, livre de lauril sulfato de sódio, específico para RN, com pH 5,5, baixo nível de fragância e antialérgico).</p> <p>Os RN eram banhados no mínimo três vezes por semana.</p> <p>A perda de água transepidermica da pele (TEWL), a hidratação do estrato córneo (SCH), e o pH da pele foram medidos 24 horas após o nascimento, aos 14 e aos 28 dias e passadas quatro e oito semanas, no abdómen superior, coxa e antebraço.</p>	II	<p>Não houve evidência de diferenças consistentes entre os dois grupos de RN, nem em relação à história familiar de dermatite atópica.</p> <p><u>Nota:</u> 53 mães dos RN participantes violaram o protocolo aplicando creme entre a 4ª e a 8ª semana do ensaio, o que pode ter comprometido as conclusões do estudo.</p>

AUTOR(ES)/ ANO	PUBLICAÇÃO/ PAÍS	TÍTULO/ OBJETIVO	METODOLOGIA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	RESULTADOS
Lavender [et al.] (2013)	Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing (JOGNN) Reino Unido	<i>Randomized, controlled trial evaluating a baby wash product on skin barrier function in healthy, term neonates</i> Avaliar as alterações dinâmicas da barreira da pele (em diferentes partes do corpo) comparando dois regimes de cuidados da pele distintos, durante as primeiras oito semanas de vida do RN.	Estudo randomizado controlado 307 RN de termo saudáveis, com idade inferiores a 48 horas, foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: 1 - Banho só com água, 2 – Banho com gel de lavagem <i>Johnson's Top-to-Toe Wash</i> ® (líquido de limpeza sem sabão, livre de lauril sulfato de sódio, específico para RN, com pH 5,5, baixo nível de fragância e antialérgico). Os RN eram banhados no mínimo três vezes por semana. A perda de água transepidérmica da pele (TEWL), a hidratação do estrato córneo (SCH), pH da pele foram medidos 24 horas após o nascimento e na 4ª e 8ª semanas.	II	Não foram encontradas diferenças significativas nas medições de pH até ao 14º dia, nem na TEWL passados 28 dias. A SCH foi mais elevada depois de 14 dias no grupo de lavagem só com água, no entanto, esta diferença não foi considerada estatisticamente significativa e diminuiu decorridos 28 dias. Este estudo demonstra que o produto testado neste ensaio é aceitável e seguro para o uso na pele dos RN.

AUTOR(ES)/ ANO	PUBLICAÇÃO/ PAÍS	TÍTULO/ OBJETIVO	METODOLOGIA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	RESULTADOS
<i>Larkowski; Tierney; Horowitz, (2013)</i>	Clinical, Cosmetic and Investigation Dermatology Estados Unidos da América	<i>Tolerance of skin care regimen healthy, full-term neonates</i> Avaliar a tolerância de um agente de limpeza e loção de bebê (ambos levemente perfumados) em RN saudáveis e de termo.	Estudo prospectivo não randomizado controlado 26 pares de mães e RN de termo saudáveis foram incluídos no estudo durante seis semanas. Entre a 1ª e a 3ª semana os RN eram banhados com água e um agente de limpeza de teste e aplicada loção de teste para a pele, imediatamente após o banho uma a três vezes por dia, nos dias de banho e não banho. Durante a 4ª, 5ª e 6ª semana não foi aplicada a loção de teste para a pele. A frequência do banho foi variável, de acordo com a opção da mãe. O agente de limpeza de teste é livre de sabão e ambos os produtos têm um pH neutro (6,0 – 7,0) e foram avaliados em relação segurança dérmica e ocular. No início do estudo, na 3ª e na 6ª semana foram realizadas avaliações da pele (braços, pernas e tronco) pelo pediatra e pelas mães, quanto à hidratação, suavidade, secura, irritação e estado/aparência global.	II	As avaliações por parte das mães indicam que este regime de cuidados levou a melhorias significativas nos parâmetros avaliados da pele. As avaliações efetuadas pelo pediatra estão em concordância, apesar de a sua avaliação já ter sido favorável no início do estudo, pelo que não foi possível evidenciar melhoria clínica. A avaliação da pele por parte do pediatra para sinais clínicos de irritação não mostrou nenhuma mudança visível na linha de base durante todo o estudo. O uso do agente de limpeza não irritante levemente perfumado, com ou sem a aplicação de uma loção levemente perfumada, foi bem tolerada pelos RN em condições normais de utilização.

AUTOR(ES)/ ANO	PUBLICAÇÃO/ PAÍS	TÍTULO/ OBJETIVO	METODOLOGIA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	RESULTADOS
Blume-Peytavi [et al.] (2012)	Pediatric Dermatology Alemanha	<i>Skin care practices for newborns and infants: Review of the clinical evidence for best practices</i> Determinar as melhores práticas de cuidados com a pele de RN	Revisão sistemática da literatura Incluídos 20 estudos com elevados níveis de evidência (I a III), nomeadamente estudos clínicos controlados randomizados ou não, estudos de coorte, séries de casos, estudos caso-controlo ou estudos transversais. Em geral, a heterogeneidade dos estudos é alta em termos de nível de evidência e desenho do estudo. Nem todos os estudos utilizaram parâmetros padronizados de avaliação da função da pele (TEWL, SCH, pH da superfície da pele, sebo).	I	Efeitos dos procedimentos do banho e lavagem (seis estudos): a maioria dos estudos referem vantagens no procedimento do banho em relação à lavagem, com menores TEWL e maiores níveis de sebo na testa e abdómen, bem como maiores níveis de conforto para o RN. Efeitos dos agentes de limpeza e lavagem (seis estudos): a limpeza com syndets ou o uso de um produto de lavagem líquido, suave levemente perfumado, é pelo menos comparável, com a lavagem só com água, quanto à manutenção do manto ácido e redução do teor de gordura, o gel de lavagem mostra vantagens em relação ao banho só com água, revelando um pH mais baixo na superfície da pele, os sabões alcalinos aumentam o pH da pele e favorecem a dissolução dos lípidos da superfície da pele, o uso regular de syndets (sabão sem sabão) durante as 1 ^{as} semanas de vida resulta numa queda mais rápida do pH da superfície da pele. Efeitos da lavagem e do banho na colonização bacteriana (cinco estudos): a colonização bacteriana é estável e não é influenciada pelo regime padrão dos cuidados da pele (lavagem ou banho) nem pelos produtos usados no procedimento (água, sabão, gel de lavagem) ou aplicação de cremes. Porém, os resultados devem ser interpretados com cautela pois a maioria dos estudos são heterogêneos em termos de metodologia e medidas de resultados, e analisam um pequeno número de crianças de cada faixa etária.

4.4 - Discussão dos Resultados

Depois de analisados os dados provenientes da pesquisa efetuada, procedeu-se à interpretação e síntese dos principais resultados. A análise dos artigos que reuniram os critérios de inclusão nesta revisão integrativa da literatura, possibilitou perceber que os cuidados com a pele do RN e os procedimentos relacionados com a higiene se encontram abordados de forma distinta em cada um deles. Assim, procedeu-se a uma estratégia de organização de categorias, em função da similaridade de conteúdo, de forma a possibilitar uma melhor percepção dos procedimentos, analisados em cada artigo, no que se refere aos cuidados com a pele. Construíram-se, desta forma três categorias empíricas (procedimentos de limpeza, agentes de limpeza e colonização bacteriana da pele), representadas na figura seguinte.

Figura 4 – Esquema representativo das categorias em análise nos cuidados com o banho e a pele do RN.



Comummente a avaliação da eficácia da função de barreira da pele é realizada através de técnicas não invasivas de medição de parâmetros padronizados, nomeadamente: taxa de perda transepidermica da pele (TEWL), a hidratação do estrato córneo (SCH), o pH da superfície da pele e o teor de sebo.

A pele do RN demonstra uma razoável função de barreira imediatamente após o nascimento, no entanto o processo de adaptação ao meio extrauterino é contínuo e desenvolve-se ao longo do primeiro ano de vida (Dyer, 2013).

As características morfológicas da pele neonatal contribuem para uma fisiologia única. Os procedimentos relacionados com a higiene e os cuidados à pele podem alterar essa fisiologia, manifestada através de variações na TEWL, na SCH, no pH e no teor de sebo da superfície cutânea. Assim, um aumento da TEWL e do pH, bem como valores de teor de sebo e SCH diminuídos podem colocar em risco a homeostasia cutânea.

4.4.1 - Procedimentos de Limpeza

A importância da limpeza do RN e de uma boa higiene e saúde da pele é bem reconhecida, no entanto, subsistem dúvidas acerca dos procedimentos mais adequados e seguros. A principal controvérsia neste âmbito é se os RN devem ser lavados ou banhados, principalmente no 1º mês de vida.

Estudos anteriores (Henningsson [et al.] 1981; Hysten [et al.] 1983; Nako [et al.] 2000 cit. por Blume-Peytavi [et al.] 2012) têm focado a sua atenção em parâmetros clínicos como a temperatura corporal, a taxa de infeção ou morbilidade, estando assim disponíveis dados limitados sobre a influência dos procedimentos de limpeza sobre a função de barreira da pele dos RN.

Dos 20 artigos englobados na revisão da literatura efetuada por Blume-Peytavi [et al.] (2012), seis deles, com uma amostra elevada de RN e alto nível de evidência, abordam os efeitos dos procedimentos de limpeza, e na generalidade concluíram que o banho não oferece risco ao RN, e é benéfico em relação à lavagem de esponja tradicional (sem imersão) em RN de termo.

Três desses artigos (Henningsson [et al.] 1981; Hysten [et al.] 1983; Nako [et al.] 2000) debruçaram a sua atenção em parâmetros como a temperatura e o choro do RN antes e após serem banhados ou lavados, e são unânimes em considerar que o banho

confere vantagens em relação à lavagem. Os seus resultados revelam que os RN que foram sujeitos ao banho de imersão apresentam no fim do procedimento temperaturas significativamente superiores e menores percentagem de choro do que aqueles que foram submetidos ao procedimento de lavagem.

Bryanton [et al.] (2004) desenvolveram um estudo no mesmo âmbito, comparando os procedimentos do banho de imersão e do banho seco com esponja. Os dados por eles obtidos foram ao encontro dos autores supracitados: menor perda de calor e bebés mais felizes após o banho quando comparado com a lavagem, não se tendo verificado diferenças ao nível da cicatrização do cordão umbilical em ambos os grupos.

Outro estudo que integra a revisão sistemática da literatura diz respeito ao desenvolvido por Bartels [et al.] (2009) cujo objetivo foi comparar os efeitos de dois procedimentos de limpeza padrão em função da barreira da pele em RN. O estudo envolveu 57 RN de termo saudáveis, com idade inferiores a 48 horas, que foram randomizados para um procedimento de banho com água limpa (grupo B) ou para um procedimento de lavagem com pano humedecido com água limpa (grupo W). Ambos os procedimentos tinham a duração de cinco minutos, e foram aplicados duas vezes por semana, durante quatro semanas. Ambos os grupos receberam o mesmo procedimento de lavagem com um pano humedecido até o 7º dia.

A função de barreira da pele foi caracterizada utilizando quatro técnicas biofísicas não invasivas para medir a perda de água transepidermica da pele (TEWL), a hidratação do estrato córneo (SCH), o pH da pele e o teor de sebo, ao 2º, 7º e 28º dia após o nascimento, na testa, abdómen, coxa e nádegas. Foi também avaliado o *score* das condições da pele do RN (NCSC) no abdómen, dorso das mãos e planta dos pés, com base na secura, eritema e escoriação, com itens pontuados de zero a três, sendo que um *score* de três representa a pele normal.

Os investigadores verificaram que a TEWL se manteve estável na testa, abdómen e coxa ao longo das quatro semanas, e foi comparável aos valores de crianças e adultos. No entanto, os RN que foram banhados apresentavam valores significativamente menores de TEWL na nádega do que aqueles que foram lavados. Este efeito foi entendido como ligeiro uma vez que não se detetou nenhuma diferença em relação à frequência de dermatite da fralda em ambos os grupos. No entanto, o procedimento de tomar banho parece influenciar positivamente a função de barreira da pele especialmente na nádega.

O aumento da SCH foi proporcional à idade em ambos os grupos e verificou-se em todos os locais de teste, no entanto, após quatro semanas, a SCH foi significativamente maior no grupo B no abdómen e na testa em relação ao grupo W.

Em relação aos níveis de pH da pele e ao teor de sebo não foram detetadas diferenças significativas entre os dois grupos nas quatro semanas de duração do estudo. O pH da pele diminuiu rapidamente na 1ª semana e lentamente em seguida e até à 4ª semana onde atingiu o nível de crianças e adultos, em todos os locais de teste e independentemente do tipo de procedimento de limpeza. Observou-se um forte aumento do teor de sebo na testa até ao 7º dia em comparação com a coxa em ambos os grupos.

Em todos os RN investigados o *score* das condições da pele (NCSC) variou entre três e cinco, não sendo detetadas diferenças significativas entre os dois procedimentos de limpeza em estudo.

Os autores sugerem que o banho enquanto procedimento de limpeza deve ser melhor estudado, no sentido de perceber os seus efeitos na adaptação da função de barreira da pele a longo prazo, sugerindo o estudo de grupos comparáveis de RN e lactentes.

Assim, Bartels [et al.] (2009) concluíram que ambos os regimes de cuidados com a pele não prejudicaram a adaptação da barreira cutânea em RN saudáveis nas 1ªs quatro semanas de vida. O banho influencia a TEWL e a SCH da pele dos RN (nádega), sugerindo um efeito positivo em dar banho duas vezes por semana nas 1ªs quatro semanas de vida. A função de barreira da pele é assim diferenciada após o nascimento de uma forma regional específica.

Com base nestes seis estudos pode inferir-se que o banho resulta em menor perda de calor, tornando os bebés mais confortáveis do que a lavagem, e não afeta negativamente a função de barreira da pele nas 1ªs quatro semanas de vida.

O procedimento do banho demonstrou vantagens em relação à lavagem, com menores TEWL (nádega) e maiores níveis de sebo (testa e abdómen), bem como maiores níveis de conforto para o RN, não afetando a adaptação da barreira cutânea em RN saudáveis nas 1ªs quatro semanas de vida.

4.4.2 - Agentes de Limpeza

O banho é um processo que permite remover bactérias, células mortas da pele, suor e outros resíduos. Têm-se questionado se o banho deve ser dado apenas com água, ou se devem ser adicionados agentes de limpeza. No entanto, os efeitos dos vários agentes de limpeza na pele do RN têm sido brandamente estudados, apesar de alguns produtos aparecerem associados a efeitos negativos no processo de desenvolvimento e maturação cutânea dos RN.

Dos quatro artigos que compõem esta revisão integrativa da literatura, três deles são estudos controlados, randomizados ou não, cujo objetivo foi perceber a influência de determinados produtos de limpeza na pele do RN, avaliando as alterações dinâmicas da barreira da pele em diferentes partes do corpo.

Lavender [et al.] (2011) efetuaram um estudo randomizado, de que fizeram parte 80 RN de termo, saudáveis, 30 com história familiar de dermatite atópica (DA) e 50 sem história familiar de DA, com idades inferiores a 24 horas. Os RN foram aleatoriamente distribuídos em dois grupos: banho só com água (grupo de controlo) ou banho com gel de lavagem – *Johnson's Baby Top-to-Toe Wash*[®] (líquido de limpeza sem sabão, livre de lauril sulfato de sódio, específico para RN, com pH 5,5, baixo nível de fragância e antialérgico). Os RN eram banhados no mínimo três vezes por semana, sendo avaliada a TEWL, a SCH, e o pH da pele 24 horas após o nascimento, ao 14^o e 28^o dia e passadas quatro e oito semanas no abdómen superior, coxa e antebraço. Os autores concluíram não haver evidência de diferenças consistentes entre os dois grupos de RN, nem em relação à história familiar de DA. No entanto, alertam para o facto de ter havido violação do protocolo por parte de 53 mães dos RN participantes, que aplicaram creme na pele dos mesmos entre a 4^a e a 8^a semana do ensaio, o que pode ter comprometido as conclusões do estudo.

Tendo em conta as limitações deste estudo, dois anos mais tarde (2013), a mesma autora, Tina Lavender (e colaboradores) decidiram realizar novo estudo, semelhante ao supracitado, como objetivo de testar a hipótese de que tomar banho com o gel de lavagem *Johnson's Baby Top-to-Toe Wash*[®] não prejudicaria a adaptação da barreira da pele em RN saudáveis, quando comparado com o banho com água pura. Desta vez, a amostra de RN de termo, saudáveis, com idade inferiores a 48 horas, foi superior (n=307). O método usado

para avaliar as alterações da pele foi semelhante, com medições da TEWL, a SCH, e o pH da pele 24 horas após o nascimento e na 4ª e 8ª semana. As conclusões deste estudo foram ao encontro do anterior, não se tendo verificado diferenças significativas nas medições de pH ao 14º dia, nem na TEWL em 28 dias. A SCH foi mais elevada ao 14º dia no grupo de RN que foi banhado só com água, no entanto, esta diferença não foi considerada estatisticamente significativa e diminuiu passados 28 dias. Assim, este estudo demonstrou que o produto testado (*Johnson's Baby Top-to-Toe Wash*®) é aceitável e seguro para o uso na pele dos RN.

Um estudo mais recente, efetuado por Larkowski; Tierney; Horowitz (2013) que objetivou avaliar a tolerância de um agente de limpeza e loção de bebê (ambos levemente perfumados) em RN saudáveis e de termo, englobou 26 pares de mães e RN de termo saudáveis, durante seis semanas. Entre a 1ª e a 3ª semana os RN eram banhados com água e um agente de limpeza de teste e era aplicada loção de teste para a pele, imediatamente após o banho uma a três vezes por dia, diariamente. Durante a 4ª, 5ª e 6ª semana não foi aplicada a loção de teste para a pele. A frequência do banho foi variável, de acordo com a opção da cada mãe. O agente de limpeza de teste era livre de sabão e ambos os produtos tinham um pH neutro (6,0 – 7,0) e foram avaliados em relação segurança dérmica e ocular. No início do estudo, na 3ª e na 6ª semana foram realizadas avaliações da pele (braços, pernas e tronco) pelo pediatra e pelas mães, quanto à hidratação, suavidade, secura, irritação e estado/aparência global.

Os resultados revelam que as avaliações por parte das mães indicam que este regime de cuidados levou a melhorias significativas nos parâmetros avaliados da pele. As avaliações efetuadas pelo pediatra estão em concordância, apesar de a sua avaliação já ter sido favorável no início do estudo, pelo que não foi possível evidenciar melhoria clínica nos momentos de avaliação consequentes. A avaliação da pele por parte do pediatra para sinais clínicos de irritação não mostrou nenhuma mudança visível na linha de base durante todo o estudo. Desta forma, os autores concluem que o uso do agente de limpeza não irritante levemente perfumado, com ou sem a aplicação de uma loção levemente perfumada, foi bem tolerada pelos RN em condições normais de utilização.

A revisão sistemática da literatura levada a cabo por Blume-Peytavi [et al.] (2012) com o intuito de determinar as melhores práticas de cuidados com a pele de RN, engloba seis estudos que apresentam os efeitos dos agentes de limpeza e lavagem na função biofísica da pele neonatal. Destes, dois deles, Braun [et al.] (1986) e Braun [et al.] (1990), comparam o uso de *syndets* com o sabão e o banho só com água. Os autores referem benefícios nos *syndets*, verificando-se em ambos os estudos um pH mais baixo nas crianças que foram banhadas com *syndets* do que naquelas cujo banho foi com sabão, a redução no

teor de gordura por meio da lavagem com *syndets* foi comparável com a utilização de água da torneira, nas crianças lavadas com o sabão verificou-se uma perda de gordura significativamente mais elevada.

Um outro estudo, Gfatter; Hackl; Braun, (1997) da supracitada revisão sistemática da literatura, concluiu que o sabão alcalino quando comparado com detergentes líquidos ou banho só com água, levou a um aumento do pH mais acentuado, bem como a uma diminuição mais significativa do teor de gordura da pele.

Por sua vez, encontra-se também incluído na revisão sistemática da literatura um estudo randomizado controlado efetuado por Dizon [et al.] (2010) do qual fizeram parte 180 crianças Filipinas, saudáveis, com idades compreendidas entre um dia e um ano, as quais foram distribuídas aleatoriamente por três grupos: banho com agente de limpeza *Johnson's Baby Top-to-toe*[®] (produto de teste), banho com agente de limpeza *Sebamed Baby Liquid*[®], e banho apenas com água. As avaliações da pele (quanto à secura, eritema, edema, descamação, TEWL, SCH, pH e concentração de cromóforos na pele) foram efetuadas no início do estudo e após uma e duas semanas. Os resultados demonstram que não houve eritema significativo, edema, secura ou descamação provocada por qualquer dos três componentes do teste, em comparação com a linha de base, pelo que, os agentes de limpeza de corpo inteiro em estudo foram eficazes e bem toleradas, sendo consideradas como seguras para uso em crianças com pele normal.

Bartels [et al.] (2010), também se debruçaram sobre esta temática efetuando em estudo prospetivo randomizado, incluído na revisão sistemática de Blume-Peytavi [et al.] (2012), com o objetivo de testar a hipótese de que tomar banho duas vezes por semana com um gel de lavagem e aplicação de creme de leite adicional não prejudicaria a adaptação da barreira da pele em RN saudáveis, nas primeiras oito semanas de vida. Assim, os 64 RN de termo saudáveis, com idades inferiores a 48 horas, que constituíram este estudo foram randomizados em quatro grupos: WG – Banho com gel de lavagem pH 5,5; C – Banho com água e posterior aplicação tópica de creme facial e corporal, WGC – Banho com gel de lavagem e creme tópico e B – Tomar banho apenas com água limpa. Os RN eram banhados duas vezes por semana a partir do 7^o dia, até lá eram lavados com água e algodão. A avaliação da pele foi efetuada através da medição da TEWL, da SCH, do pH da pele e nível de sebo, medidos ao 2^o dia, na 2^a, 4^a e 8^a semana na testa, abdómen e coxa.

Os resultados demonstram que os RN do grupo C apresentaram menores taxas de TEWL em todas as áreas do corpo, quando comparados com o grupo B, o que revela o efeito positivo da aplicação do creme. Os RN do grupo WGC também apresentaram menores taxas de TEWL, exceto para a área da nádega. Verificou-se um aumento fisiológico

da SCH proporcional à idade. Quando os RN receberam creme adicional verificou-se um aumento da SCH na testa e abdómen após oito semanas, sendo que a nádega e a coxa não foram influenciados pelos diferentes regimes. Os autores também verificaram que o gel de lavagem ou a colocação de creme não prejudicou o processo de acidificação (diminuição fisiológica do pH) da pele do RN, bem como a produção de sebo que se manteve estável durante o período do estudo em todos os grupos.

Embora o uso de gel de lavagem e/ou creme altere parâmetros funcionais da pele, parece ter um efeito levemente positivo na adaptação pós-natal da barreira da pele em comparação com o banho com água limpa, no entanto, os autores alertam que este efeito não se revela estatisticamente significativo. Não se pode, portanto, concluir que qualquer dos regimes testados exerça um efeito benéfico sobre os outros, no que diz respeito à adaptação fisiológica ou a maturação da pele do RN.

Os resultados obtidos através da análise dos artigos que compõem esta revisão integrativa da literatura são atestados por vários artigos científicos publicados por especialistas na área da pediatria e dermatologia.

Em 2007, teve lugar o 1º Encontro Europeu em forma de Mesa Redonda sobre "Melhores Práticas para Limpeza Infantil", do qual fizeram parte um painel de especialistas dermatologistas e pediatras de toda a Europa, com o objetivo de proporcionar um consenso sobre o banho e a limpeza infantil. Deste encontro surgiu um artigo de revisão, Blume-Peytavi [et al.] (2009), que aponta inúmeras desvantagens aos sabonetes alcalinos em comparação com produtos de limpeza líquidos, os quais têm efeitos sobre o pH da pele e o teor de lípidos, bem como causam secura e irritação da pele. Os mesmos autores defendem que os produtos de limpeza líquidos utilizados em RN devem ter provas documentadas de sua suavidade sobre a pele e os olhos, e aqueles que contêm um emoliente podem ter benefícios adicionais particularmente em bebês com alto risco de desenvolver a dermatite atópica.

O British Journal and Midwifery (2011) publicou um artigo, com o objetivo de fornecer um pequeno resumo sobre os cuidados à pele do RN, que corrobora com os estudos supracitados, alertando que o sabonete deve ser evitado pois danifica a barreira lipídica e que os produtos de limpeza e cremes devem ser suaves e com pH neutro.

Embora a escolha dos produtos de higiene do RN possa variar em função da imensidão de marcas que existem no mercado é evidente através dos estudos descritos anteriormente, que devem estar presentes alguns critérios aquando da escolha do produto a usar.

Sarkar [et al.] (2010) referem que idealmente os RN e lactentes saudáveis de termo devem ser lavados com um produto de limpeza com pH adequado à pele do RN (neutro ou ligeiramente ácido), que contenha um surfactante (agente tensoativo) suave, química e fisicamente estável, e deve conter um emoliente e ser desprovido de fragrância e corantes, para evitar a irritação.

Em suma, os estudos demonstram que os sabões alcalinos podem alterar o pH da pele do RN interferindo com desenvolvimento e a função do manto ácido. Em contraste com a utilização de produtos de limpeza líquidos levemente perfumados ou *syndets* (sabão sem sabão) que à semelhança da utilização da água pura permite a acidificação mais rápida do estrato córneo.

O banho com água pura, os produtos de limpeza líquidos levemente perfumados ou *syndets* não afetam a adaptação da barreira cutânea em RN saudáveis nas primeiras quatro semanas de vida. Os sabões alcalinos aumentam o pH da pele e favorecem a dissolução dos lípidos da superfície da pele, sendo por isso desaconselhados.

4.4.3 - Colonização Bacteriana da Pele

O objetivo do cuidado da pele nas crianças deve ser preservar a sua integridade mantendo a função de barreira cutânea intacta, de forma a minimizar a irritação já que a pele danificada é mais suscetível a doenças e infeções.

Blume-Peytavi [et al.] (2012) incluem na sua revisão sistemática da literatura cinco artigos que pretendem perceber a influência dos procedimentos de higiene na colonização bacteriana da pele dos RN.

Henningson, Nystrom, Tunnell (1981) bem como Hylén [et al.] (1983) concluíram nos seus estudos que a taxa de colonização bacteriana, os sinais de infeção e outras complicações clínicas, não diferem em função do tipo de procedimento de higiene, ou seja, não se verificaram diferenças significativas a este nível entre RN submetidos a procedimentos de banho ou lavagem com toalhetas.

Cowan; Frost (1986) investigaram a influência do banho, com sabão ou detergente convencional, no desenvolvimento da flora da pele no período neonatal, em 44 RN, e excluíram a hipótese de que os aditivos do banho à base de detergentes facilitam a

colonização por microrganismos indesejáveis. Estes achados foram confirmados por Medves; O'Brien (2001) num estudo randomizado com 140 RN, com o objetivo de averiguar quais os efeitos na flora bacteriana da pele provocados pelo banho com água comparando-o com o banho com água e sabão. Os dados revelam que a flora microbiana da pele dos RN não diferiu entre os grupos em termos de tipo e quantidade de microrganismos que foram encontrados antes e uma hora depois do 1º banho, bem como 24 horas após o nascimento.

Ainda inserido na revisão sistemática da literatura encontra-se o estudo randomizado prospetivo efetuado por Bartels [et al.] (2010), a fim de testar a hipótese de que tomar banho duas vezes por semana com um gel de lavagem e aplicação de creme de leite adicional não prejudicaria a adaptação da barreira da pele em RN saudáveis. Os autores verificaram que após quatro semanas não houve colonização por *Candida* a nível umbilical em nenhum dos 64 RN, bem como, ausência de diferenças nas taxas de colonização bacteriana entre o 2º dia e a 4ª semana.

A colonização microbiana é estável e não é influenciada pelo regime padrão de cuidados com a pele, como lavar, ou tomar banho com água limpa, nem pela adição de gel de lavagem ou creme.

4.5 - Principais Conclusões

A multiplicidade de sugestões cosméticas de que os pais são alvo, por parte de vários profissionais, durante a gravidez e após o nascimento, conduzem-nos inevitavelmente à questão: “Qual devo escolher e como devo fazer?”

Providenciar informações baseadas em evidências científicas recentes é um dos focos da prática do EEESMO, no sentido de possibilitar aos pais uma escolha consciente e informada acerca dos cuidados de higiene ao seu bebé.

Esta revisão integrativa da literatura surgiu da necessidade de determinar quais os procedimentos adequados em relação ao banho e aos cuidados à pele do RN, no sentido de minimizar os danos cutâneos no período neonatal.

Os estudos revistos confirmam que a pele infantil difere de pele de adultos na sua estrutura, função e composição, e que o seu processo de maturação se prolonga até ao 1º ano de vida. Como consequência da sua vulnerabilidade, a pele do RN requer um conjunto de cuidados únicos.

Após a análise e interpretação dos dados, constatou-se que os estudos incluídos nesta revisão integrativa advogam globalmente vantagens no banho de imersão duas a três vezes por semanas, com utilização de um agente de limpeza líquido adequado à pele do RN.

Em resposta à questão de partida - **“Que procedimentos e produtos devem ser usados no banho do RN e quais os efeitos na sua pele?”** – concluiu-se que o tipo de procedimento de limpeza (banho de imersão ou limpeza com pano humedecido) não afeta a adaptação da barreira cutânea em RN saudáveis nas primeiras quatro semanas de vida, no entanto, estudos referem vantagens no banho de imersão relacionadas com o conforto do bebé (Blume-Peytavi [et al.] 2012).

Relativamente aos agentes de limpeza, a unanimidade dos estudos revela desvantagens no uso de sabão alcalino, uma vez que estes aumentam o pH da pele e favorecem a dissolução dos lípidos da sua superfície (Blume-Peytavi [et al.] 2012). O banho com água pura ou combinada com produtos de limpeza líquidos suaves ou *syndets* (sabão sem sabão) não afetou a adaptação da barreira cutânea nem a colonização microbiana da pele (Lavender [et al.] 2013; Blume-Peytavi [et al.] 2012; Iarkowski, Tierney, Horowitz, 2013).

De acordo com Dyer (2013) o objetivo final dos esforços desenvolvidos na área de investigação para melhor compreender a anatomia e fisiologia da pele, é o desenvolvimento de *“guidelines”* de cuidados gerais à pele do RN, baseada em evidência científica atualizada, no sentido de uniformizar as práticas desenvolvidas por profissionais de saúde e pais.

Assim, e de acordo com o autor supracitado, as conclusões desta revisão integrativa da literatura permitem fornecer um conjunto de diretrizes, baseadas em evidência científica, relativas aos cuidados com a pele do RN, que devem ser tidas em consideração pelo EESMO na sua prática clínica diária e no aconselhamento aos pais, contribuindo para a diminuição da morbidade neonatal.

No entanto, no decorrer da pesquisa de dados para esta revisão integrativa, constatou-se efetivamente uma escassez de estudos com nível de evidência elevado, verificando-se maioritariamente artigos de opinião de especialistas em vez de pesquisa, o que dificultou e tornou moroso o processo de procura da evidência existente.

Consequentemente a revisão integrativa da literatura exposta apresenta um reduzido número de artigos analisados, sendo considerada pertinente e necessária a continuidade de pesquisas neste âmbito.

Assim, e à semelhança do referido pelos autores dos artigos que integram esta revisão, sugerem-se futuros estudos randomizados, com maior homogeneidade em termos de metodologia e medidas de resultados, e que analisem um maior número de crianças de cada faixa etária.

CONCLUSÃO

Ao ultimar este relatório é inevitável perceber a importância que ele assumiu ao longo do trilha percorrido nestes dois anos. Apesar de este surgir como uma exigência acadêmica, representa, neste momento, o culminar de uma mais etapa de crescimento profissional, numa área que, desde cedo, se assumiu de primordial interesse. Por este motivo, envolve, obviamente, sentimentos de satisfação e concretização pessoal e profissional.

Findo o estágio e realizando uma reflexão acerca do caminho percorrido ao longo do mesmo, constata-se que este constituiu uma mais-valia no processo formativo enquanto futura EEESMO, pois ao mesmo tempo que permitiu a mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo da formação teórica e conseqüentemente a sua aplicabilidade na prática, exigiu também uma constante atualização desses mesmos conhecimentos.

A procura de saberes e a integração das evidências mais recentes da literatura na prática clínica, foi o arquétipo definido para este percurso, no sentido da aquisição de novas competências relativas ao cuidar a mulher inserida na família durante o período da gravidez, parto e puerpério. Assim, foram assimiladas competências que permitiram potenciar a sua saúde, detetar e tratar precocemente complicações e promover o bem-estar da mulher, RN e família. Foi assumida a responsabilidade de cuidar a mulher com patologia da gravidez, foram prestados os cuidados inerentes à condução do TP, do parto e do pós parto, bem como os cuidados aos RN de baixo risco.

Tal como explanado na primeira parte deste trabalho, consideram-se assim adquiridas as competências no domínio dos cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Fez parte também deste relatório, e de forma a mobilizar os conhecimentos teóricos, com suporte na prática baseada em evidências, a problematização de uma temática de interesse pessoal, e assim contribuir para a excelência da prática do EEESMO. O interesse em prestar cuidados de excelência na área da Obstetrícia, e a percepção da

inexistência de “*guidelines*” de cuidados gerais à pele do RN, direcionou a escolha do tema para o banho e cuidados com a pele do RN.

Desta revisão integrativa da literatura pode-se concluir que o tipo de procedimento de limpeza (banho de imersão ou limpeza com pano humedecido) não afeta a adaptação da barreira cutânea em RN saudáveis nas primeiras quatro semanas de vida, porém, são detetadas vantagens no banho de imersão relacionadas com o conforto e satisfação do bebê. O banho com água pura ou combinada com produtos de limpeza líquidos suaves ou *syndets* também não interfere na adaptação da barreira cutânea nem na colonização microbiana da pele. O uso de sabão alcalino é desaconselhado pois aumenta o pH da pele e favorece a dissolução dos lípidos da sua superfície.

Esta revisão integrativa da literatura proporcionou a síntese do conhecimento científico e a incorporação da aplicabilidade dos resultados para a prática do EEESMO, nomeadamente, nos cuidados relativos ao RN, bem como no ensino e aconselhamento aos pais neste âmbito.

Neste sentido, e relembando os objetivos inicialmente definidos, julgam-se desenvolvidas e integradas, competências promotoras das práticas emancipatórias do papel parental, mas também ao nível do diagnóstico e intervenção de Enfermagem especializada em situação de gravidez com complicações, TP e puerpério e no processo de transição para a parentalidade.

Lançando um olhar retrospectivo sobre o decurso deste trabalho, é notória uma progressão técnico-científica enquanto Enfermeira, mas também, e não menos importante, um enriquecimento pessoal enquanto Ser Humano.

Ciente de que a aquisição de competências, enquanto futura EEESMO, é um processo contínuo e infindável, que se torna a base do desempenho diário e do exercício continuado, a finalização deste trabalho, e conseqüentemente do MESMO, representa apenas o início de um percurso. Ambiciona-se assim, poder concretizar o desejo de vir a desempenhar funções num serviço de prestação de cuidados à mulher e/ou ao RN, no sentido do desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional.

BIBLIOGRAFIA

- AFSAR, F. – Skin care for preterm and term neonates. *Clinical and experimental dermatology*. nº 34 (2009), p.855-858.
- AMORIM, M.; PORTO, A.; SOUZA, A. - Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. Nov. vol 38. nº 11, 2010.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS - Iniciativa Parto Normal: Documento de Consenso. Loures: Lusociência, 2009.
- BARTELS [et al.] – Effects of standardized skin care regimes on neonatal skin barrier function in diferente body areas. *Pediatric dermatology*. Berlin. Vol. 27, nº 1 (2010), p. 1-8.
- BARTELS [et al.] – Influence of bathing or washing on skin barrier function in newborns during the first four weeks of life. *Skin pharmacology and physiology*. nº 22 (2009), p. 248-257.
- BLUME-PEYTAVI, U. [et al.] – Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table meeting (Review article). *Journal compilation* .Vol.23, (2009), p.751-759.
- BLUME-PEYTAVI, U. [et al.] – Skin care practices for newborn and infants: Review of the clinical evidence for best practices. *Pediatric dermatology*. Berlin. Vol. 29, nº1 (2012), p.1-14.
- CAMACHO, R. S. [et al.] - Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. Psiq. Clín.*, (2006), p. 92-102.
- COMISSÃO PARA A REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANAS DA ARS NORTE - *Medidas para reduzir a taxa de cesarianas na região Norte de Portugal*. Porto: ARS Norte, 2010.

- CUNNINGHAM, F. [et al.] – *Obstetrícia de Williams*. 23ªed. São Paulo: Editora Artmed, 2010.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Relatório de Consensos sobre a Diabetes e Gravidez*. 2011.
- DIZON, M. [et al.] – Tolerance of baby cleansers infants: a randomized controlled trial. *Indian Pediatrics*. India. Vol. 24, nº 17 (2010).
- DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, F.V.; MAMEDE, F. V. - Desempenho das competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. Vol. 12, (2008), p. 717-725.
- DYER, J. – Newborn skin care. *Dermatology in infants*. Colômbia. Vol. 37 (2013), p. 3-7.
- ESEP - *Regulamento do segundo ciclo de estudos*. Porto: s.n., 2010.
- FERNANDES, J.; MACHADO, M.; OLIVEIRA, Z. – Prevenção e cuidados com a pele da criança e recém-nascido. *Anais Brasileiros Dermatologia*. ISSN 0365-0596 Brasil. Vol. 86, nº 1, 2011.
- FRASER, Diane M.; COOPER, Margaret A.- *Assistência Obstétrica: Um Guia Prático Para Enfermagem*. Rio de Janeiro: Churchill Livingstone Elsevier, 2010.
- GARCÉS BENAVENTE, Amparo; DEL REY, Cristina Francisco; FERRER FERNANDIS, Esperanza – *Fundamentos de enfermería*. Madrid: Edições DAE, 2001.
- GOULART, A.; MARTINS, S. - Íleo paralítico pós-operatório: fisiopatologia, prevenção e tratamento. *Rev Port Coloproct*. (2010), p. 60-67.
- GRAÇA, Luís Mendes – *Medicina materno-fetal*. 3ªed. Lisboa: Lidel, 2005.
- GUPTA, JK; HOFMEYR, GJ; SMYTH, RMD. - Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Library*. Issue 4, 2009.
- HERMANSSON, Evelyn; MARTENSSON, Lena - *Empowerment in the midwifery context: a concept analysis*. Pubmed. 2010.
- HODNETT, E.D. [et al.] - Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2, 2011.
- IARKOWSKI, L.; TIERNEY, N.; HOROWITZ, P. – Tolerance of skin care regimen in healthy full terms neonates. *Clinical, Cosmetic and Investigation Dermatology*. USA. (2013).

- LAVENDER, T. [et al] - Infant skin-cleansing product versus water: a pilot randomized, assessor-blinded controlled trial. *BMC Pediatrics*. Manchester. (2011).
- LAVENDER, T. [et al] – Randomized, controlled trial evaluating a baby wash product on skin function in healthy term neonates. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*. Manchester. (2013), p. 203-214.
- LEVIN, R; SINGLETON, J; JACOBS, S. - Developing and evaluating clinical practice guidelines: a systematic approach. [autor do livro] Copezi E. et al. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. Nova Iorque: 3rd edition. Springer Publishing Company, 2007.
- LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidata, 2008.
- MCDONALD, S. J. [et al.] – Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review). *The Cochrane Library*. Issue 7, 2013.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. - *Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem. Out-Dez, 2008, Vol. 17.
- MOUSA, W.F.; AL-METWALLI, R.; MOSTAFA, M. - Epidural analgesia during labor vs no analgesia: A comparative study. *Saudi Journal of Anaesthesia*. Jan. Vol. 6 Issue 1, p36- 40., 2012.
- Neonatal skin care: Advocating good practices in skin protection - *British Journal and Midwifery*. December, 2011, Vol 19, nº12.
- NETTO, Hermógenes Chaves – *Obstetrícia básica*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2004.
- NICE - Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*. 2nd edition., 2008, Vol. March;
 - Intrapartum care – care of healthy women and their babies during childbirth. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*. September, 2007;
 - Routine postnatal care of women and their babies. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*. July, 2006.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010a

— *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010b.

- PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA - *Directiva 2005/36/CE - Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais*. Jornal Oficial da União Europeia, 2005, Vol. L2555/p.22.
- PEREIRA, A. L. F.; BENTO, A. D. – Autonomia no parto normal na perspetiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene*. Fortaleza. Vol 12 (2011), p. 471-477.
- PEREIRA, Maria Adriana – *Aleitamento Materno: Importância da correção da pega no sucesso da amamentação – Resultados de um estudo experimental*. Porto: Lusociencia, 2006.
- QUEENAN, John T. - *Gestação de alto risco: diagnóstico e tratamento baseados em evidências*. São Paulo: Artmed Editora, 2007.
- RABE, H. [et al.] - Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes (Review). *The Cochrane Library*. 2012.
- REGAYA, Ben, L. [et al.] - Role of deambulation during labour: A prospective randomized study. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. Dec 39.8, 2010.
- REVEIZ, L.; GAITÁN, H.G.; CUERVO, L.G. - Enemas during labour (review). *The Cochrane Library*. 2013.
- ROCHA, I. M. S. [et al.] - O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev. esc. enferm. USP*. vol.43 no.4, 2009.
- SARKAR, R. [et al.] – Skin care for the newborn. *Indian Pediatrics*. Vol. 47, nº 17 (2010), p. 593-598.
- SHILLING, T. – *Práticas de nascimento saudáveis de Lamaze Internacional: Liberdade de movimentos durante o trabalho de parto*. 2009.
- SINGATA, M.; TRANMER, J; GYTE, GML. - Restricting oral fluid and food intake during labour. *The Cochrane Library*. Issue 3, 2012.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA – *Diabetes: factos e números 2013. Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes – Portugal*: SPD, 2013.

- SOUZA, M. T.; SILVA M. D.; CARVALHO, R. – Revisão integrativa: o que é e como fazer?. *Einstein*. (2010), p. 102-106.
- WHO - Recommendation for Induction Labor. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2011
 - *Promoting the health of mothers and newborns during birth and the postnatal period*. Genève: WHO, 2007
 - *Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage*. Making Pregnancy Safer. Geneva: WHO, 2006
 - *Assistência ao Parto Normal: Um guia Prático*. Grupo técnico de trabalho - Departamento de investigação e saúde reprodutiva. OMS, 1996
 - *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*. WHO/UNICEF, 1991.
- ZUGAIB, Marcelo – *Obstetrícia*. Brasil: Editora Manole Lda., 2008.

ANEXOS

ANEXO I - PARTOS REALIZADOS E PARTICIPADOS

DATA	PARTURIENTES		PARTOS EXECUTADOS		PARTOS PARTICIPADOS	
	Risco	Normais	Sem episiotomia	Com episiotomia	Cefálicos	Pélvicos
16-03-14		X		X		
18-03-14		X		X		
18-03-14		X		X		
23-03-14		X		X		
26-03-14		X	X			
26-03-14		X		X		
07-04-14		X		X		
09-04-14		X		X		
12-04-14	X			X		
12-04-14		X		X		
22-04-14			X			
25-04-14		X		X		
27-04-14		X		X		
28-04-14		X		X		
28-04-14		X		X		
29-04-14		X		X		
02-05-14		X		X		
06-05-14	X			X		
07-05-14	X				X	
07-05-14	X				X	
07-05-14		X			X	
12-05-14		X		X		
13-05-14		X		X		
13-05-14		X		X		
17-05-14		X		X		
17-05-14		X		X		
17-05-14		X		X		
19-05-14		X		X		
22-05-14		X		X		
22-05-14	X			X		
22-05-14		X		X		
23-05-14		X		X		

27-05-14		X	X			
27-05-14		X			X	
29-05-14		X	X			
29-05-14		X	X			
29-05-14		X			X	
29-05-14		X			X	
29-05-14		X			X	
30-05-14	X				X	
03-06-14		X			X	
03-06-14		X			X	
06-06-14		X			X	
06-06-14		X			X	
10-06-14		X			X	
10-06-14		X			X	
16-06-14	X				X	
25-06-14		X			X	
26-06-14		X			X	
26-06-14		X			X	
28-06-14		X			X	
07-07-14		X			X	
11-07-14		X			X	
16-07-14		X			X	
16-07-14		X			X	
16-07-14		X	X		X	
16-07-14		X			X	
TOTAL	7	50	6		49	3
						0