

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

**Preparação para o Parto: Gestão de Expectativas como  
Intencionalidade dos Cuidados**

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Maria Cordeiro dos Santos Pinto Camelo

Porto | 2021



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

**Maria Cordeiro dos Santos Pinto Camelo**

**Childbirth Preparation: Managing expectations as intentional care**

Relatório de Estágio

orientado pela Professora Doutora Alexandrina Cardoso

coorientado pela Professora Bárbara Leitão

Maria Cordeiro dos Santos Pinto Camelo

Porto | 2021

## Agradecimentos

Este trabalho representa o final de uma grande e importante etapa na minha vida. Uma etapa que decorreu durante um período atípico nas nossas vidas e no mundo e que requereu muito sofrimento, cansaço, esforço e dedicação. Chegar ao fim com o sentimento de missão cumprida é inexplicável. Não podia, por isso, não agradecer a pessoas que foram essenciais para a execução de todo este percurso.

Gostaria de começar por agradecer à Professora Doutora Alexandrina Cardoso pela presença, acompanhamento incansável, incentivo e pelo apoio que foram determinantes para a conclusão desta etapa. Agradecer, também, pela exigência e rigor solicitado na elaboração deste trabalho e na execução de todos os outros materiais que fizeram parte de todo o mestrado. Obrigada por me ter feito apaixonar ainda mais pela Saúde Materna e Obstétrica.

Às Mestres Andreia Soares e Ana Rute Furtado por terem sido fundamentais na minha formação, por tudo o que me ensinaram ao longo dos estágios e de todos os desafios que foram surgindo. Obrigada por confiarem em mim e nas minhas capacidades.

A ti Afonso, porque sem ti não teria chegado ao fim. Pela tua motivação, incansável presença e apoio em todos os dias e horas de trabalho. O teu companheirismo, amor e compreensão tornaram isto possível. Muito obrigada.

Aos meus pais e à minha irmã pela presença, otimismo, incentivo e confiança que sempre demonstraram por mim e pelo meu percurso académico. Obrigada.

Por fim, mas não menos importante, agradecer às equipas do serviço de Puerpério e do Bloco de Partos do Hospital Pedro Hispano que me acolheram, me ensinaram muito daquilo que sei hoje e me moldaram para ser uma melhor pessoa e profissional. A todas as famílias que me proporcionaram momentos únicos e de aprendizagem, um muito obrigada, também.

## Abreviaturas | Siglas | Acrónimos

AC - Alojamento Conjunto

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

AM - Aleitamento Materno

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

BP - Bloco de Partos

COC - Contracetivo Oral Combinado

COP - Contracetivo Oral Progestativo

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção Geral de Saúde

DPP - Depressão Pós-Parto

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EV - Endovenosa

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

HIV - Hemorragia Intraventricular

HPH - Hospital Pedro Hispano

IG - Idade Gestacional

IM - Intramuscular

IMC - Índice de Massa Corporal

ITP - Indução de Trabalho de Parto

LA - Líquido Amniótico

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

MEF - Monitorização Eletrónica Fetal

OMS - Organização Mundial de Saúde

PE - Pré-eclâmpsia

PPT - Parto Pré-Termo

RCIU - Restrição de Crescimento Intrauterino

RN - Recém-Nascido

SDR - Síndrome de Dificuldade Respiratória

TP - Trabalho de Parto

VO - Via Oral

## Resumo

O presente relatório de estágio tem como finalidade descrever os marcos mais relevantes do processo de aquisição e desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica nas áreas dos cuidados em enfermagem dessa mesma área, nomeadamente, a gravidez, o trabalho de parto e o pós-parto, que decorreu no Hospital Pedro Hispano. O desenvolvimento destas competências teve como base o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica definidos pela Ordem dos Enfermeiros. É ainda objetivo deste relatório, apresentar o resultado de uma revisão integrativa da literatura, com base em estudos encontrados em diversas fontes de dados enquanto contributo para uma prática baseada na evidência centrada na identificação de expectativas face ao parto. Esta revisão potenciou a reflexão sobre aspetos interligados com a transição para a parentalidade, tendo em consideração a evidência científica mais atual, com efeito na qualidade dos cuidados prestados.

A temática escolhida prende-se com a necessidade de aquisição e enriquecimento do conhecimento científico centrada na promoção da preparação para o parto com o objetivo de compreender quais são as expectativas das mulheres grávidas em relação ao parto. A criação de expectativas para grandes eventos e acontecimentos da vida de cada um, vai facilitar a preparação física e mental para encarar aquele momento e o momento do parto não é exceção. A identificação dessas expectativas e desejos numa fase precoce, ou seja, durante o período pré-natal, por parte dos profissionais de saúde que acompanham as grávidas pode ser fundamental na gestão e satisfação, para assim, a sua vivência e experiência de parto ser a mais positiva possível. Após a realização da revisão integrativa da literatura, foi possível identificar 7 categorias diferentes onde foram agrupadas as expectativas: 1) o apoio da equipa médica e de enfermagem; 2) a via de parto; 3) a dor no parto; 4) o apoio do companheiro/pessoa significativa; 5) o controlo e a participação nas tomadas de decisão; 6) o respeito e preservação da dignidade; e, 7) a sobrevivência do recém-nascido. Foi possível verificar que há uma grande necessidade de se realizar mais estudos sobre esta temática, sendo que a maior parte dos artigos que se encontram são realizados fora de Portugal e da Europa.

Palavras-chave: expectativas; gravidez; trabalho de parto; parto



## Abstract

The purpose of this internship report is to describe the most relevant milestones in the process of acquiring and developing skills as a nurse specialist in maternal and obstetric health, at Hospital Pedro Hispano, specifically in the areas of pregnancy, labor/childbirth and postpartum. The development of these competences was based on the Regulation of Specific Competences of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health, defined by the Ordem dos Enfermeiros. It is also the aim of this report to present the result of an integrative literature review, based on studies found in various data sources as a contribution to an evidence-based practice centered on identifying expectations regarding childbirth. This review fostered a reflection on aspects linked to the transition to parenthood, considering the most current scientific evidence, with an effect on the quality of care provided.

The selected theme is related to the need of acquiring and enriching scientific knowledge focused on promoting preparation for childbirth to understand what the expectations of pregnant women in relation to childbirth are. The creation of expectations for major moments and events in each one's life will facilitate physical and mental preparation to face those same moments, and labor is no exception. The identification of these expectations and desires at an early stage, that is, during the prenatal period, by the health professionals can be fundamental in the management and satisfaction of pregnant women, making their experience as positive as possible. After performing the integrative literature review, it was possible to identify 7 different categories, grouped by types of expectations: 1) the support of the medical and nursing team; 2) type of delivery; 3) pain in childbirth; 4) support from the partner/significant other; 5) control and participation in the decision-making process; 6) respect and preservation of dignity; and 7) newborn survival. It was possible to verify that there is a great need to carry out more studies on this subject, since most of these studies are being carried out outside Portugal and Europe.

Keywords: expectations; pregnancy; labor; childbirth



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE GRÁVIDAS DE RISCO.....	17
1.1 Contexto do desenvolvimento de competências no âmbito da adaptação à gravidez com complicações .....	18
1.1.1 Intervenções resultantes de prescrição em grávidas internadas por APPT.....	21
1.1.2 A transição saúde/doença: ajustar-se/viver com pré-eclâmpsia .....	25
1.1.3 Promoção de uma transição saudável face ao diagnóstico pré-eclâmpsia: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem.....	28
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS	31
2.1 Contexto do desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho de parto ...	33
2.1.1 O meu olhar face ao trabalho de parto e a uma experiência significativa para a parturiente .....	35
2.1.2 Intervenções resultantes de prescrição face ao trabalho de parto.....	38
2.1.3 Diagnóstico: trabalho de parto.....	41
2.1.4 Avaliar a evolução do trabalho de parto .....	43
2.1.5 Facilitar o trabalho de parto: intervenções de enfermagem e critérios para a sua implementação .....	48
2.1.6 Contribuir para uma experiência positiva de parto: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem .....	53
2.1.7 Facilitar a adaptação à vida extrauterina: intervenções de enfermagem.....	57
3. REVISÃO DA LITERATURA: PREPARAÇÃO PARA O PARTO: GESTÃO DAS EXPECTATIVAS COMO INTENCIONALIDADE DOS CUIDADOS .....	61
3.1 Problemática .....	62
3.2 Procedimentos metodológicos.....	64
3.3 Apresentação dos resultados .....	67
3.4 Discussão dos resultados .....	68

3.5	Conclusão .....	76
4.	DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE PUERPÉRIO ....	79
4.1	Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito do pós-parto.....	80
4.1.1	Avaliar a evolução da recuperação pós-parto .....	83
4.1.2	Avaliar a evolução do desenvolvimento infantil .....	89
4.1.3	Promover a recuperação pós-parto.....	91
4.1.4	Promover a adaptação à parentalidade .....	94
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	101
	Anexo 1 - Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa .....	110
	Anexo 2 - Níveis de Evidencia JBI .....	131

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Tabela 1</b> - Número de grávidas assistidas no serviço Materno-Fetal do HPH .....	20
<b>Tabela 2</b> - Número de experiências realizadas no serviço de bloco de partos .....	35
<b>Tabela 3</b> - Índice de Bishop.....	38
<b>Tabela 4</b> - Estratégia PICO definida.....	65
<b>Tabela 5</b> - Número de puérperas e recém-nascidos assistidos no serviço de puerpério do HPH .....	83

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fluxograma PRISMA dos estudos selecionados.....	66
---	----

## INTRODUÇÃO

A formação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) proporciona ao estudante, segundo o Regulamento do 2.º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), a opção pela realização de um estágio de natureza profissional, no segundo ano do curso, com a elaboração e discussão de um relatório de estágio com vista à conclusão do mesmo.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) (2019), o enfermeiro especialista possui competências científicas, humanas e técnicas para prestar cuidados individualizados na área da sua especialidade, para além das competências comuns e as relativas aos cuidados gerais. Nesse mesmo Regulamento, estão explanadas as seguintes competências do EEESMO: 1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; 2. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, pós-natal e durante o trabalho de parto (TP) e parto; 3. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério; 4. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; e 5. Cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. Por esse motivo, os cuidados prestados no âmbito da gravidez com complicações, do TP e parto e do puerpério culminaram na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas fundamentais para a prática clínica em enfermagem.

A unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final é concebido para dar resposta às competências específicas de ESMO. De uma forma global, os objetivos gerais do Estágio de Natureza Profissional com relatório final, ao longo do percurso académico, é que o aluno seja capaz de: identificar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem especializadas, centrados nas necessidades em cuidados à mulher com alterações ginecológicas, à mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco; analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e inovadoras na área científica; operacionalizar competências de análise crítica e capacidade de síntese inerentes à elaboração e discussão do relatório, colocando em evidência a relevância das competências especializadas em SMO adquiridas durante o processo e mobilizando a evidência científica para responder a questões relevantes da prática clínica.

Assim, o estágio decorreu no Hospital Pedro Hispano (HPH), nos serviços de puerpério, grávidas de risco/materno-fetal e bloco de partos. A realização de todos os ensinamentos clínicos

proporcionou-me a vivência de diferentes e diversas experiências, tendo passado por um período de integração em cada um, com a possibilidade de conhecer os protocolos definidos, as rotinas existentes, o sistema de informação relacionado com a documentação dos cuidados de enfermagem, a dinâmica e o funcionamento de equipas multidisciplinares ligadas a uma área tão específica de enfermagem. Permitiu, ainda, a consolidação de conhecimentos adquiridos, o treino/operacionalização dos mesmos na prática, bem como, a pesquisa por evidência científica mais atual e fidedigna relativamente a diversos temas relacionados com a prática desta área.

O relatório é constituído por duas partes: uma primeira parte em que se centra na análise e reflexão das atividades realizadas e que irá descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências ao longo dos ensinamentos clínicos nas três unidades de cuidados que constituem a área da saúde materna e obstétrica; e uma segunda parte que se irá focar na realização de um processo de investigação utilizando um método específico da Prática Baseada na Evidência (PBE), que se denomina por Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Para a realização desta investigação, houve a oportunidade de selecionar uma temática, relacionada com os cuidados da EEESMO, e que se considera útil na contribuição e enriquecimento de conhecimentos e sustentação teórica das práticas clínicas.

O momento do parto é, sem dúvida, um dos momentos mais importantes da vida de uma mulher e que a marcará para sempre, podendo ser pela positiva como pela negativa. Nesta etapa, os cuidados que são prestados têm a capacidade de afetá-la tanto física como psicologicamente, quer a curto, quer a longo prazo. Todas as mulheres criam expectativas antes e durante a gravidez em relação ao seu parto, mas durante o trabalho de parto, essas mesmas expectativas desempenham um papel muito determinante na sua resposta e na satisfação com todo o processo. A percepção com que a mulher fica do seu parto e do momento do nascimento do seu filho está, intrinsecamente, relacionada com o nível de satisfação com o processo. Identificar essas expectativas, os desejos e as necessidades tanto da mulher como do companheiro, vai contribuir para que os profissionais de saúde consigam implementar cuidados individualizados, e com um objetivo comum: uma experiência de parto positiva.

O relatório que aqui se apresenta visa, então, descrever, de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas e de que modo contribuíram para o desenvolvimento de competências no âmbito da ESMO. Sempre que oportuno, o relato e análise das atividades são confrontadas ou suportadas pela evidência científica disponível.

Posto isto, o presente relatório está dividido em quatro capítulos diferentes. Um primeiro capítulo que tem como objetivo descrever os cuidados prestados à mulher na adaptação à gravidez e parentalidade, nomeadamente, com complicações; o segundo capítulo que pretende traçar o percurso percorrido, bem como, o acompanhamento prestado à parturiente/casal durante o trabalho de parto e parto; um terceiro capítulo que irá fazer referência à Revisão Integrativa da Literatura, com uma análise crítico-reflexiva relativa à escolha da temática, a

metodologia de pesquisa realizada, respectivos resultados obtidos e discussão dos mesmos. Por último, um quarto capítulo que se irá focar na prestação de cuidados ao longo do acompanhamento da puérpera/casal e recém-nascido no internamento do puerpério.

Como irá ser abordado ao longo do relatório, a pesquisa por evidência científica é um ponto de partida para a melhoria contínua dos cuidados prestados, sendo um importante contributo para o desenvolvimento do saber ser, saber estar e saber fazer. Sendo a Enfermagem a “arte de saber cuidar”, então, o enriquecimento do conhecimento teórico torna-se fundamental para a prestação de cuidados com qualidade.

## 1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE GRÁVIDAS DE RISCO

Cuidar da grávida é uma dimensão relevante das competências de EEESMO, por isso, uma parte do estágio foi realizado no serviço de grávidas de risco do HPH. A este foram atribuídas 100h de contacto e foi realizado sob a orientação/supervisão de uma EEESMO, entre os dias 4 de janeiro e 5 de março de 2021.

Este serviço é caracterizado pelo internamento de grávidas com patologia associada, bem como a prestação de cuidados e o acompanhamento de parturientes submetidas a indução do Trabalho de Parto (ITP), com ou sem patologia associada, também.

A gravidez é um processo fisiológico que comporta muitas mudanças na mulher, a vários níveis e, por esse motivo, tem, naturalmente, alguns riscos associados. A probabilidade de ocorrência destes riscos, pode aumentar quando há relação com alguns fatores específicos. Segundo Rodrigues et al. (2016), uma gravidez de risco é definida como qualquer gravidez que manifesta a evidência de uma ameaça real ou um possível dano à saúde ou vida da mulher e/ou do feto, por causa de um distúrbio ou situação coincidente com a mesma ou que pode ser única da gravidez. As gestações de risco afetam um número significativo de mulheres todos os anos e implicam cuidados especializados e que podem ser fornecidos pelas EEESMOS. Corroborando esta ideia, Oliveira & Mandú (2015), defendem que risco se relaciona com o facto haver a probabilidade de ocorrer um desfecho desfavorável para a saúde (um dano biológico ou um fenómeno indesejado). O estudo deste conceito e a sua aplicabilidade na prática clínica, tem contribuído para a prevenção e o controlo de doenças, nomeadamente no que toca à saúde reprodutiva. No entanto, no período pré-natal as gravidezes são identificadas como tendo um risco habitual e inerente às mudanças/ajustes que acontecem durante a mesma, ou então de maior risco. Neste último e pior cenário, a mulher é encaminhada para cuidados de saúde especializados.

A vivência de uma gravidez de alto risco exige cuidados mais complexos, envolvendo a mulher num estilo de vida repleto de modificações, que já eram inerentes à gravidez e que foram acrescidas pelo risco associado. Para além disso, poderá existir a necessidade de um suporte farmacológico com possível hospitalização. Nesta fase, as mulheres, em maior parte dos casos, vão experienciar sentimentos de vulnerabilidade e labilidade emocional, por estarem expostas a acontecimentos e sentimentos stressantes (Rodrigues et al. 2016). A vulnerabilidade cruza-se com a relação entre a saúde e aspetos ambientais, sociais, políticos, familiares, culturais, individuais e comunitários. No período pré-natal, essa perspetiva visa considerar os efeitos da relação entre aspetos individuais e contextuais na exposição das mulheres grávidas não só às

doenças que estão a vivenciar, como também ao sofrimento que experienciam aliado ao sentimento de impotência face a situações desfavoráveis que vão ocorrendo. As mulheres vivenciam a gravidez atribuindo-lhe significados em todas as fases, nomeadamente, ao processo reprodutivo, às necessidades que vão sentindo, as intercorrências que surgem no processo e às suas causas e aos recursos de saúde. Os significados atribuídos a cada momento vão influenciar a maneira com a mulher se vê a si própria e como cuida da sua saúde. Desse modo, no acompanhamento pré-natal das gravidezes de risco importa, não só focarmo-nos na saúde física da mulher, mas também compreender e considerar as suas vivências, as suas vulnerabilidades e os significados que esta atribui a todo o processo (Oliveira & Mandú, 2015).

Posto isto, a gravidez representa o maior período em que o EEESMO pode intervir e que poderá contribuir para uma adaptação saudável à mesma, a identificação de potenciais complicações e a gestão dos seus efeitos colaterais, assim como, para a preparação para a parentalidade. Assim sendo, foram definidas pela Ordem dos Enfermeiros algumas competências consideradas relevantes na área da assistência pré-natal presentes no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, no artigo 4.º, no n.º 1, na alínea b) que refere que compete ao EEESMO cuidar da mulher “inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”. Acresce ainda que, de acordo com o Anexo I do Regulamento mencionado, o EEESMO assume a responsabilidade dos cuidados de enfermagem especializados durante a gravidez, na “assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal, de forma potenciar a sua saúde, a detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2020).

Estas competências inerentes aos cuidados da EEESMO assumem um carácter crucial no que toca à prestação de cuidados à mulher grávida de risco. Os cuidados prestados têm como objetivo o acompanhamento da mesma, potenciando a sua saúde para obter os melhores ganhos e desfechos possíveis, tanto para ela, como para o seu filho.

### **1.1 Contexto do desenvolvimento de competências no âmbito da adaptação à gravidez com complicações**

O serviço de grávidas de risco do Hospital Pedro Hispano é composto por seis camas, as quais estão divididas em três quartos diferentes: uma primeira enfermaria que contém duas camas, onde se prioriza o internamento de grávidas com patologias associadas; um segundo quarto com apenas uma cama que, neste momento de pandemia que vivenciamos, está destinado para o

internamento de grávidas que aguardam o resultado do teste COVID-19; e, por último, uma enfermaria com mais três camas onde ficam, normalmente, as grávidas que têm o diagnóstico de indução do trabalho de parto ou, se a primeira enfermaria estiver completa, grávidas com alguma patologia associada, podem também ficar nesta última enfermaria.

Este tipo de organização favorece a adaptação das mulheres à situação que estão a vivenciar no momento. Com isto quero dizer que, as grávidas com patologia associada ficam numa enfermaria com apenas duas camas, onde têm a oportunidade de experienciar um ambiente mais calmo, com menos estímulos e perto do gabinete médico e de enfermagem. Por outro lado, as parturientes que vêm induzir o TP ficam, à partida, todas juntas na mesma enfermaria o que pode ser uma mais-valia para trocarem expectativas, experiências anteriores e receios umas com as outras. O facto de poderem partilhar aquilo que sentem e pensam, assim como algumas fizeram nas sessões de preparação para o parto, pode fazer com que fiquem mais tranquilas e se sintam mais compreendidas e num ambiente menos estranho e mais confortável. No entanto, como todas as mulheres são diferentes, pode haver grávidas que não se sintam bem a partilhar o quarto com outras mulheres, como aconteceu várias vezes e peçam para delinear o seu espaço com as cortinas perto da sua cama.

O serviço, para além dos quartos, tem também uma sala de refeições para as mulheres internadas e respetivos acompanhantes, no caso de indução do TP, uma casa de banho para as mesmas e outra para os profissionais de saúde, uma sala destinada à equipa médica; uma copa para os profissionais de saúde; o gabinete de enfermagem e um aprovisionamento que contém todos os materiais e medicação que dão apoio ao serviço. Sendo um serviço com um carácter especial, onde a maior parte das internadas são grávidas com patologias, o facto de ser pequeno pode facilitar este processo de transição e a vivência deste episódio tão diferente e que proporciona às mulheres stresse, medo e tristeza, sendo de considerar e louvar a sua sobriedade, calma e organização.

Em cada turno do dia, manhã, tarde e noite, só está presente uma EEESMO e uma assistente operacional. As rotinas do turno englobam começar com a passagem de turno, de seguida a preparação da medicação, a vigilância dos sinais vitais e a realização dos cuidados de higiene no leito no caso das grávidas que têm indicação de repouso absoluto. As mulheres que não têm esta indicação, vão à vez realizar os seus cuidados de higiene no WC. Após estes cuidados de conforto e de tomarem o pequeno-almoço, procede-se à monitorização com Cardiotocografia (CTG). No caso das patologias gravídicas pode ser necessária alguma intervenção mais específica prescrita pelo médico que se tem que gerir com as outras intervenções e atitudes terapêuticas. Por outro lado, no caso das grávidas submetidas a indução do TP, procedia-se ao acolhimento de enfermagem e ao serviço que facilita o processo de adaptação ao serviço, permite aumentar a confiança e diminuir o stresse face à situação de transição que estão a vivenciar. Após o acolhimento era realizada a avaliação inicial que consistia na colheita de dados através do processo clínico e da entrevista direta à mulher e, por vezes, ao companheiro. Era explicado todo o processo e rotinas do serviço e realizado o CTG após lhe ter sido

administrado o meio de indução (prostaglandinas). No caso da equipa médica optar por induzir com métodos mecânicos ou com ocitocina, a grávida fica logo de início internada no bloco de partos. A vigilância nestas grávidas prendia-se, principalmente, com o bem-estar materno, nomeadamente a monitorização da dor e a implementação de técnicas para alívio da mesma. Neste caso, era sugerido à grávida a utilização de métodos não farmacológicos, como a utilização da bola de pilates, a deambulação, o uso da água, da música ou a massagem realizada pelo companheiro ou até por nós, profissionais. Se a mulher não quisesse, ou se estas técnicas já não fossem eficazes, poderia optar pelo método farmacológico e administrava-se petidina, via IM, segundo protocolo do serviço. Por outro lado, o bem-estar fetal era outra vigilância que estava interligada ao bem-estar materno que, como disse anteriormente, era avaliado através do CTG.

Durante o ensino clínico fui-me apercebendo que o primeiro contacto com as grávidas era o ponto de partida para estabelecer uma relação empática com elas, respeitando as suas vontades e fazendo-as perceber que poderiam confiar em mim para esclarecer dúvidas ou para as acompanhar durante o trabalho de parto. O mesmo acontecia com as grávidas que estavam internadas com alguma patologia associada. O primeiro impacto no início do turno, a maneira como me dirigia às mesmas fazia toda a diferença no comportamento que adotavam ao longo do turno e dos dias que estavam internadas. Senti, por isso, que tinha uma facilidade muito grande na relação com todas as mulheres e que lhes conseguia transmitir segurança e confiança para partilharem comigo inseguranças, expectativas, pensamentos e sentimentos. Ajudou-me, sem dúvida, a desenvolver estratégias e a aumentar os conhecimentos para melhorar a adaptação das mesmas à gravidez com complicações.

Foram diversos os casos de grávidas com patologias e condições com que me deparei no internamento Materno-Fetal, nomeadamente, a ameaça de parto pré-termo (APPT), pré-eclâmpsia; patologias renais; e indução do TP por restrição do crescimento intrauterino (RCIU). Algumas destas patologias/condições irão ser mais exploradas nos pontos seguintes para se compreender melhor em que consistem e que cuidados foram prestados no sentido de promover a saúde da díade grávida-feto e prevenir complicações. Foram também prestados cuidados a grávidas sem nenhuma patologia que estavam a induzir o parto e outras que estavam, também, a induzir, mas que tinham diabetes gestacional, hipo ou hipertiroidismo e excesso de peso.

Desta forma, durante o estágio, foram várias as grávidas alvo dos meus cuidados, procurando prestar cuidados individualizados que promovessem a saúde das mesmas e a transição para a maternidade. O Quadro 1 referencia esse total, considerando as grávidas com risco moderado e as que foram alvos de cuidados aquando da indução do TP.

**Tabela 1** - Número de grávidas assistidas no serviço Materno-Fetal do HPH

Grávidas alvo de cuidados	
De moderado/ elevado risco	Em indução do TP
45	20
Total: 65	

Fonte: autora, 2021

Durante a gravidez, a mulher sofre alterações físicas e emocionais, por ocorrerem não só alterações no seu corpo, mas também a nível familiar, conjugal e noutras relações interpessoais. Assim sendo, a adaptação fisiológica a todas as novas condições com que se depara numa gravidez, requer uma reflexão sobre todo o processo e, como não podia deixar de ser, por parte dos profissionais de saúde também. Neste sentido, faz sentido mencionar que algumas dessas mudanças podem desencaminhar o desequilíbrio da estrutura emocional da mulher, dificultando o seu processo de adaptação aos novos desafios impostos pela gravidez. Neste capítulo, vai ser também mencionado a importância do suporte emocional nesta fase crítica da vida de uma mulher que, não só está a experienciar um processo repleto de alterações no seu corpo e na sua vida, como ainda tem que lidar com uma patologia diagnosticada no decurso da mesma (Costa et al. 2010).

### 1.1.1 Intervenções resultantes de prescrição em grávidas internadas por APPT

Efetivamente, como foi referido no ponto anterior, foram várias as patologias com que tive contacto durante o estágio de gravidez com complicações, mas a mais comum foi a APPT. Inerente a esta condição, destacamos como intervenções resultantes de prescrição a administração de terapêutica, monitorização da contractilidade uterina e estado do feto através de CTG e promover o repouso no leito.

Esta patologia define-se pelo aparecimento de contractilidade uterina frequente e regular, produzindo a formação do segmento inferior uterino antes das 37 semanas de gravidez, mas sem repercussões ao nível do colo do útero. O trabalho de PPT está associado a uma sintomatologia idêntica, mas implica mudanças no colo uterino, nomeadamente, a extinção e dilatação do mesmo. Importa perceber que, considera-se parto pré-termo (PPT) todos os partos que ocorrem entre as 22 e as 36 semanas e seis dias de gestação e é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade neonatal (Magro et al. 2018). As principais causas têm origem em patologia materna, o que aumenta os riscos para a mãe e para o filho. As causas mais conhecidas são a rutura prematura de membranas (RPM), coriamnionite, infeção do trato urogenital, anomalias da placenta, anomalias uterinas, incompatibilidade cérvico-ístmica, patologias

fetais, contratilidade uterina, entre outros. Durante a vigilância pré-natal é fundamental a avaliação do risco para PPT, em que os profissionais especializados se devem basear na história obstétrica e no exame físico da grávida, para detetar situações de risco atempadamente. O diagnóstico da APPT/PPT não é de fácil realização e, muitas vezes, podem ser adotadas intervenções desnecessárias que não favorecem o processo (Magro et al. 2018).

Deparando-me com este diagnóstico e com a necessidade de internamento das grávidas, as intervenções que realizava eram, sobretudo, centradas na promoção do bem-estar materno e fetal. De acordo com os protocolos do serviço e segundo indicação médica, promovia o repouso parcial no leito, e por vezes repouso absoluto, auxiliando as mulheres nos cuidados de higiene, vigilância da contratilidade uterina e a auscultação fetal, a administração de tocolíticos e corticoterapia. Os RN pré-termo são, geralmente, bebés mais propensos a desenvolver doenças e menos propensos a sobreviver quando comparados com os RN de termo. Quanto mais cedo nascerem, mais probabilidade vão ter de adquirir doenças e de não sobreviver. O adiamento do parto, pelo tempo que for, pode melhorar as taxas de morbilidade e mortalidade neonatal, pois permite à grávida receber medicação para ajudar na maturação pulmonar e a permitir que os bebés se desenvolvam o mais rápido possível antes de nascerem. Para este fim, os fármacos mais utilizados são denominados de corticosteroides (o mais utilizado no HPH era a dexametasona) e os que atrasam o parto prematuro são denominados de tocolíticos (tendo sido os mais utilizados a nifedipina 20mg, via oral (VO), de 8/8h durante 48 horas e o atosiban - administrado por via endovenosa (EV) e em três diferentes tomas) (Flenady et al., 2014).

Segundo Flenady et al. (2014), os tocolíticos são medicamentos utilizados na inibição do parto prematuro, permitindo o máximo de ganho de tempo possível para a maturação fetal, melhorando, assim, os resultados neonatais à medida que a gravidez avança. Existe uma grande variedade de fármacos tocolíticos, no entanto, aqueles que irei explorar são os que eram administrados às grávidas no internamento em questão. Relativamente à nifedipina, esta atua como bloqueador dos canais de cálcio para impedir o parto prematuro, permitindo o ganho de tempo para a administração de corticosteroides e a transferência, por vezes necessária, para uma unidade de cuidados mais especializados, possuindo menos efeitos secundários relativamente aos fármacos betamiméticos. Estes últimos, muitas vezes utilizados também como tocolíticos (salbutamol, terbutalina, entre outros), têm uma ação eficaz em atrasar o parto durante dias ou semanas e, até aos dias de hoje, poucos foram os estudos que encontraram impactos significativos a nível da mortalidade perinatal. No entanto, são fármacos que têm associados frequentes e graves efeitos colaterais, tais como, taquicardia, hipotensão, tremores e têm sido relacionados com eventos cardiovasculares e respiratórios com risco de vida. Por outro lado, outro tocolítico muito utilizado no HPH, e a nível mundial, é o atosiban. Este fármaco é definido como um recetor dos antagonistas da oxitocina e atua no endométrio, relaxando-o, impedindo, desta forma, o aumento do cálcio intracelular. Estudos preliminares realizados em mulheres grávidas e não grávidas sugeriram uma incidência muito baixa nos efeitos secundários a nível materno (Flenady et al., 2014).

Segundo McGoldrick et al. (2020), a síndrome de dificuldade respiratória (SDR) é uma complicação séria associada ao nascimento prematuro e é a principal causa de morte neonatal precoce e de deficiências. Afeta cerca de metade dos RN nascidos até as 28 semanas e um terço dos bebês nascidos até as 32 semanas. A insuficiência respiratória nesses bebês ocorre como resultado da deficiência de surfactante, mau desenvolvimento anatômico pulmonar e imaturidade noutros órgãos. A sobrevivência neonatal após o PPT melhora quanto mais tempo a gravidez durar, refletindo uma maior maturidade dos sistemas orgânicos. No entanto, aqueles que sobrevivem aos cuidados neonatais precoces têm um risco aumentado de deficiência neurológica a longo prazo. A terapia com corticosteroides é utilizada na maturação pulmonar para prevenir ao máximo a SDR e a mais utilizada no internamento das grávidas de risco no HPH era a dexametasona 6mg, administrada por via intramuscular (IM) num total de quatro doses com intervalos de 12 horas entre elas. Esta terapia, segundo protocolo hospitalar, deve ser instituída a grávidas entre as 24 e as 34 semanas de gestação, caso se encontrem em risco de parto prematuro. Importa referir que a administração deste fármaco, é mais eficaz na prevenção da doença da membrana hialina se o parto ocorrer entre as 24 horas e os sete dias após a última toma, no entanto, é eficiente na diminuição da mortalidade neonatal mesmo que o nascimento ocorra até 24 horas depois da sua administração. Liggins (1972) cit. por McGoldrick et al. (2020), teorizou que a dexametasona pode acelerar o aparecimento do surfactante pulmonar. A hipótese é que os corticosteroides atuam com o objetivo de desencadear a síntese do ácido ribonucleico que codifica, para determinadas proteínas envolvidas, a biossíntese de fosfolípidios ou a quebra do glicogênio. De acordo com McGoldrick et al. (2020), vários estudos demonstraram que os corticosteroides administrados antes do PPT (como resultado do trabalho de parto prematuro ou parto prematuro planeado) são eficazes na prevenção de SDR e mortalidade neonatal. O tratamento com corticosteroides também foi associado a uma redução significativa no risco de hemorragia intraventricular (HIV) e hemorragia cerebral. Os corticosteroides parecem exercer importantes efeitos vasoconstritores no fluxo sanguíneo cerebral fetal, protegendo o feto contra a HIV em repouso e quando desafiado por condições que causam vasodilatação, como a hipercapnia. Outros estudos não encontraram nenhum efeito na enterocolite necrosante ou doença pulmonar crónica da administração de corticosteroides no pré-natal (McGoldrick et al., 2020).

Relativamente às intervenções realizadas, corroborando o explanado anteriormente, era com o intuito de obter ganhos na saúde da grávida e do feto. A vigilância da contratilidade uterina era realizada através da CTG uma vez por turno, de acordo com o protocolo da instituição, e questionando a grávida sobre a sua perceção de contrações. A atividade uterina está presente durante toda a gravidez, podendo estar exacerbada na APPT. Este quadro caracteriza-se por quatro ou mais contrações uterinas por hora, numa idade gestacional (IG) inferior ou igual a 30 semanas, ou seis ou mais contrações por hora em IG superior às 30 semanas. Existem vários métodos de rastrear o bem-estar materno-fetal no pré e intraparto, sendo o mais utilizado e estudado a monitorização eletrónica fetal (MEF), sendo a CTG contínua uma forma de MEF. A realização da CTG é um método externo de monitorização da contratilidade uterina e permite

rastrear/vigiar o parto prematuro. Este método apresenta elevado valor preditivo negativo, no entanto, utiliza-se como meio para maior tranquilização dos profissionais de saúde e da grávida (Santana & Figueiredo, 2018). Ao questionar a grávida procurava determinados sinais/sintomas como dores abdominais/lombares e/ou sensação de pressão hipogástrica contínua e/ou expulsão do rolhão mucoso. Caso fosse necessário realizar exame vaginal para constatar a evolução do TP prematuro, este era realizado pelo obstetra da urgência. Durante o ensino clínico nas grávidas de risco, vivenciei uma situação de uma grávida que estava internada há dois meses (desde as 23 semanas até às 31 semanas), com o diagnóstico de APPT por rotura prematura de membranas (RPM) e que já tinham cumprido o esquema terapêutico com tocolíticos e corticosteroides, estando apenas a realizar antibioterapia. Todos os dias eram cumpridos os protocolos e realizadas todas as intervenções de enfermagem. Num dos turnos, foi realizada a CTG e o exame físico da grávida tendo sido, como referido anteriormente, questionada sobre a perceção de contratilidade uterina, dores abdominais e lombares e/ou pressão hipogástrica. Quando ia observar as características do líquido amniótico (LA), deparei-me com uma quantidade abundante e uma cor rósea, tendo informado a minha enfermeira tutora e a médica da urgência. Foi imediatamente transferida para a sala de urgência para ser avaliada pela equipa médica que concluiu estar em período expulsivo. Passados 20 minutos, tinha vivenciado o nascimento do seu filho Pedro, com 31 semanas e com um Apgar de 8/9/9. Foi imediatamente transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e a puérpera ficou em observação no bloco de partos.

Relativamente ao repouso no leito, alguns obstetras prescreviam o repouso no leito, outros não consideravam necessário. Segundo Santana & Figueiredo (2018), face ao diagnóstico de APPT, o tratamento a ser instituído consta no internamento, na vigilância através da CTG uma vez por turno, no repouso no leito, na eventual maturação fetal com corticoides e na tocolise, se ocorrerem alterações do colo uterino. De facto, segundo Rodrigues et al. (2016), o repouso no leito ou a restrição da atividade física deve ser prescrito e incentivado como forma de retardar o PPT e prevenir outras complicações. Quando havia esta necessidade, as grávidas eram auxiliadas nos seus cuidados de higiene no leito, fazendo o mínimo de movimentos possíveis e incentivadas a cumprir o repouso. Nestes casos, privilegiava o diálogo com as mesmas, incentivava-as a pedir aos seus companheiros ou familiares/pessoas significativas que as iam visitar, algum tipo de atividade que as entretece, como um livro, jogos e/ou música. Maior parte das vezes, progrediam de um repouso absoluto para repouso relativo, podendo apenas movimentar-se para os seus cuidados de higiene e para as refeições. Aquando da sua alta, eram incitadas para manter o repouso no leito no domicílio, absterem-se de relações sexuais e caso voltassem a perceber sinais de APPT, dirigir-se de imediato às urgências.

Contudo, o repouso na cama aliado à condição de saúde que as mulheres estão a experienciar está associado a inúmeras mudanças fisiológicas e psicossociais que alteram as funções de todos os principais sistemas orgânicos. Vários estudos relataram que mulheres hospitalizadas eram significativamente mais deprimidas do que mulheres noutros grupos com os quais foram

comparadas. Com relação à percepção de risco, os resultados da pesquisa sugerem que se uma mulher percebe um risco total acima da média para ela e para o seu filho, irá experimentar níveis aumentados de incerteza, impotência, sensação de perda da liberdade, isolamento social, maior sofrimento psicológico e um bem-estar geral diminuído (Rodrigues et al., 2016).

Para promover o bem-estar materno em grávidas com repouso no leito prescrito, para além das intervenções descritas e protocoladas, procurei escutar a mulher e atender às suas necessidades de forma a minimizar as emoções negativas. Em algumas situações, procurava incentivá-las a realizar atividades de lazer que as distraísse e que gostassem. Como referi anteriormente na situação da grávida que teve internada dois meses com o diagnóstico de APPT, levei-lhe um livro sobre a maternidade, após ter tido uma conversa com a mesma em que partilhou comigo que não tinha tido oportunidade de fazer preparação para o parto em grupo (pois tinha sido internada às 23 semanas de gestação) e que nunca tinha lido muita coisa sobre cuidados ao recém-nascido, sobre o parto e os primeiros dias pós-parto. Posto isto, analisei com a minha tutora e emprestei-lhe um livro para ler durante o internamento, sempre que lhe apetecesse, para que se fosse familiarizando com a transição que estava e que ia viver. Para além disso, sempre que possível, foram facilitadas as visitas de familiares e a presença do companheiro/pessoas significativas. Este grande período de mudanças deve ser acompanhado e apoiado por familiares e amigos com capacidade de diminuir as inseguranças que possam surgir, inclusive quando associadas ao diagnóstico de patologias. Desta forma, a mulher deve receber o suporte necessário, tanto dos profissionais de saúde como dos familiares/pessoas significativas, uma vez que existe uma intensificação dos conflitos internos da grávida em relação a si própria, como também alguns conflitos externos que afetam os relacionamentos interpessoais. No caso de a grávida ser hospitalizada, está sujeita ao afastamento familiar e à perda de privacidade, pelo que o suporte adequado facilita a partilha e a minimização de sentimentos menos positivos (Pio e Capel, 2015).

### **1.1.2 A transição saúde/doença: ajustar-se/viver com pré-eclâmpsia**

O período de gravidez tem inerente um processo de transição. Transição é tudo aquilo que envolve mudança e a maneira como ela é integrada na nossa vida. As transições são vivenciadas no contexto da vida da pessoa e implicam um ajustamento e *coping* face a eventos críticos. Desta forma, transição pode ser definida como a forma como a pessoa responde aos eventos de vida quando necessita de integrar mudanças no seu dia-a-dia (Meleis, 2010). Segundo Meleis (2010), o indivíduo está em constante interação com o meio que o rodeia, sendo influenciado por este e face a determinadas mudanças, este tem necessidade em se adaptar. Essas mudanças

podem corresponder à doença ou ao risco, ou mesmo até à presença de vulnerabilidade, podendo desencadear um desequilíbrio no indivíduo. Segundo a autora, qualquer pessoa numa situação de transição experiencia várias emoções, podendo muitas delas, estar relacionadas com as dificuldades encontradas na vivência desse processo.

Durante o processo de assistência em enfermagem é crucial que os enfermeiros sejam facilitadores do processo de transição que a pessoa em causa está a vivenciar e, por esse motivo, tenham em consideração todas as dimensões intrínsecas e extrínsecas da mesma. É fundamental que tenham a capacidade de identificar o tipo de transição que o indivíduo está a vivenciar para que possa desenvolver um plano de cuidados e de intervenções adequado às suas necessidades reais (Guimarães & Silva, 2016). A transição para a parentalidade constitui-se, na maioria das vezes, como um dos períodos mais importantes e desafiantes para a vida dos casais (Cruz & Mosmann, 2015). Estes passam de uma díade à construção da sua família onde assumem um compromisso para a vida com outro ser humano, vivendo um período de intensa adaptação aos novos papéis. Tornar-se mãe ou tornar-se pai é uma transição gradual e permanente que exige a interiorização das expectativas familiares e sociais quanto à adequação dos seus comportamentos e que obrigará à reorganização pessoal, profissional e conjugal dos elementos do casal (Meleis, 2010). Para a mulher, segundo Zanatta et al. (2017), tornar-se mãe requer determinadas tarefas de desenvolvimento tais como: a aceitação da gravidez, a identificação com o papel de mãe, a reorganização do eu e dos relacionamentos pessoais (principalmente com a sua própria mãe), a criação de relação com o feto e a preparação para a experiência de parto.

Os distúrbios hipertensivos são uma das principais complicações clínicas que aparecem durante a gravidez, afetando à volta de 10% das mulheres grávidas em todo o mundo. Explorando o diagnóstico em questão, a pré-eclâmpsia (PE), é uma patologia multisistémica definida pelo aparecimento de hipertensão arterial (pressão sistólica  $>140\text{mmHg}$  e pressão diastólica  $>90\text{mmHg}$ ) a partir da 20<sup>a</sup> semana de gestação e a coexistência de uma ou mais destas seguintes condições (NICE, 2020):

- Proteinúria (proporção de proteína: creatinina na urina de  $30\text{mg}/\text{mmol}$  ou mais **ou** proporção de albumina: creatinina de  $8\text{mg}/\text{mmol}$  ou mais, **ou** pelo menos  $1\text{g}/\text{litro}$  [2+] no teste de fita reagente).
- Ou outra disfunção orgânica materna:
  - Insuficiência renal (creatinina  $90\text{ micromoles}/\text{litro}$  ou mais,  $1,02\text{ mg}/100\text{ ml}$  ou mais);
  - Envolvimento do fígado (transaminases elevadas [alanina aminotransferase ou aspartato aminotransferase acima de  $40\text{ UI}/\text{litro}$ ] com ou sem quadrante superior direito ou dor abdominal epigástrica);
  - Complicações neurológicas, como eclâmpsia, estado mental alterado, cegueira, acidente vascular cerebral, dores de cabeça graves ou perda total ou parcial da acuidade visual;

- Complicações hematológicas, como trombocitopenia (contagem de plaquetas abaixo de 150.000/microlitro), coagulação intravascular disseminada ou hemólise;
- Disfunção uteroplacentária, como restrição de crescimento fetal, análise anormal da forma de onda doppler da artéria umbilical ou natimorto.

Estima-se que aproximadamente 2-8% das grávidas em todo o mundo sejam afetadas pela PE sendo responsável por 12% de restrições de crescimento fetal e 19% de partos prematuros. Acresce ainda que quanto mais precocemente ocorrer a PE, maior o risco de morte materna e perinatal (Eiland et al. 2012). Segundo os dados mais recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 14% da mortalidade materna mundial está diretamente relacionada com esta patologia e é a principal causa de morte materna na América Latina e Caraíbas (WHO, 2014).

A disfunção multiorgânica materna associada a esta patologia pode apresentar várias características clínicas, incluindo a eclâmpsia e a síndrome HELLP (hemólise, elevação das enzimas hepáticas e trombocitopenia) que são indicadores rigorosos de alterações orgânicas adicionais e de mortalidade (WHO, 2014). A sua etiologia específica é ainda desconhecida e apesar das várias suposições, apenas se concluiu que é uma síndrome multissistémica. Existem vários fatores incluindo a história familiar, pessoal e da própria gravidez, cuja presença se relaciona, mais ou menos, com o diagnóstico subsequente de PE. Abordando alguns desses fatores, a idade materna está, por exemplo, relacionada com o aumento do risco de desenvolver esta patologia, pois mulheres grávidas com idade igual ou superior a 40 anos têm duas vezes mais risco de desenvolver PE, independentemente do número de partos anteriores. Outro fator que infelizmente ainda é muito comum na sociedade é a obesidade, que a taxa de desenvolvimento desta patologia aumenta quanto maior for o índice de massa corporal (IMC). Por último, e entre outros fatores, a história prévia ou familiar de ocorrência desta síndrome está relacionada com o seu aparecimento. Isto é, as mulheres que tenham sido diagnosticadas com PE na primeira gravidez, têm uma grande probabilidade de desenvolver a doença em gravidezes subsequentes. Por outro lado, alguns estudos também mostraram que pode ser hereditário, uma vez que, o antecedente da patologia na mãe e/ou na irmã parece exercer forte influência na ocorrência da mesma na mulher em questão (NICE, 2020).

Posto isto, todas as grávidas diagnosticadas com PE poderão necessitar de ser internadas numa unidade de gravidez de risco, para serem acompanhadas e vigiadas, pois, como foi referido anteriormente, qualquer grávida com esta condição pode desenvolver complicações graves, podendo resultar em morte materna e/ou fetal (Ramos et al. 2017). O parto pode resolver a maioria dos sinais e sintomas, no entanto, as sequelas desta patologia podem persistir após o parto e, em alguns casos, pode-se desenvolver pela primeira vez no período pós-parto (Rana et al. 2019).

Assim sendo, a orientação clínica depende da gravidade da pré-eclâmpsia. Durante o estágio foram prestados cuidados a duas grávidas internadas com o diagnóstico de subida tensional, mas sem nunca terem desenvolvido para PE, ou seja, sem critério de gravidade. No entanto,

uma terceira grávida, com uma gravidez gemelar, foi internada, também, com o diagnóstico de subida tensional tendo evoluído para PE. Nesta situação, após três semanas de internamento, a seguir todos os protocolos, tratamentos, recomendações médicas e da equipa de EEESMOS, decidiram induzir o parto, às 29 semanas de gestação, pelos valores das análises sanguíneas terem vindo bastante alterados. Nos casos, então, sem gravidade, o tratamento expectante foi aquele que constatei. As minhas intervenções baseavam-se, sobretudo, para o incentivo de repouso no leito, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo para melhorar a perfusão sanguínea e aporte de oxigénio para o feto, a monitorização da tensão arterial (TA) de quatro em quatro horas, a realização de punção venosa para controlo analítico, a colheita de urina de 24 horas e/ou registo de diurese, a realização da CTG 1x/turno de acordo com o protocolo instituído, ou sempre que necessário, a gestão do regime dietético, nomeadamente a restrição de sal, e a vigilância de sinais e sintomas associados à pré-eclampsia como edema generalizado, alterações na visão, cefaleias e/ou epigastrialgias (WHO, 2014). Para além disso, a avaliação do conhecimento da grávida sobre a contagem dos movimentos fetais e dos sinais de alerta. No entanto, segundo a mesma fonte, é recomendado que, grávidas com pré-eclâmpsia, com um feto viável e uma gravidez inferior às 37 semanas de gestação, podem ser assistidas através de uma atitude expectante, excluindo HTA materna descontrolada, aumento da disfunção orgânica materna ou sofrimento fetal, e assegurando que as condições possam ser monitorizadas (WHO, 2014).

Corroborando o explanado anteriormente, a pré-eclâmpsia é uma síndrome multissistémica que para ser estudada na mulher em questão precisa de profissionais especializados e, por isso, é necessário a hospitalização da mesma. Medo de perder o bebé, preocupações com a sua própria saúde e a incerteza quanto ao futuro da gravidez causa, muitas vezes, sintomas como a ansiedade, o stresse, labilidade emocional e, por vezes, depressão. A adaptação que uma mulher vivencia numa gravidez normal já é, por si só, bastante complexa (Fiskin et al. 2016). Então numa gravidez de risco, onde o diagnóstico é pré-eclampsia e têm que ser internadas, sabendo os riscos de saúde que correm, torna-se, efetivamente, aterrorizador e solitário, podendo provocar sentimentos de impotência. Todas as intervenções abordadas anteriormente no diagnóstico de APPT, foram também implementadas nestes casos, onde percebia junto das mulheres, quais eram os seus maiores receios e de que maneira, nos EEESMOS poderíamos tornar todo aquele processo menos mau.

### **1.1.3 Promoção de uma transição saudável face ao diagnóstico pré-eclâmpsia: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem**

No domínio da gravidez, o EEESMO assume a responsabilidade pelo diagnóstico diferencial relativamente aos seguintes focos de atenção: Autocuidado durante a gravidez, Adaptação à Parentalidade e Ligação Mãe/Pai-Filho (PQCEESMO, 2018). Neste caso específico, nomeadamente, no diagnóstico de pré-eclâmpsia, abordado anteriormente, importa refletir mais profundamente acerca do papel do EEESMO na promoção de uma transição saudável face ao mesmo, na ligação mãe/pai-filho. Esta área de atenção da enfermagem, permite-nos ter um campo de atuação privilegiado onde a nossa intervenção pode contribuir para a criação da relação que começa ainda durante a gravidez e que se prolongará para toda a vida, entre os pais e o seu filho.

A Ligação Mãe/Pai-filho é definida pela CIPE como “apego com características específicas: estabelecimento de relações próximas entre a mãe e o filho, procura de mútuo contacto visual com a criança, iniciando o toque com os dedos da criança e chamando-a pelo nome” (ICNP, 2011).

Segundo Marciano & Naves do Amaral (2015), a promoção da ligação entre mãe e filho é, talvez, um dos maiores e mais interessantes desafios para a enfermagem. Assim, o enfermeiro, como é detentor de uma posição privilegiada junto dos casais, poderá ter um papel determinante no estabelecimento da interação precoce destes com os seus filhos, avaliando as suas necessidades e planeando os cuidados que cada casal necessita. Sabe-se hoje que a Ligação dos pais com o feto é o melhor preditor da ligação após o nascimento. A criação desta relação é também importante na satisfação e sensação de competência no exercício parental após o nascimento da criança (Marciano & Naves do Amaral, 2015). Neste sentido, foi importante compreender quais os dados que ajudavam a realizar o diagnóstico diferencial no âmbito da Ligação Mãe/Pai-Filho: casais que se referiam ao feto pelo nome (caso já tivessem decidido) e com carinho; acariciavam a barriga; casais que seguem as indicações dos profissionais da saúde no sentido de maximizar a sua saúde e a do feto; casais que tendem a descrever o feto associando os seus movimentos a características positivas; casais que procuram conhecimento sobre o desenvolvimento do seu bebé ao longo da gravidez; aqueles que mantêm relacionamentos conjugais estáveis; os que planearam a sua gravidez e têm bom suporte familiar, entre outros. Foi possível colher todos estes dados junto das mulheres/casais que estavam internados com o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Posto isto, consoante os diagnósticos de cada situação específica, foram implementadas intervenções específicas face ao foco Ligação Mãe/pai-Filho, nomeadamente promover o conhecimento sobre ligação mãe-filho através de intervenções tais como, ensinar sobre os movimentos fetais, ensinar sobre técnicas de estimulação fetal (auditivas e táteis), ensinar sobre o desenvolvimento fetal, ensinar sobre as características do RN (a partir do terceiro trimestre da gravidez), de modo a promover a construção da imagem do bebé. Estas intervenções eram dirigidas com o mesmo enfoque ao pai sempre que estava presente no sentido de promover também a construção da sua relação com o seu filho, pois segundo

Nogueira & Ferreira (2012), existe uma ligação mais efetiva entre o pai e o bebé se os profissionais de saúde promoverem o seu envolvimento na gravidez.

## 2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS

O Bloco de Partos correspondeu à terceira etapa do Estágio profissional com relatório realizado, sendo que pertence à unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final e decorreu no Hospital Pedro Hispano. A este foram atribuídas 500 horas de contacto e foi realizado sob a orientação/supervisão de uma EEESMO, entre os dias 8 de março e 27 de julho de 2021 e em contexto de pandemia COVID-19.

Com o passar dos anos e com a evolução do conhecimento e das práticas clínicas, começaram a criar-se objetivos de estimular positivamente a assistência obstétrica e regulamentar a atuação da EEESMO na realização do parto normal sem distocia, aplicando práticas baseadas em evidências científicas, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS). Dentro dessas medidas, defende-se a abolição da episiotomia de rotina, de amniotomia, realização de enema e tricotomia; a redução drástica dos partos cirúrgicos e do uso do fórceps; o incentivo ao parto vaginal, à amamentação no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto, à presença de acompanhante e à atuação da EEESMO na atenção aos partos normais. A EEESMO, na sua atuação profissional, necessita de desenvolver habilidades e competências, adquirir segurança técnica e perceber múltiplas e complexas dimensões que envolvem o processo de parir. É relevante compreender que tal processo é um evento social, com influências culturais, exigindo um profissional diferenciado, com formação ético-humanística e científica para prestar cuidados à mulher/casal e RN, de maneira afetuosa, empática e segura. A prática assistencial da maioria das EEESMO é centrada na valorização da mulher, apoiando-a no processo do parto, tratando-a com carinho, respeitando o seu tempo e as suas vontades, propiciando cuidados para o alívio da dor e condução do trabalho de parto, incentivando e participando nos exercícios, massagens, banhos, deambulação e, mesmo, a adoção de diferentes posições benéficas durante o trabalho de parto (Caus et al., 2012).

Durante o percurso neste ensino clínico, cuidar da mulher e família durante o TP e parto implicou proporcionar-lhes conforto, segurança e cuidados de acordo com as suas necessidades reais e culturalmente sensíveis, no sentido de satisfazer, sempre que possível, as suas expectativas, de forma a promover uma experiência positiva e feliz do TP. O HPH, é um hospital considerado Hospital Amigo dos Bebés que privilegia as opções da mulher/casal, bem como implementa medidas que suportam o parto normal, permitindo uma melhor adaptação do RN ao meio extrauterino e que promovem a vinculação entre mãe/pai e filho. O EEESMO apresenta elevados níveis de competência, rigor técnico e científico assumindo um exercício profissional autónomo em todas as situações consideradas de baixo risco. Nos casos onde estão envolvidos

processos patológicos e disfuncionais do ciclo reprodutivo da mulher, é capaz de adotar intervenções autônomas e interdependentes.

O TP e parto representam o final da gravidez que, numa situação normal, dura 40 semanas, aproximadamente. Neste momento, o corpo da mulher encontra-se sujeito a uma nova adaptação fisiológica que a prepara para o TP e parto e, para muitas delas, é um momento de incertezas, excitação e ansiedade. A mudança de um ambiente acolhedor, familiar, como as suas casas, para um ambiente desconhecido, como o hospital, pode desencadear todos estes sentimentos, aliados, evidentemente, à transição de vida que vivencia. Pode ser observado e vivido tanto como um processo naturalmente fisiológico, como profundamente complexo e disfuncional (Lowdermilk & Perry, 2012).

Este acontecimento está dependente de vários fatores, como as condições da placenta, as contrações uterinas, o tamanho do feto, a posição materna, as reações psicológicas, o local do nascimento, a preparação para o parto, as características do profissional que acompanha o processo e os procedimentos executados (Lowdermilk & Perry, 2012). Posto isto, TP pode ser definido como o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez em progressão tanto por indução ou espontaneamente, conduzem à extinção e dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto, à sua expulsão para o exterior juntamente com a placenta (Fatia & Tinoco, 2018). O parto eutócico é um parto que acontece espontaneamente ou por indução, de um feto de apresentação em vértice, sem intervenção instrumental, entre as 37 e as 42 semanas de gravidez (Fatia & Tinoco, 2018). De acordo com os mesmos autores, este processo está dividido em três diferentes estádios. O primeiro estádio corresponde ao período de apagamento ou extinção e dilatação do colo do útero, o segundo estádio corresponde ao momento do período expulsivo e o terceiro estádio corresponde à dequitação. O puerpério imediato, que compreende as duas horas após o parto, não está inserido nos momentos do trabalho de parto, no entanto, é a fase que se segue a estes e que ainda é acompanhada no BP sob a vigilância das EEESMO.

A conduta adotada teve como base as competências definidas pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de 2019, que define que o EEESMO: *“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina”*. Como unidades de competência, estão descritas as seguintes: *“promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina; diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido; providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto”* (Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, 2019).

## 2.1 Contexto do desenvolvimento de competências no âmbito do trabalho de parto

De forma a contribuir para a satisfação da mulher/casal, privilegiando o bem-estar e a individualidade dos cuidados, o BP é composto por seis quartos individuais e todos com uma casa de banho associada, por um bloco operatório e uma sala para o respetivo recobro, dois aprovisionamentos que dão apoio a todo o serviço, com materiais e medicação e uma copa de refeições para os profissionais de saúde. Engloba, ainda, o serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia e a unidade de grávidas de risco (abordada anteriormente). O serviço de urgência é constituído por uma sala com duas macas destinadas às grávidas que necessitam de realizar CTG, um quarto com duas camas que se denomina como sala de observação onde, muitas vezes, as mulheres precisam de permanecer algum tempo a fazer medicação EV, possui um gabinete de enfermagem destinado ao primeiro contacto de todas as mulheres com o serviço de urgência, onde se realiza a triagem, o acolhimento, colheitas para análise ou outras intervenções necessárias. Por último, contém um gabinete médico para observação das mulheres, sempre que necessário, com todo o material considerado necessário e vários gabinetes médicos e da chefia de enfermagem. É um serviço bastante completo, que tem capacidade de dar resposta a todas as situações ginecológicas e obstétricas e no qual foi possível aprender e desenvolver competências, integrando uma equipa multidisciplinar.

Em cada turno, a equipa é constituída por cinco EEESMOs, sendo que três ficavam na assistência das parturientes/casais no BP, uma enfermeira ficava destinada à urgência GO e outra enfermeira era destacada para a prestação de cuidados na unidade de grávidas de risco. Uma característica do serviço de obstetrícia do HPH é que as equipas do BP e do puerpério não são rotativas. A equipa do BP roda entre o mesmo, as grávidas de risco e a urgência de GO, mas nunca passa pelo puerpério e vice-versa. No entanto, as EEESMOs destinadas às consultas e à preparação para o parto também prestam cuidados no BP. Isto faz com que, por vezes, os casais contactem com a equipa profissional que futuramente lhes prestará assistência durante o seu trabalho de parto e parto, durante a preparação para o parto, parentalidade e amamentação, consultas de enfermagem de gravidez de risco e de termo.

O encaminhamento para este serviço poderia acontecer por quatro razões principais: em primeiro lugar, as grávidas/casais poderiam aceder à urgência de GO por terem indução do TP marcada com o seu ginecologista/obstetra e serem submetidas à triagem, respetivo CTG e observação médica para decidirem qual o método a ser utilizado para a indução. Após este acolhimento e primeira abordagem, as grávidas/casais eram encaminhados e davam entrada no serviço de grávidas de risco. Em segundo lugar, as mulheres grávidas poderiam ser reencaminhadas para esta urgência por estarem a experienciar alguma anomalia/patologia/intercorrência com a atual gravidez e terem a necessidade de serem

observadas pela equipa de enfermagem e médica que decidiria se justificava o internamento das mesmas no serviço de grávidas de risco (aqui foi possível vivenciar situações como APPT, RPM, colestase gravídica, subida tensional, alterações renais, entre outras). Houve, também, algumas situações em que as grávidas recorriam à urgência por perceção diminuída dos movimentos fetais e, sendo o traçado CTG era normal e na ausência de TP, a conduta a adotar priorizava o ensino sobre movimentos fetais, o ensino sobre contrações de Braxton-Hicks e contrações de TP. Em terceiro lugar, outra razão pela qual as mulheres poderiam chegar ao serviço de urgência de GO, era por não estarem grávidas, mas terem algum sintoma específico de ginecologia e que necessitava de observação médica. Nestes casos, por vezes era necessário fazer alguma medicação e, por isso, permaneciam em observação pelo tempo que fosse necessário. Em quarto e último lugar, as grávidas podiam dar entrada neste serviço em trabalho de parto e serem admitidas no BP.

O percurso realizado pela parturiente, após recorrer ao serviço de urgência geral do HPH, era o encaminhamento para o serviço de urgência de obstetria e ginecologia, provido de profissionais especializados na área permitindo a avaliação clínica e o diagnóstico destas mulheres. Sendo este serviço no mesmo espaço físico que o BP, permitiu-nos a realização de um conjunto de aprendizagens relacionadas essencialmente com os cuidados imediatos necessários ao bem-estar materno e fetal. Sempre que a grávida era admitida no serviço de urgência era priorizado o atendimento médico e a realização de exames complementares de diagnóstico nomeadamente a ecografia, sendo posteriormente avaliado o bem-estar fetal e a contratilidade uterina através da monitorização CTG e, perante uma grávida com sinais e sintomas suspeitos de fase ativa de TP era realizada a admissão no serviço de BP. Todas as grávidas que recorriam por RPM sem a presença de TP concomitante eram internadas no serviço de grávidas de risco para vigilância e monitorização materna e fetal até início espontâneo ou indução do TP. As grávidas admitidas no BP eram maioritariamente provenientes do serviço de grávidas de risco, após terem sido submetidas a indução do TP, mas também houve a oportunidade de experienciar muitas admissões por início de TP espontâneo.

Para melhor compreensão das atividades desenvolvidas neste estágio, irei mencioná-las como atividades de diagnóstico/vigilância, bem como as intervenções implementadas, com base na evidência científica atual, desde o momento da admissão da parturiente/casal no BP até ao momento da sua transferência para o serviço de puerpério.

Para concluir, importa referir que tive a oportunidade de acompanhar mulheres em TP, estar presente no pós-parto imediato de partos distócicos por cesariana, colaborar em 18 partos distócicos e executar um total de 41 partos eutócicos, conforme se apresenta no Quadro 2.

**Tabela 2** - Número de experiências realizadas no serviço de bloco de partos

Partos Executados		Partos Assistidos	
Sem episiotomia	Com episiotomia	Fôrceps	Ventosa
22	19	1	17
Total: 41		Total: 18	

Fonte: autora, 2021

### **2.1.1 O meu olhar face ao trabalho de parto e a uma experiência significativa para a parturiente**

O ensino clínico no Bloco de Partos foi sem dúvida o momento-chave para a minha aprendizagem enquanto futura EEESMO. Todos os outros estágios foram uma mais-valia, sem dúvida nenhuma, com a aquisição e o desenvolvimento de muitas competências, mas o bloco de partos é um aglomerado de todos os conhecimentos e práticas que os outros locais englobam. Acompanhar a mulher/casal no nascimento do seu filho, naquele que é um dos momentos mais importantes das suas vidas e ter um papel determinante e diferenciador nesse mesmo momento tornou-se único, fez-me ficar ainda mais apaixonada por esta área e com ainda mais vontade de estudar e aprender sobre as práticas e a teoria que as sustenta.

O plano de parto foi uma ferramenta que foi bastante estudada e sobre a qual se refletiu muito ao longo destes dois anos de mestrado. Compreender de que maneira é que pode ser construído e depois utilizado enriqueceu o meu conhecimento e sobretudo, fez com que fosse capaz de melhorar o acompanhamento que prestava às grávidas, fazendo com que elas próprias moldassem o seu olhar em relação ao seu parto, adquirissem conhecimentos para se tornarem empoderadas e construíssem o seu plano de parto com bases sólidas e realista, tornando a sua experiência positiva. Criar expectativas é algo que está intrínseco nesta fase de vida de uma mulher por isso, é inevitável que ela não prepare este momento. Se irá preparar um outro momento como o seu casamento ou uma festa de anos, porque é que não haveria de preparar e colocar em papel (ou não) todas as suas vontades para o momento do nascimento do seu filho? Enquanto futura EEESMO só me resta acompanhá-la no seu processo de criação, dando-lhe toda a informação que necessita, mostrando-lhe todos os caminhos que pode percorrer, para que, este acontecimento, aconteça o máximo possível como sempre sonhou. O plano de parto é uma ferramenta que tem vindo a ser cada vez mais utilizada e falada, aspeto muito positivo. No HPH, há muitas práticas que ainda são ancestrais e muito baseadas no modelo biomédico, mas

uma qualidade que toda a equipa tem é que não é fechada a novos conhecimentos e descobrimentos e o plano de parto veio mostrar isso mesmo. Apesar de haver algumas pessoas que acreditam que é uma moda, ou que as mulheres tentam apoderar-se do papel das enfermeiras especialistas, a maior parte acredita que o plano de parto pode mesmo fazer a diferença nas práticas clínicas, guiando os profissionais e colaborando com o casal para o momento do nascimento de um bebé. Termos este papel de influência neste acontecimento é uma situação única e que tem que ser vivida, aproveitada e sobretudo respeitada com o máximo carinho. Respeitar as expectativas e vontades de uma mulher/casal é isso mesmo - respeitar o seu plano de parto, mesmo que este não seja escrito, pode ser pensado, e isso é o suficiente para aquela mulher/casal viver da melhor forma possível a sua experiência de parto e conhecer o seu filho.

O trabalho de parto é, com toda a certeza, um momento único e avassalador, de uma responsabilidade tremenda e repleto de emoções e significados. As competências desenvolvidas neste ensino clínico, foram as que mais superaram as minhas expectativas. Durante o estágio implementei intervenções que permitiram o envolvimento da mulher no processo de parto e que, na sua maioria, foram ao encontro das suas expectativas. Com os 41 partos eutócicos realizados adquiri conhecimentos, competências e habilidades fundamentais para me tornar EEESMO. Os partos assistidos permitiram-me refletir sobre as práticas implementadas pela equipa. Os pequenos erros cometidos e as práticas que não realizei tão bem, fizeram-me crescer profissionalmente e ensinaram-me a refletir que o melhor que posso fazer é ter sempre presente a evidência científica mais atual para suportar as minhas práticas. Aprendi que só a praticar é que se erra, pois era quando realizava um procedimento novo que ainda não tinha feito que errava, e que por esse motivo não precisava de ter medo de arriscar e de tentar. Foi essa mentalidade que tentei adotar ao longo do estágio e fui melhorando as minhas práticas a cada dia que passava. Não tive oportunidade de realizar nenhum parto pélvico, uma vez que as mulheres que tinham este diagnóstico tinham cesariana marcada. Ainda neste contexto clínico, não tive oportunidade de realizar todos os partos cuja vigilância do TP foi realizada por mim, porque surgiram complicações, ou porque o meu turno terminava e não podia prolongar. No entanto, foram todas mais valias para fortalecer os conhecimentos, as práticas e a destreza na arte de partejar. Tive oportunidade de acompanhar mulheres durante o TP com e sem analgesia epidural e constatar a diferença entre uma situação e a outra. De facto, a mulher sem analgesia epidural consegue sentir o seu próprio corpo e agir em consonância com isso, tornando-se mais envolvida no processo, mas por vezes com menos controlo também. Com isto quero dizer que, o desafio de acompanhar as mulheres sem analgesia epidural ocorreu em situações extremas em que as mesmas foram admitidas em período expulsivo. Por esse motivo, corroborando o que explanei anteriormente, tinham a capacidade de sentir tudo aquilo que se estava a passar com o seu corpo, mas ao mesmo tempo a dor que sentiam fazia com que ficassem descontroladas. Nestas situações, o desafio grande foi tentar que as parturientes se focassem em mim e no que lhes estava a dizer, tentando guiá-las na respiração durante as contrações e nos intervalos das

mesmas e para realizarem os esforços expulsivos da maneira que quisessem. Era, contudo, um momento muito stressante e que exigia um autocontrolo muito grande da minha parte.

Constatei, também, que existem ainda algumas intervenções de rotina como a aplicação de clisteres, a administração de soroterapia, a CTG contínua e a posição ginecológica no período expulsivo. A soroterapia e a CTG contínua limitam a deambulação das parturientes, no entanto, procurei sempre incentivar os movimentos livres, inclusive o uso da bola de pilates durante o primeiro estadio do TP, as básculos e deambulação/dança, pois são tudo estratégias que podem fazer perto do suporte de soro/CTG.

Efetivamente, promover a progressão do TP com todas estas estratégias e intervenções que fui mencionando fez com que me fosse, a cada dia que passava, apercebendo do impacto que elas tinham no desenrolar e no desfecho do TP. Isto para dizer que, quando as parturientes ficavam com bloqueio motor e não se conseguiam mobilizar devido à analgesia epidural, o período expulsivo era mais prolongado do que as grávidas que conseguiam praticar a liberdade de movimentos e de posicionamentos até ao período expulsivo. Vivenciar e pôr em prática aquilo que fui aprendendo ao longo destes dois anos foi algo único e muito enriquecedor para mim enquanto pessoa e futura EEESMO. Sentir a importância e a diferença que fazemos nesta etapa da vida dos casais é algo que só se sente quando se faz bem. Considero, por isso, por todos os elogios, experiências de parto que consegui tornar positivas, todas as expectativas que respeitei e que foram concretizadas, que sou capaz de desempenhar o papel de EEESMO.

No início do estágio houve três grandes dificuldades: a primeira foi compreender a variedade fetal através do toque vaginal; a segunda foi realizar a episiorrafia; e a terceira e última foi identificar os critérios e pôr em prática a suspensão de ocitocina e administração de salbutamol, juntamente com o posicionamento da parturiente. No entanto, ao longo do ensino clínico, foram aspetos que fui trabalhando, estudando e tentando realizar sempre que havia oportunidade, questionando sempre que tinha dúvidas e procurando na evidência mais atual e, posso dizer que foram competências que consegui adquirir e mais no final desenvolver para melhor.

O meu olhar enquanto EEESMO tornou-se mais aprimorado, diferenciador, mais atento ao pormenor, com o triplo do respeito pela mulher e RN nesta sua fase da vida (gravidez, parto e puerpério), com a noção de que nesta área se está em constante aprendizagem e que a busca pela evidência científica mais atual é fundamental para justificar as nossas práticas e para conseguir prestar cuidados diferenciados com critério, rigor e ética.

### 2.1.2 Intervenções resultantes de prescrição face ao trabalho de parto

Uma das intervenções resultantes de prescrição que tive oportunidade de colaborar foi na indução do trabalho de parto. O colo do útero, durante o TP, em situações normais, extingue, dilata, amolece e varia na sua posição anatómica. Para a avaliação destes parâmetros recorri ao índice de Bishop, que se apresenta no Quadro 3, e que é considerado, hoje em dia, a melhor forma de avaliar as características do colo uterino, no que diz respeito à progressão do TP, ou a indicar a probabilidade de necessidade de maturação cervical ou indução do TP.

**Tabela 3 - Índice de Bishop**

Índice de Bishop				
	0	1	2	3
Dilatação (cm)	Fechado	1-2	3-4	≥5
Extinção (%)	0-30	40-50	60-70	≥80
Descida	Acima do I plano	I plano	II plano	III plano
Consistência	Duro	Médio	Mole	-
Posição	Posterior	Intermédio	Anterior	-

**Fonte:** Fonseca, 2016

A necessidade de maturação cervical e a indução do trabalho de parto deve ser analisada caso a caso, tendo em consideração o estado de saúde materna e fetal, os riscos que o prolongamento da gravidez acarreta para ambos, a idade gestacional, a avaliação do colo (através do índice de Bishop) e da pelve materna, a estimativa do peso e a apresentação fetais. Define-se indução do trabalho de parto como a iniciação artificial de contrações uterinas rítmicas de forma a desencadear o TP antes do seu início espontâneo, a partir das 22 semanas de gestação (DGS, 2015). Por outro lado, maturação cervical é definida como sendo a intervenção obstétrica que tem como objetivo a preparação do colo do útero para uma posterior indução do trabalho de parto, quando as características cervicais não são favoráveis ao sucesso da indução. Por vezes a maturação cervical desencadeia também, por si só, o início do trabalho de parto (DGS, 2015).

Fazem parte das indicações para maturação cervical e indução do trabalho de parto as complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiam com a terminação da gravidez, mas que não há necessidade que o nascimento ocorra em poucas horas. Em todas as situações pressupõe-se que os riscos de prosseguir com a gravidez são superiores aos da maturação cervical e/ou indução do trabalho de parto. Os motivos consensuais para terminação da gravidez consistem em: patologia médica ou obstétrica grave que põe em risco a saúde materna

ou do feto, oligoâmnios em gestação de termo, a RCIU com alterações fluxométricas, a morte fetal, e gravidez saudável, sem nenhum risco, que atinge as 41 semanas completas. Deve ser evitada a maturação cervical ou a indução do trabalho de parto antes das 39 semanas de gestação, para evitar complicações neonatais, exceto em situações em que exista um claro benefício de saúde para a mãe ou para o feto (DGS, 2015).

No HPH, durante a pandemia que vivemos devido ao SARS-COV-2, a maior parte da equipa médica sugeria às grávidas/casais induzir o parto por volta das 39 semanas de gravidez. Isto acontecia porque, com indução marcada, iam com os testes contra a Covid-19 feitos e o companheiro/pessoa significativa podia entrar imediatamente com a mulher. Se recusassem a indução, quando entrassem em TP espontâneo, eram realizados os testes e tinha que se aguardar pelo resultado do marido/acompanhante para este poder entrar e ficar a acompanhar a parturiente. Era uma forma de as mulheres se sentirem mais seguras e com a certeza de que iriam ter os seus companheiros/pessoas significativas com elas, desde o início. No entanto, de acordo com a DGS (2015), a indução do trabalho de parto não deve ser considerada em gravidezes de baixo risco como forma de abreviar a duração da mesma, por motivos psicológicos ou sociais, ou para agendar a data do parto. As induções estão associadas, muitas vezes, a um maior risco de complicações, como a hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipóxia fetal e rotura uterina. Provocam geralmente maior desconforto à mãe do que o trabalho de parto de início espontâneo e restringem a mobilidade da grávida, pela necessidade de monitorização fetal prolongada. A indução com meios farmacológicos está associada a uma maior utilização de analgesia epidural, a uma maior taxa de partos instrumentados e de cesarianas urgentes (DGS, 2015).

Para a maturação cervical podem ser utilizados métodos farmacológicos, como: dinoprostona em dispositivo vaginal de libertação lenta, dinoprostona em gel intravaginal ou em comprimidos intravaginais, misoprostol em comprimidos intravaginais; ou métodos mecânicos, como a sonda de Foley dilatada com soro fisiológico. Não está documentado o benefício claro de nenhuma destas alternativas, mas existem recomendações clínicas a respeitar. Para a indução do trabalho de parto é utilizada, normalmente, a ocitocina, administrada em perfusão endovenosa, com bomba perfusora, de acordo com o protocolo hospitalar em vigor (DGS, 2015).

Sempre que estive perante casos de internamento para maturação cervical ou indução do TP com ocitocina, o casal foi informado sobre os objetivos do plano terapêutico estabelecido, os riscos e benefícios associados à medicação administrada e a evolução esperada ao longo do internamento. Entre os riscos associados à indução de TP com ocitocina ou prostaglandinas E2 podemos destacar a estimulação excessiva da contratilidade uterina, observada no CTG, resultando algumas vezes em disfunções uterinas hipertónicas que podem comprometer a adequada perfusão sanguínea que condiciona a oxigenação fetal (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2008). Ao longo do estágio adotei sempre uma atitude proativa na vigilância após a aplicação do método de maturação/indução, com o intuito de identificar possíveis complicações associadas ao uso deste tipo de medicamentos, quer para a mulher,

quer para o feto. Foram vivenciadas algumas situações onde houve a necessidade de suspender de imediato a perfusão ocitócica e contactar a equipa médica que, a maior parte das vezes, dava indicação para administrar salbutamol, conforme protocolo da instituição. Nos casos em que a disfunção hipertónica uterina não apresentou repercussões na dinâmica cardíaca fetal, a suspensão ocitócica foi suficiente para reverter, não tendo sido necessário a implementação de protocolos de tocólise. Surgiram, também, outros casos que por apresentarem alterações consequentes na frequência cardíaca fetal, que classificam o traçado cardiotocográfico como suspeito, foram encaminhados para cesarianas emergentes.

Posto isto, tendo em conta todas as desvantagens e riscos da indução e da maturação cervical, persuadir a mulher a induzir o TP para ter o companheiro/pessoa significativa presente com os testes contra a Covid-19 realizados, não está, de todo, correto. Não havendo critérios para indução, não se devia forçar tantas as mulheres nas consultas para marcarem as induções e terminarem as suas gravidezes. Apesar de lhes proporcionar um ambiente mais seguro saberem que terão o seu companheiro sempre com elas, a realização dos testes devia ser processada mais rapidamente para que os resultados saíssem assim que possível ou então não deveria ser impeditivo o acompanhante estar presente fosse qual fosse o estadio de TP em que a mulher se encontra. Durante o ensino clínico, foi possível concluir que as grávidas que eram internadas por TP espontâneo tinham melhores desfechos perinatais do que as grávidas que induziam o TP. As induções, muitas vezes, duravam mais do que um ou dois dias, provocando sentimentos de ansiedade ainda maiores, cansaço e desgaste materno que comprometia os esforços expulsivos quando chegava a altura do período expulsivo. As parturientes apresentavam-se desgastadas, sem energia e desmotivadas sendo, muitas vezes, necessário chamar a equipa médica para instrumentar o parto. Para além disso, pôr em risco a vida e o bem-estar materno e fetal pela taquissístolia provocada pelos métodos farmacológicos (prostaglandinas ou ocitocina) ou alterações da FCF, não deveria estar em causa. A máxima da SMO deveria sempre ser a proteção da vida de ambos para a obtenção de maiores ganhos em saúde e contribuir, assim, para mais experiências de parto positivas.

No HPH, os companheiros das grávidas que entravam em TP espontâneo, colhiam teste contra a Covid-19 e tinham que aguardar pelo resultado para entrarem no BP. No entanto, se a parturiente se apresentasse numa fase avançada do TP ou com a dilatação completa ou em período expulsivo, o companheiro/pessoa significativa, podia entrar mesmo ainda não tendo o teste.

### 2.1.3 Diagnóstico: trabalho de parto

Como irá ser abordado na alínea seguinte, o TP é definido como um conjunto de acontecimentos/fenómenos fisiológicos que, podendo ser desencadeados através da indução ou espontaneamente, conduzem à extinção ou apagamento cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão da apresentação fetal na cavidade pélvica e à sua expulsão para o exterior. É um processo que se divide em quatro diferentes estádios: dilatação e extinção do colo; período expulsivo; dequitação; e puerpério imediato. O primeiro período, da dilatação e extinção, divide-se em fase latente e fase ativa (Fatia & Tinoco, 2016).

O primeiro estádio do TP inicia-se com contrações uterinas que provocam um aumento da pressão hidrostática intra-amniótica, conferindo pressão ao segmento inferior, enquanto as membranas estiveram intactas; após a rotura de membranas é a apresentação fetal que exerce diretamente pressão sobre estas estruturas, o que contribui para a dilatação e extinção do colo uterino. Devido à contratilidade uterina do miométrio durante as últimas semanas da gravidez e na fase latente do TP, dá-se o encurtamento do colo uterino, designado por extinção. A dilatação do colo do útero decorre entre um e dez centímetros (cm). Considera-se a dilatação do colo uterino completa quando deixa de ser possível tocar tecido do colo diante da apresentação, o que ocorre quando o diâmetro do canal atingiu os dez centímetros (Fatia & Tinoco, 2016).

Importava distinguir o verdadeiro TP do falso TP para se admitir corretamente uma grávida no BP. Posto isto, no falso TP as contrações são esporádicas, irregulares, pouco dolorosas ou indolores e em que as suas repercussões ao nível da evolução do TP não são observáveis, mais especificamente, não se observam alterações no colo do útero. Por outro lado, o verdadeiro TP é caracterizado por contratilidade uterina regular que ocorre, progressivamente, em intervalos cada vez menores, aumentado de duração e intensidade; as contrações uterinas são dolorosas; à palpação, o útero sente-se endurecido; a percepção dolorosa das contrações centra-se na região lombar e abdominopélvica; ocorre alterações no colo uterino; há descida da apresentação fetal que permanece fixa em cada contração; observa-se, ainda, com a frequência das contrações a protusão das membranas (Fatia & Tinoco, 2016).

O diagnóstico da fase ativa do TP, apesar de não ser consensual na literatura, compreende a presença de modificações cervicais como a extinção do colo do útero e a dilatação cervical superior a 4 cm acompanhadas de contrações uterinas regulares ou a rutura de membranas espontânea (ICSI, 2013). A determinação da fase ativa de TP é fundamental para evitar o internamento de grávidas em fases muito precoces do TP, isto porque este período poderá durar até cerca de 20 horas na nulípara e 14 horas na múltipara (DGS, 2015) levando a internamentos prolongados e conseqüentemente a uma maior probabilidade de serem submetidas a

intervenções obstétricas desnecessárias (Porto et al., 2010). Assim, a admissão na fase ativa do TP diminui a estadia da grávida no hospital, fazendo com que estas se sentiam menos vulneráveis à dor e ao desconforto, refletindo-se na sensação de controlo do TP, resultando num segundo estadio mais rápido, numa experiência de parto mais positiva, não afetando o desfecho perinatal (Hodnett et al., 2013). Uma ferramenta útil que ajuda os profissionais na tomada de decisão perante diagnóstico de TP ativo é a realização do toque vaginal, que permite a avaliação das características do colo uterino como a dilatação, extinção, posição e consistência do colo (Downe et al., 2013). A avaliação tocológica permite ainda a monitorização da progressão do TP através da avaliação de indicadores da estática fetal como apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), posição (esquerda ou direita), atitude (flexão ou deflexão), variedades da apresentação fetal (anterior, posterior ou transversa) e descida (através dos planos de Hodge) e rotação interna da cabeça fetal (APEO, 2009). O toque vaginal era realizado quando a mulher era internada no BP, antes da execução de algum procedimento, como a amniotomia, ou a colocação de cateter epidural, sempre que existiam alterações do traçado da CTG, ou a mulher referia dor ou desconforto diferente do habitual. De acordo com a OMS (2015), o exame vaginal deve ser realizado em intervalos de 4/4h, recomendados para a avaliação de rotina e identificação da evolução do TP. De facto, não existe consenso relativamente aos intervalos para o toque vaginal, pelo que no HPH estes eram efetuados de acordo com as necessidades e evolução do TP.

No estudo de Downe et al. (2013) publicado pela Cochrane, é referido que os toques vaginais ajudam a tranquilizar a mulher (e os profissionais de saúde) de que o trabalho de parto está a progredir normalmente e permite identificar precocemente situações anómalas. Portanto, o toque vaginal pode permitir uma transferência oportuna da parturiente para o hospital. Porém, o trabalho de parto lento, mas não estacionário, pode ser incorretamente diagnosticado como sendo anormal. Isso pode levar os profissionais de saúde a adotarem práticas e intervenções desnecessárias, tais como a administração de fármacos para tentar acelerar o trabalho de parto, proceder para cesariana, ou um parto distócico com a instrumentação de ventosa ou fórceps.

Após o exame vaginal procedia sempre aos cuidados de higiene da região perineal. Caso a mulher apresentasse rotura de membranas, após a higiene perineal, trocava o penso e o resguardo de proteção, que segundo o protocolo do HPH, deve ser sempre esterilizado. Importa referir que o conforto da mulher não diz respeito apenas ao alívio da dor, mas também a todo o cuidar que está implícito, considerando a mulher como um ser completo e singular. Desta forma, tinha sempre em consideração o conforto da mulher, pelo que sugeria também um duche durante o decorrer do TP, não só como método farmacológico para alívio da dor, mas também como meio de promover a sua higiene de forma mais individual. No entanto, importa referir que, devido à analgesia epidural, algumas mulheres apresentavam bloqueio dos membros inferiores, o que limitava a sua deambulação, assim como a ida ao WC, pelo que os cuidados perineais eram, na maior parte das vezes, prestados por mim no leito.

A avaliação da variedade da apresentação fetal foi, ao longo de todo o ensino clínico no BP, o parâmetro em que surgiram maiores dificuldades, mas que foram sendo superadas ao longo do mesmo e pela adoção de algumas estratégias sugeridas pela orientadora de estágio. Esta avaliação era realizada pela equipa médica durante a admissão no serviço de urgência como adjuvante no diagnóstico e, posteriormente, por mim às parturientes que ficavam destinadas ao meu cuidado e da minha tutora. Este método de avaliação permitiu-nos a recolha de dados importantes na vigilância da evolução do TP para agirmos sempre em conformidade com cada situação. A realização do toque vaginal é uma intervenção frequentemente associada a desconforto e ansiedade maternas, estando também associada a um aumento do risco de infeção (Downe et al., 2013), tendo sido apenas implementada quando estritamente necessário, com o consentimento da mulher, e indo de encontro às recomendações da OMS (2015) que indicam que deve ser realizada com um intervalo mínimo de cerca de 4 horas, não existindo outras queixas.

#### **2.1.4 Avaliar a evolução do trabalho de parto**

Trabalho de parto define-se como um conjunto de processos perinatais do organismo, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta (CIPE® 2019) e a sua evolução pode ser dividida em três períodos ou estadios (Fatia & Tinoco, 2018). O primeiro período denominado por apagamento ou extinção e dilatação do colo uterino caracteriza-se pelo início de contrações rítmicas e regulares e termina com a dilatação completa. Segundo Friedman, durante este período decorrem alterações cervicais que se distinguem em duas fases: fase latente e fase ativa. A primeira, a fase latente, considera o apagamento do colo e o início da dilatação até aos quatro centímetros, é de progressão lenta e pode demorar até 20 horas na nulípara e até 14 horas na múltipara. A fase ativa, a segunda fase do primeiro período do TP, engloba três estadios diferentes: período de aceleração (dos quatro aos seis centímetros de dilatação); período de declive máximo (dos seis aos oito centímetros); e a fase de desaceleração ou transição que permite identificar com mais precisão a relação feto-pélvica (dos oito aos dez centímetros e pode durar até três horas na nulípara e até uma hora na múltipara). Importa referir que nas múltiparas, de uma forma geral, acontece a dilatação em simultâneo com a extinção do colo uterino e nas nulíparas dá-se primeiro o apagamento e depois a dilatação (Fatia & Tinoco, 2018). A partir dos 4cm de dilatação, o colo fica mais reativo às contrações uterinas devido às modificações que foi sofrendo até então. O maior grau de descida de apresentação ocorre quando a dilatação já está quase completa (Posner et al., 2014 cit. por Fatia & Tinoco, 2018). Por volta dos 8cm de dilatação e quando a apresentação fetal está bem

descida na cavidade pélvica, exerce uma pressão sobre o reto que estimula a vontade de realizar esforços expulsivos a que se dá o nome de Reflexo de Fergusson e que se designa de fase de transição ou desaceleração. Consideramos dilatação completa, os 10 cm, quando deixa de ser possível tocar tecido do colo à frente da apresentação (Fatia & Tinoco, 2018).

O segundo período inicia-se com a dilatação completa e termina com o nascimento do feto, sendo assim também designado de período expulsivo. Nesta fase, há uma nova força que começa a atuar, a contração da musculatura do diafragma e da parede abdominal que, associados às contrações, comprimem o útero de cima para baixo e da frente para trás. É nesta altura que a parturiente se deve concentrar nos esforços expulsivos e, com a ajuda de um profissional de saúde (EEESMO), encontrar a posição mais confortável e adequada para efetuar esforços expulsivos eficazes. A necessidade que a mulher sente de os fazer vai ficando cada vez mais intensa à medida que a descida do feto progride no canal de parto e comprime os nervos sacrais e obturadores. A duração desta fase é condicionada por uma série de fatores: eficácia das contrações, analgesia, condição física e emocional, posição da parturiente, número de partos anteriores e adequação pélvica no TP, tamanho, apresentação, situação e variedade do feto e o apoio recebido pelos profissionais de saúde. A decisão do tempo de espera neste período é baseada na progressão da descida da apresentação, da rotação e do padrão da frequência cardíaca fetal (FCF). Importa perceber este padrão para evitar intervenções desnecessárias e só intervir quando estritamente necessário. Os sinais que podem deixar alerta são as desacelerações tardias e de recuperação lenta e as bradicardias constantes (Fatia & Tinoco, 2018).

Durante a assistência a todos os casais em TP, depois da dilatação completa e reflexo de Ferguson presente (que muitas vezes não acontecia por causa do bloqueio motor derivado da analgesia epidural), foram instruídos vários posicionamentos e recursos que a mulher poderia utilizar de forma a puxar mais eficazmente. Embora a adoção de diversos posicionamentos tenha sido treinada por grande parte das mulheres, durante os cursos de PPP, quando a mulher se encontrava neste estadió teve maior perceção de qual o posicionamento que preferia. No HPH as camas de todas as salas do BP são antigas e, por esse motivo, não é possível colocar a mesma em diversas posições para dar oportunidade para a mulher escolher a que melhor se ajusta a si nesta fase. No entanto, incentivávamos a mulher a sair do leito e a colocar-se de cócoras, a adotar uma posição de decúbito lateral com a perna apoiada na perneira ou então na posição de quatro apoios com a bola de pilates a servir de apoio ao tronco. No BP incentivava-se a parturiente a puxar da forma que ela preferir e que os profissionais, avaliando a situação, achem que irá ser mais benéfico para a progressão fetal. Contudo, o período expulsivo onde se dá a exteriorização fetal é realizado apenas em posição ginecológica/de quatro apoios. Quando questioneei a minha orientadora porque não deixavam as mulheres parirem na posição que desejavam, foi-me respondido que as camas são antigas e que não permitem realizar as manobras necessárias nem dar o apoio necessário à mulher nesta fase. Posto isto, muitas vezes, em que as mulheres tinham vontade de parir na posição que queriam não foi respeitada a sua

vontade naquele que é o momento do nascimento do seu filho, no entanto tive sempre o cuidado de proporcionar o maior conforto possível e ir ao encontro de todas as outras expectativas, promovendo uma experiência de parto o mais positiva possível.

A posição de litotomia, a mais usada para os partos em todo o mundo, favorece: o número de traçados cardiotocográficos não tranquilizadores (OMS, 1996), a necessidade de episiotomia e de instrumentalização do parto, os scores de Apgar significativamente mais baixos, maior desconforto, menor tolerância à dor e maior dificuldade em puxar eficazmente (Sabatino, 2010).

O terceiro período é também designado de dequitação e inicia-se após o nascimento do feto até à expulsão da placenta e poderá ter uma duração até cerca de 30 minutos. A expulsão da placenta ocorre em dois momentos diferentes: primeiro dá-se a separação da mesma da parede uterina e a descida para o segmento uterino inferior e/ou vagina; e o segundo é quando ocorre a saída através do canal de parto (Fatia & Tinoco, 2018). Existem dois mecanismos de descolamento: o de Schultze (face lisa/face fetal) - caracteriza-se pela separação se iniciar pela zona mais central, formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta, sendo o mecanismo mais frequente (75% dos casos); ou o mecanismo de Duncan (face rugosa/face materna) - no qual o descolamento se inicia pela periferia, separando, desta maneira, as membranas da parede uterina. Representa 25% dos casos e caracteriza-se pela descida lateral da placenta apresentando-se na vagina com a superfície materna e acompanhada de um discreto e contínuo sangramento. Neste estadio há alguns sinais que indicam a dequitação: contração uterina; saída súbita de sangue pela vulva; descida do cordão ou aumento aparente do cordão à medida que a placenta desce no introito vaginal; aumento do volume vaginal observável; Manobra de Kustner - Colocar o bordo externo da mão direita/esquerda acima da sínfise púbica, fazer pressão na vertical em direção à coluna vertebral e fazer a correção da anteversão do útero. Se o cordão retrai, ainda não houve descolamento. Se o cordão se mantém estático é sinal de que já houve o descolamento (Fatia & Tinoco, 2018). É de relevar, também, que o tempo de descolamento é variável, sendo que na maioria dos casos a placenta separa-se da parede uterina cerca de cinco a sete minutos após a expulsão do feto. Por esse motivo, o profissional de saúde deve respeitar esse tempo fisiológico, ao que se chama de atitude expectante, uma vez que nem todos os descolamentos se dão no tempo estimado, podendo aguardar entre 45 minutos a uma hora. Após observar os sinais de descolamento referidos em cima, pode-se efetuar a manobra de Brandt-Andrews que consiste na tração cuidada do cordão com uma das mãos e com a outra aplicar pressão sobre o útero, acima da sínfise púbica, empurrando a placenta para baixo (Fatia & Tinoco, 2018).

Uma complicação/emergência médica que pode ocorrer associada a uma atitude ativa neste terceiro período do trabalho de parto é a inversão uterina. Esta complicação é definida como a passagem do fundo do uterino para a cavidade uterina e o colo do útero, virando o útero do avesso e exteriorizando-se (Sunjaya & Dewi, 2018). O fundo pode estar presente na cavidade uterina (incompleto), através do colo do útero ou mesmo através do introito vaginal. Embora

seja um evento raro, a inversão uterina pode ocorrer em 2 situações distintas: no pós-parto e espontaneamente. A etiologia exata da inversão uterina permanece indefinida, no entanto, a forte tração do cordão umbilical, particularmente durante o terceiro estágio do trabalho de parto, quando a placenta está aderente à parede uterina, é a causa mais provável. Outros fatores incluem relaxamento do segmento uterino inferior e colo do útero; miomas uterinos; placenta acreta; pressão excessiva do fundo uterino; cordão umbilical curto; fraqueza congênita ou anomalias uterinas; Síndrome de Ehlers-Danlos e macrossomia fetal (Sunjaya & Dewi, 2018). A apresentação clínica da inversão uterina difere de acordo com o seu grau e o momento. A inversão uterina incompleta pode ser sutil clinicamente, enquanto a inversão completa frequentemente identifica-se com um sangramento vaginal abundante, incapacidade de palpar o fundo do abdômen e instabilidade hemodinâmica materna. A inversão uterina pode ocorrer antes ou depois do descolamento da placenta. O diagnóstico clínico é feito por meio de exame bimanual em que o fundo do útero é palpado no segmento uterino inferior ou dentro da vagina. A ultrassonografia é útil para confirmar o diagnóstico quando o exame clínico é suspeito, mas pouco claro. A administração de fluídos e o controle da hemorragia para restaurar a estabilidade hemodinâmica materna é o principal objetivo do tratamento para prevenir desfechos fatais. A atitude inicial deve-se concentrar na reversão do útero imediatamente. A reversão do útero pode ser realizada através da chamada Manobra de Johnson, em que a pressão manual é aplicada no fundo através da vagina. Essa manobra deve ser realizada o mais rápido possível para minimizar a perda sanguínea e aumentar a possibilidade de reverter este quadro, pois quanto maior o tempo entre a inversão e a manobra, menor a taxa de sucesso. Esta redução na taxa de sucesso é devido à involução do colo do útero que cria um anel rígido que torna difícil a restauração da posição normal do útero. Quando a atitude conservadora falha, é essencial realizar uma intervenção cirúrgica (Sunjaya & Dewi, 2018). Durante o ensino clínico não tive a oportunidade de observar nenhuma situação com inversão uterina. As manobras realizadas aquando da dequitação eram realizadas respeitando sempre os timings da mesma e com as manobras anteriormente referidas.

A placenta retida após o parto vaginal, que ocorre em cerca de 1-3% dos partos, é uma das complicações que pode ocorrer nesta fase. É uma causa, relativamente comum, de morbidade obstétrica. Este acontecimento é diagnosticado quando a placenta não se consegue separar espontaneamente, quando a parturiente apresenta sangramento excessivo na ausência de separação da placenta ou se houver confirmação de tecido placentário remanescente após a libertação espontânea da maior parte da placenta. Placentas que não se separam espontaneamente da parede uterina podem ser uma causa de significativas complicações cirúrgicas e hemorrágicas. A placenta retida não tratada é considerada a segunda principal causa de hemorragia pós-parto (Perlman & Carusi, 2019). Os fatores de risco para esta complicação relativamente incomum são: episódio anterior de placenta retida, parto prematuro, cirurgia uterina anterior, interrupção da gravidez anterior, aborto ou curetagem, multiparidade (mais de cinco partos anteriores) e anomalias uterinas congénitas (muitas vezes não reconhecidas antes do parto). Antes de se fazer o diagnóstico de uma placenta retida, uma

atitude ativa é recomendada para facilitar a separação espontânea da placenta, incluindo a administração de ocitocina, tração controlada do cordão umbilical e massagem uterina. A utilização dessas manobras diminui o risco de hemorragia pós-parto, embora não tenha sido demonstrado que uma atitude ativa evite a retenção placentária. Uma vez diagnosticada, a placenta geralmente é extraída manualmente do útero e este procedimento é realizado, maioritariamente das vezes, pelo obstetra (Perlman & Carusi, 2019). Durante o ensino clínico vivenciei apenas uma situação de retenção de um bocado de tecido placentário que provocou uma hemorragia em grande quantidade. A atitude que adotei, juntamente com a equipa de EEESMO que estava presente, incluindo a minha orientadora, foi fazer a revisão manual da placenta para tentar retirar o resto placentário retido. Ao mesmo tempo, foi administrada ocitocina e lactato de ringer para manter e regularizar a tensão arterial. Felizmente conseguimos retirar o tecido e conter a hemorragia. A puérpera permaneceu no BP mais do que duas horas em observação e a contração uterina foi avaliada de 30 em 30 minutos, segundo protocolo hospitalar.

Como abordado anteriormente, a fase do puerpério imediato não é considerada um estadio do TP, mas faz parte do acompanhamento da EEESMO no BP e segue-se ao período da dequitação. Refere-se ao período de hemóstase, com uma duração até cerca de 2 horas após a expulsão da placenta. Na primeira hora, denominado de período de Greenberg, há maior probabilidade de ocorrerem grandes hemorragias. Geralmente, após esta primeira hora, o útero apresenta-se em condições normais, firmemente contraído. É importante ir avaliando o útero através da palpação abdominal, assegurando que está contraído, vigiando as perdas hemáticas, o períneo, os sinais vitais, bem como, as queixas maternas. No HPH, era frequente a realização destes cuidados. Assim que terminava o terceiro estadio do TP e sentisse o globo de segurança de pinard formado, era colocada a puérpera numa posição confortável para a primeira mamada do RN. Quando esta terminasse, regressava ao quarto para prestar cuidados à puérpera e ao RN antes de passarem para o internamento do puerpério. Neste momento, a avaliação da contração uterina era novamente realizada e, por vezes, antes da transferência da díade/tríade realizava novamente.

Ao longo do ensino clínico tornou-se cada vez mais fácil de avaliar a evolução do TP, conseguindo desenvolver competências para compreender autonomamente em que fase do TP é que a grávida se encontrava e para, consoante os conhecimentos e a evidência científica atual, detetar precocemente desvios da normalidade da evolução do TP.

### **2.1.5 Facilitar o trabalho de parto: intervenções de enfermagem e critérios para a sua implementação**

Neste capítulo, irei fazer referência às intervenções que fui implementando ao longo do estágio que eram facilitadoras do trabalho de parto e que tinham um papel no alívio da dor - métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Quando a grávida e acompanhante eram admitidos no BP não era possível realizar uma visita ao mesmo nem mostrar as instalações que poderiam utilizar, pela situação pandémica que atualmente vivenciamos. Esta situação, ao contrário daquilo que está estudado, faz com que a mulher/casal não fique familiarizada com o local onde irá nascer o seu filho, podendo criar sentimentos de insegurança e baixa satisfação materna (Marques, 2014). Para que isso não acontecesse, tentava explicar tudo aquilo que fazia parte do seu quarto e o que poderia acontecer em cada situação, para que, mesmo não podendo sair do quarto a parturiente/casal conseguisse perceber e ter controlo sobre todos os procedimentos que poderiam ter que ocorrer. Se a parturiente/casal tivesse já realizado teste de despiste da COVID-19 e já tivessem o resultado, eram colocados numa sala de partos que estivesse livre e só era necessário o equipamento de proteção base para contactar com estes. Por outro lado, se a mulher/casal não tivessem realizado teste para a deteção do vírus da COVID-19, numa situação de TP espontâneo, por exemplo, a mulher colhia o mesmo no serviço de urgência de GO e dava entrada (se tivesse livre) na primeira sala do BP, enquanto o seu companheiro ou pessoa significativa realizava o mesmo teste na urgência geral. Assim que chegasse o resultado, o mesmo podia dar entrada no BP e permanecer junta da mulher/família. Nos casos em que o resultado do teste demorava, a mulher encontrava-se numa fase avançada do TP era permitido ao acompanhante dar entrada no BP e permanecer junto da mesma. Durante toda esta situação, tanto com a mulher/casal/pessoa significativa a aguardar resultado, tanto no caso de serem positivos, utilizávamos todo o equipamento de proteção necessário para a prestação de cuidados segura. Durante o acolhimento procurava-se, então, conhecer melhor a parturiente/casal, iniciando-se assim a relação terapêutica no sentido de transmitir confiança no processo e a participação dos mesmos nos cuidados. Considerei que, neste primeiro contacto, a comunicação é um instrumento essencial na individualização dos cuidados e na criação de uma relação empática, de confiança e segurança em nós profissionais, pois permiti-me conhecer as reais necessidades e expectativas das pessoas através da sua forma de agir, pensar e sentir, minimizando as inseguranças, e ansiedade. A par do acolhimento, e se a grávida não viesse transferida do serviço de grávidas de risco onde o processo já teria sido realizado, era efetuada a colheita de dados através da consulta do boletim de grávida (idade, índice obstétrico, vigilância durante a gravidez, exames e análises clínicas realizadas, antecedentes clínicos, grupo sanguíneo e alergias) e através de entrevista informal sobre sentimentos

relativos à gravidez, expectativas e emoções relacionados com o TP, ter preparação para o parto e parentalidade, existência de plano de parto, acompanhante significativo durante o TP, preferência de técnicas para alívio da dor (farmacológicas ou não farmacológicas), nome do RN, corte do cordão umbilical (precoce ou tardio), vontade de realizar contacto pele a pele após o nascimento, amamentação na primeira hora de vida e finalmente o esclarecimento de dúvidas e preocupações.

Depois de realizado o acolhimento era sugerido à parturiente o uso de roupa confortável, preferencialmente uma camisa de noite que permitisse a amamentação após o nascimento, era preparada a denominada de “trouxa de parto” com todos os materiais necessário para prestar cuidados no período expulsivo e, de seguida, era também prepara a unidade para receber o RN, nomeadamente a disposição da sua roupa pela ordem que seria vestida, pulseiras de identificação, vitamina K, estetoscópio, fita métrica, pediómetro e todos os materiais mais invasivos que poderiam ser necessários usar (como sondas de aspiração, amboo, entre outros). À entrada no serviço era questionada a vontade de realizar analgesia epidural, com o intuito de conseguir a presença do anestesista atempadamente e tempo para preparar o material para essa intervenção. Importa refletir sobre esta prática rotineira, uma vez que ao questionar sobre este tipo de analgesia, a mulher pode sentir-se pressionada a realizar algo que provavelmente não é seu desejo. A minha visão relativa a este tema é a importância de humanizar e individualizar os cuidados no contexto do parto normal, permitindo que a mulher escolha livremente as suas opções para o nascimento do seu filho e que não seja induzida, nem lhe sejam impostas determinadas intervenções. Desta forma, considero que se deve ponderar a vontade da parturiente sobre a analgesia epidural entre outros procedimentos como era habitual fazer. Por vezes, era ainda proposto à parturiente a realização de enema de limpeza (Microlax®) e tricotomia, tal como preconizado pelos protocolos instituídos no serviço e que apenas foi realizado com o consentimento da mesma e após serem explicadas as vantagens e desvantagens. A realização de enema de limpeza durante o TP é uma prática rotineira que não se encontra atualmente recomendada por não apresentar quaisquer benefícios clínicos na evolução do TP, não ter efeitos nas taxas de infeção materno-infantil, podendo muitas vezes provocar constrangimento e desconforto na mulher por ser considerada uma prática invasiva (OMS, 2018; Reveiz, Gáitan e Cuervo, 2013). A tricotomia da região perineal encontra-se também desaconselhada por aumentar o risco de contaminação do local cirúrgico (caso ocorra episiotomia) devido aos microcortes resultantes da raspagem e pelo prurido e desconforto causado pelo crescimento do pelo, podendo interferir no processo de cicatrização do períneo (OE, 2012). Esta foi uma intervenção que apenas foi realizada quando solicitada pela parturiente, tendo-se verificado que em maior parte dos casos no momento da admissão a parturiente já apresentava tricotomia da região perineal.

Se as grávidas fossem transferidas do serviço de grávidas de risco para o BP, muitas vezes, já vinham com estas “preparações” realizadas. O critério para serem transferidas era apresentarem dor e dificuldade no controlo da mesma, pelo que, mesmo que apresentassem 2-

3cm de dilatação, eram internadas no BP para ser administrada analgesia pela via epidural (se assim o desejassem), uma vez que, após a sua realização, é exigida uma maior vigilância da parturiente e do feto; terem tido rotura de membranas e precisavam de vigilância aumentada das características do LA e do bem-estar materno e fetal; ou por terem entrado na fase ativa do TP, descrita anteriormente.

Abordando agora a dor, esta está presente ao longo de todo o trabalho de parto e, durante o primeiro estágio, é visceral, sendo o tipo de dor predominante, proveniente da distensão do segmento inferior uterino e da dilatação cervical. Já no segundo período do TP, associado ao período expulsivo, a dor tem características somáticas e concentra-se mais no períneo, sendo provocada pela distensão das estruturas do mesmo e pela pressão criada pela cabeça do feto. A dor, seja de que origem for, é de carácter subjetivo, pelo que a intensidade da mesma é amplamente variável de mulher para mulher e está sujeita a influências psíquicas, culturais, orgânicas e aos possíveis desvios da normalidade, como o stresse, a ansiedade e o medo. Além disso, a quantidade de endorfinas libertada pode também aumentar ou diminuir a sensação de dor (Nilsen, Sebastino & Lopes, 2010). De acordo com os mesmos autores, a dor, por ser um fenómeno que sofre várias influências, é considerada como pessoal e deve ser mensurada para permitir a escolha eficaz de um método de alívio. Assim, deve-se respeitar a escolha da mulher e oferecer os recursos disponíveis para a ajudar no alívio da dor e promover o conforto durante todo o processo do trabalho de parto e parto.

O alívio da dor durante o TP contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente e deve ser uma preocupação da EEESMO na admissão da mulher/casal no BP. Desta forma, a grávida em TP deve poder optar por métodos farmacológicos e métodos não farmacológicos, que lhe permitam vivenciar de forma positiva a sua experiência do parto. De acordo com a evidência científica, a OE (2012) recomenda que para ajudar a mulher no alívio da dor é necessário que a EEESMO compreenda o tipo de dor sentida, o padrão comportamental da resposta à dor de cada parturiente e as suas expectativas; deve proporcionar-lhe, durante o parto, informação sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos; deve informar previamente sobre os seus benefícios e potenciais riscos; deve informar as mulheres sobre a sua capacidade fisiológica de produzir endorfinas durante o parto fisiológico; deve oferecer à mulher a possibilidade de eleger um ou vários métodos consoante a sua vontade e percepção de como se sente mais confortável; deve informar sobre a evidência dos métodos alternativos disponíveis, caso a mulher opte por não utilizar nenhum método farmacológico; e deve permitir que a mulher seja acompanhada de forma contínua durante todo o processo.

Especificando, deste modo, os métodos não farmacológicos para o alívio da dor que foram sendo utilizados ao longo do estágio para alívio da dor durante o trabalho de parto, é possível identificar vários: musicoterapia, hidroterapia, aromoterapia, liberdade de movimentos, alternância de posições, bola de pilates, respiração e massagem. Todos estes métodos foram implementados e acompanhados nas parturientes que se mostraram informadas em relação aos mesmos e que tinham vontade de os pôr em prática e a outras que não detinham conhecimento

sobre os mesmos, mas que após lhe serem sugeridos e explicados os benefícios, queriam tirar partido dos métodos. Todas as parturientes que acompanhei decidiram optar pela analgesia epidural (que abordarei mais à frente), mas que não impediu que, a maior parte delas, utilizasse estas técnicas de conforto, que têm um papel preponderante no posicionamento e encravamento fetal. As três parturientes que deram entrada praticamente em período expulsivo, utilizaram apenas a respiração. Para além de serem métodos que aliviam a dor durante o trabalho de parto, também favorecem o relaxamento das fibras nervosas e musculares e consequentemente permitem o aumento da progressão do TP.

Importa referir que o mecanismo do parto implica acomodação do pólo cefálico fetal às estruturas ósseas através das quais tem de passar, sendo importante a mulher adotar posições durante o TP que facilitem a acomodação do mesmo à pelve materna. A deambulação ou a adoção de outras posições verticais, como o sentar-se na bola de pilates, ou mesmo na cama, facilitam a descida do feto e o encravamento. Segundo as *guidelines* do The Royal College of Midwives (2012), são várias as vantagens das posições verticais, tais como: permite a descida do feto com a ajuda da gravidade, diminui o risco de compressão da veia cava inferior, melhora o alinhamento do feto e promove contrações uterinas mais eficazes. Uma revisão da literatura publicada pela Cochrane (2009) cit. por The Royal College of Midwives (2012), conclui que a utilização de posições verticais e deambulação durante o primeiro estadió do TP, reduzem a sua duração e o uso de analgesia epidural, para além de que promovem maior controlo da dor, permitindo que a mulher encontre a posição mais confortável para si. Corroborando estas ideias, a OMS (2015) recomenda que deve ser incentivada a deambulação e a adoção de uma posição vertical durante o TP em mulheres de baixo risco, porque encurta a primeira fase de TP e reduz a taxa de cesarianas. Não se verifica o aumento do risco da mortalidade perinatal, nem o sofrimento fetal, constituindo uma intervenção acessível, barata e fácil de implementar.

Em 2009, foi criado o Movimento Nascer Melhor constituído por profissionais de saúde e outros membros da sociedade que elaborou dez princípios de Viana dos quais se destacam dois: “2. *Promover um ambiente carinhoso, em que é permitido à grávida expressar a sua forma de ser e de vivenciar esse momento único e tão importante da sua vida, bem como ver respeitada a sua privacidade e conforto, são aspetos essenciais dos cuidados.*” e “7. *A evidência científica atual não apoia como intervenções de rotina nas parturientes de baixo risco: ... a restrição dos movimentos; a restrição da posição do parto...*” (Nogueira, 2012). Quando se aborda o posicionamento da parturiente ao longo de todo o trabalho de parto é fundamental referir a biomecânica da bacia, na medida em que existem possíveis variações nos diâmetros consoante a posição adotada pela parturiente. São relevantes para a evolução do trabalho de parto, ao nível da articulação sacroilíaca, os movimentos de nutação e contranutação do sacro em relação ao ílio (Magee, 2005 cit. por Nogueira, 2012). A contranutação aumenta o diâmetro antero-posterior do estreito superior e diminui os diâmetros antero-posteriores da escavação pélvica e estreito inferior. A nutação, por outro lado, diminui o diâmetro antero-posterior a nível do estreito superior e aumenta os diâmetros antero-posteriores ao nível da escavação

pélvica e do estreito inferior. Torna-se necessário, por isso, posicionar a parturiente de forma a adequar o movimento da articulação sacroilíaca com a descida da apresentação (Nogueira, 2012).

A hidroterapia foi outro método com bastante adesão pelas parturientes. O uso do chuveiro acontecia quando a dor começava a intensificar e era sugerido à grávida um banho de chuveiro antes de realizar a analgesia epidural ou então, após a analgesia epidural, quando se avaliava a evolução do TP e percebia que era vantajoso posições mais verticais e um banho de água quente que, segundo Lehugeur, Strapasson, & Fronza, (2017), induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, conduzindo a um relaxamento das fibras musculares. Desde 1970 que este método de alívio da dor tem sido usado por Igor Tjarkovsky na Rússia Soviética, e um pouco mais tarde, Michel Odent popularizou a imersão em água noutros países europeus (Cluett, Burns & Cuthbert, 2018). O aquecimento da superfície corporal a aproximadamente 37°C está associado a várias ocorrências, tais como: adaptação ao stress, redução da dor e da ansiedade, melhoria da perfusão uterina, otimização da progressão do trabalho de parto e redução na utilização da analgesia durante o mesmo (Henrique et al., 2018). Atualmente existem vários estudos que indicam que a hidroterapia, durante o primeiro e/ou segundo estádios do trabalho de parto, potencia a capacidade das mulheres para controlarem a dor e terem um parto eutócico sem aumentar o risco de complicações, nomeadamente, as infeções nas mulheres e/ou recém-nascidos e as lacerações (Jones et al., 2012).

Incentivar a presença de um acompanhante para suporte contínuo durante o TP foi essencial na promoção do bem-estar emocional da parturiente e um cuidado contínuo que tive ao longo do ensino clínico. Segundo Silva et al., (2015), este acompanhamento aumenta a sensação de apoio e segurança da mulher promovendo sentimentos de maior controlo no processo de nascimento, diminuindo, desta forma, os sentimentos relacionados com o medo e ansiedade. Os pais foram os acompanhantes que mais frequentemente estiveram presentes nos partos que assisti, isto porque para além de serem uma importante fonte de suporte para as mulheres, estes também foram exprimindo o seu desejo de partilhar esta experiência com as suas companheiras. Uma recente revisão da Cochrane envolvendo 23 ensaios clínicos randomizados, realizados em 16 países, com mais de 15.000 mulheres comprovou que este apoio ajuda ao desenvolvimento do trabalho de parto, aumenta a sensação de controlo e de competência das parturientes, reduzindo, desta forma, a necessidade de intervenções obstétricas. Este apoio inclui: suporte emocional, medidas de conforto físicas, informações e contacto constante com a equipa de cuidados de saúde. Neste estudo, as parturientes que tiveram apoio durante o TP tiveram menos probabilidade de partos distócicos, menor necessidade de recurso a medidas farmacológicas para alívio da dor, trabalhos de parto e partos mais curtos e maior satisfação com a sua experiência de parto (Hodnett et al., 2013).

Após abordar alguns métodos não farmacológicos relacionados com o alívio da dor, importa também perceber que, durante o TP há o risco de a mulher fazer retenção urinária. Posto isto, um dos focos de atenção da EESMO durante o cuidado à utente em TP é o de Retenção Urinária.

O estudo de Carley et al. (2002), que envolveu uma amostra de 11.332 mulheres, provou que uma em cada 200 teve retenção urinária no TP. Também a presença de analgesia pela via epidural pode comprometer a percepção da mulher para urinar. Nestes casos, foi identificado no planeamento de cuidados o foco Conhecimento sobre Retenção Urinária no TP, que após procedida a avaliação diagnóstica conduzi à implementação de intervenções potenciadoras do desenvolvimento de conhecimentos e estratégias promotoras da eliminação urinária. Assim, as utentes foram incentivadas a urinar de 2/2 horas, a colocar as mãos na água ou ouvir o som da água para promover a micção espontânea. Todos os casais foram informados que o volume vesical pode dificultar a progressão e passagem do feto, naqueles que são os movimentos cardinais no TP, por se constituir como uma barreira física à sua passagem. Posto isto, em alguns casos foi necessário algalhar as parturientes, com o consentimento das mesmas, pois passavam mais de duas horas sem urinar e não referiam vontade.

Ainda no planeamento de cuidados, durante todo o TP e parto, foi também foco da minha atenção a Ligação mãe/pai-filho (CIPE® 2019). Consoante o diagnóstico estabelecido foram delineadas algumas intervenções, no sentido de potenciar o desenvolvimento da ligação entre os pais e os seus filhos: informar o casal sobre a avaliação do bem-estar fetal realizada ao longo do TP; envolver o casal na identificação dos movimento fetais; atribuir características positivas ao feto pelo seu padrão de comportamento; interagir com a mãe/pai a identificar características familiares no comportamento fetal; dar aos pais a oportunidade de ouvir os batimentos cardíacos fetais colocando o volume do cardiotocógrafo alto; informar os pais previamente sobre todos os cuidados que são prestados ao RN após o nascimento; felicitar o casal pelo nascimento e tratar o feto e RN pelo nome escolhido pelo casal; proporcionar ao casal a oportunidade de cortar o cordão umbilical e realizar contacto pele a pele com o RN após o nascimento (sempre que fosse da sua preferência).

#### **2.1.6 Contribuir para uma experiência positiva de parto: focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem**

As expectativas e experiências anteriores de parto podem influenciar a forma como a mulher encara o parto, envolvendo frequentemente sentimentos ambivalentes como a felicidade e entusiasmo, mas também stresse, medo e ansiedade (Morell & Martín, 2018). Estas são complexas e multifatoriais podendo constituir fatores facilitadores ou inibidores do processo e na transição para o papel parental (Meleis & Shumacher, 1994). O conhecimento das expectativas das grávidas em relação ao parto tem sido várias vezes objeto de estudo, havendo diferentes estudos que procuram conhecer as dimensões da experiência de parto que a grávida

antecipa, como foi o objetivo de pesquisa da revisão integrativa da literatura que irei abordar a seguir. O suporte proporcionado quer pelos profissionais de saúde quer pelo companheiro/pessoa significativa, a intensidade e a forma de lidar com a dor, as características do ambiente onde se irá desenrolar o parto, o medo do desconhecido, a preocupação relativa ao seu bem-estar e sua saúde e à saúde do bebê e a sua autoeficácia durante todo o processo, são algumas dimensões em torno das quais as mulheres vão formando determinadas expectativas. O efeito dessas expectativas em relação ao tipo de parto desejado e às diferentes dimensões associadas a esta experiência, estão relacionadas tanto ao nível de satisfação que a mulher irá perceber após o parto como com a percepção que terá da sua eficácia para lidar com situações futuras. Nomeadamente a sua capacidade para cuidar do seu filho, que poderá influenciar o estabelecimento de laços afetivos com o mesmo (Morell & Martín, 2018).

Desta forma, discutir e conhecer as expectativas que cada mulher cria durante o primeiro período do TP permitiu-nos estabelecer um plano de cuidados individualizado que teve como objetivo o aumento da satisfação da parturiente com a sua experiência de parto e a promoção mais saudável possível da transição para a maternidade. Durante a prática clínica no HPH, a verbalização de inseguranças e preocupações relativamente ao parto foi mais frequente em múltiparas com experiências negativas anteriores e primíparas que não tinham frequentado a preparação para o parto e pouco ou nada se tinham informado deste processo e transição, demonstrando, conseqüentemente, estes dois grupos maiores níveis de ansiedade e stresse e uma percepção diminuída da sua autoeficácia. O medo, stresse e ansiedade durante o trabalho de parto poderá afetar o desfecho materno-fetal, pois a libertação de betaendorfinas poderá bloquear a musculatura lisa do útero diminuindo, conseqüentemente, as contrações uterinas e prologando ou inibindo o TP (APEO, 2009). O trabalho de parto inibido pela ansiedade irá, por sua vez, aumentar ainda mais os níveis de stresse da puérpera formando-se, assim, um ciclo vicioso (medo, ansiedade e dor) difícil de ultrapassar e controlar (Lowdermilk & Perry, 2012). Perante o foco de Ansiedade e Stresse (CIPE® 2019), durante o primeiro período do TP, foram implementadas intervenções promotoras do conforto e diminuição dos níveis de ansiedade. Neste sentido, foi promovido o bem-estar físico e emocional da parturiente que passava por proporcionar um ambiente acolhedor (agradável, calmo, aquecido, com luminosidade reduzida, sem ruídos ou com uma música ao gosto da grávida e com privacidade - sempre de acordo com o desejo da parturiente/casal), esclarecer dúvidas e informar de todos os procedimentos necessários realizar, abordando sempre as suas vantagens e desvantagens, fazendo com que a grávida/casal percebesse que tinha um papel ativo no processo. Estas intervenções demonstram ser essenciais para a diminuição da ansiedade, insegurança e medo associados a ambientes hospitalares e desconhecidos aumentando conseqüentemente a satisfação materna (Marques, 2014).

O suporte proporcionado pela EEESMO foi, também, fulcral no empoderamento e capacitação do casal no processo de tomada de decisões, promovendo a participação ativa da mãe/pai/acompanhante durante todo o processo do nascimento, rumo a uma experiência de

parto positiva. O papel do pai durante o TP deve, assim, ser encarado pela equipa como um agente participativo e é necessário providenciar suporte para que este se sinta incluído em todo o processo. Durante a experiência do parto é necessário ter o cuidado de compreender o nível de envolvimento desejado pelos pais, que poderá oscilar entre desejarem ser envolvidos em determinados momentos e noutros não, evitando forçar a participação para que a experiência não se torne desagradável. No entanto, independentemente do papel adotado pelo pai (mais ou menos ativo) este nunca deverá ser excluído do processo, pelo contrário, ser incentivado a adotar o papel mais confortável para si e para a sua companheira (Bäckström & Wahn, 2011). Proporcionar uma experiência de parto positiva aos pais, também faz parte das competências da EEESMO. Segundo Hildingsson et al. (2013), consiste em demonstrar disponibilidade estando frequentemente presente na sala de partos (sem invadir demasiado o seu espaço e privacidade) e providenciar informação sobre o processo, resultando numa perceção aumentada de suporte, que se torna essencial para que o casal consiga lidar com as emoções vivenciadas durante o processo de nascimento.

De acordo com Eggermont et al. (2017), uma das formas de os pais se sentirem envolvidos no processo é proporcionar suporte físico e emocional às suas companheiras, nomeadamente, através da ajuda na mudança de posições, oferecer massagens ou fluídos, dando carinho ou reforços positivos ao longo de todo o TP. No sentido de promover a satisfação das necessidades de ambos os progenitores, durante o processo de nascimento, o pai foi sempre envolvido no processo de cuidados tendo sido incentivado a realizar/participar nas ações anteriormente referidas. The Royal College of Midwives (2012), recomenda a adoção de algumas intervenções específicas em relação às necessidades do pai durante o TP as quais foram postas em prática durante o ensino clínico, nomeadamente: compreender o nível de envolvimento desejado, respeitando o seu direito a mudar de ideias; compreender e respeitar os seus sentimentos ao longo do processo; incentivar o seu papel ativo (através de atitudes como apoiar a companheira ou proporcionar o corte do cordão umbilical); incentivá-lo a apoiar a adoção de medidas não farmacológicas de alívio da dor (dando massagens, auxiliarem durante a liberdade de movimentos e/ou a utilização da bola de pilates, participarem em técnicas de relaxamento, etc.); dar as informações relevantes e incluí-lo no processo de tomada de decisão. Também houve o cuidado de incentivar a comunicação entre o casal, o pai conhecer e tocar no RN e a incluí-lo no processo de cuidados do filho (Hildingsson et al., 2013). A promoção da autonomia e participação ativa da mulher durante o trabalho de parto é essencial na humanização dos cuidados prestados durante o parto normal. Tal, implica conhecer as reais necessidades das mulheres e empoderá-las a fazer as suas próprias escolhas nos cuidados que lhe são prestados tornando-a protagonista deste acontecimento que é o seu próprio parto (Silva et al., 2015; Mouta et al., 2017).

Nos casos em que era decidida a Indução de TP, o planeamento de cuidados de Enfermagem incidiu muito sobre os focos: Consciencialização sobre a situação atual; Conhecimento sobre Indução de TP (ICNP, 2019). O planeamento de cuidados de cada casal é sempre adaptado às

suas necessidades reais e de forma a prestar cuidados individualizados para cada um dos elementos. Estes focos foram identificados na grande maioria dos casais cuidados ao longo do estágio que foram submetidos a intervenções clínicas para Indução de TP. No âmbito do diagnóstico Défice de conhecimento sobre Indução de TP, o casal foi informado sobre as condicionantes associadas à indução de TP; os critérios para a sua realização; o plano terapêutico como a indicação de monitorização cardiotocográfica contínua durante uma hora (após administração de prostaglandinas para maturação cervical) ou continuamente quando era administrada ocitocina em perfusão para indução do TP, ou enquanto existir dinâmica uterina; agentes farmacológicos utilizados; evolução tocológica esperada; e fases da indução de TP. O papel da EEESMO, embora transversal, é ligeiramente diferente ao longo do TP. Em contexto hospitalar as mulheres encontram-se afastadas do seu meio de conforto. Isso contribui para a sua ansiedade e fragilidade e, numa situação de indução do TP, em que elas não sabem se o desfecho vai ser positivo ou negativo, esses sentimentos ficam ainda mais exacerbados. No entanto, a EEESMO, através da sua presença e apoio, tem um papel importante e determinante na perceção das mulheres em relação à experiência do parto. É de esperar que, durante o TP e parto a EEESMO tenha em atenção as necessidades fisiológicas e emocionais da parturiente, respeitando as opções do casal, considerando a informação e a necessidade de segurança aspetos essenciais. A monitorização da evolução do TP, que pressupõe a vigilância da mulher e do bem-estar fetal, a presença constante da EEESMO, a continuidade de cuidados prestados pelo mesmo profissional e a informação sobre a própria evolução do TP e parto são aspetos referidos como essenciais e desejáveis no acompanhamento e apoio durante o TP (Gibbins e Thomson, 2001 cit. por Guerra, 2014). Assumir o desafio de desenvolver práticas emancipatórias, foi fundamental para demonstrar que eram cuidados por uma equipa de profissionais especializada, na qual me integrei com competência para avaliar as intervenções necessárias de realizar à mulher, casal e família, que na minha perspetiva tiveram como foco primordial o bem-estar materno e fetal.

O plano de parto é uma ferramenta útil para a mulher, mas também para os profissionais de saúde. Permite à mulher a reflexão sobre aquilo que gostaria que acontecesse durante o nascimento do seu filho e permite aos profissionais de saúde, durante a prestação de cuidados, respeitar a vontade e decisões da parturiente, fazendo-a sentir-se escutada e respeitada. (Mouta et al., 2017). Durante o ensino clínico, foram várias as mulheres que traziam consigo planos de parto. Umas tinham sido elaborados e discutidos na consulta de plano de parto que é, agora, preconizada no HPH, mas outras tinham construído o seu plano de parto em casa, com os seus companheiros, por isso, era importante rever com elas, quer numa situação quer noutra, as escolhas e decisões que tinham pensado para o nascimento dos seus filhos. Vivenciei, também situações em que as parturientes não traziam nenhum plano de parto e nem tinham pensado em nenhuma vontade específica e outras que, não tinham elaborado nenhum plano, mas que tinham refletido sobre aquele momento e verbalizavam o que tinham idealizado e quais seriam as suas preferências. Sempre que possível eram respeitadas, quando dependia de ambos os membros do casal e da equipa de enfermagem, indo de encontro à premissa da OE

(2010), que define que a EEESMO deve atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. Deste modo, satisfazendo o máximo possível as vontades e desejos da mulher/casal, e mesmo quando não era exequível tornava cada situação o melhor possível, consegui, juntamente com a equipa, proporcionar experiências de parto positivas, que foram referidas por alguns casais como únicas.

### **2.1.7 Facilitar a adaptação à vida extrauterina: intervenções de enfermagem**

O momento do nascimento, ou seja, a transição da vida fetal para a vida extrauterina, envolve múltiplos mecanismos de adaptação biológica, com a participação de vários sistemas e órgãos dos RNs, tendo como grande mediador o sistema endócrino e como resultado fundamental o estabelecimento da respiração e a oxigenação do corpo do recém-nascido. A partir desse momento, comandado pelo próprio e evidentemente mais pela sua mãe, o RN valendo-se da respiração passa a viver biologicamente independente. Nunca mais, em toda a sua vida, vivenciará uma experiência tão radical de mudança e de tanta importância para sua existência como esta (Chaves, 2014). Posto isto, de acordo com a evidência atual juntamente com os protocolos do HPH, eram implementadas algumas intervenções que atendiam a esta transição, tornando-se favorecedoras e facilitadoras da mesma para o RN.

A terceira fase do TP, compreende o momento após o nascimento do feto até à expulsão da placenta. Nesse intervalo, o RN era colocado sobre o abdómen da mãe, embrulhado num campo esterilizado que faz parte do trouxa de parto, secava-o, estimulando o dorso de baixo para cima, com o intuito de mobilizar as secreções que pudesse apresentar. Realizava, ainda a limpeza do nariz e da boca com uma compressa, permitindo uma melhor permeabilização das vias aéreas, evitando a aspiração de secreções brônquicas, tendo como referência que esse procedimento invasivo deveria ser executado somente se necessário. Pelo facto do RN perder calor por evaporação, podendo resultar numa diminuição abrupta da sua temperatura nos primeiros minutos de vida, procurava sempre mantê-lo embrulhado em lençóis previamente aquecidos. Estes eram substituídos sempre que estivessem molhados, durante o tempo que permanecia a fazer contacto pele a pele com a mãe. Ainda com o RN sobre o abdómen da mulher, o cordão umbilical era laqueado pela mãe/acompanhante, após este parar de pulsar. Constatei que este era um dos momentos prediletos dos pais, uma vez que podiam cortar o cordão umbilical, se assim o desejassem. A alegria e o entusiasmo destes estava-lhes espelhado no rosto, sendo esta uma das formas de permitir uma ligação mais profunda mãe/pai-filho (Matos et al., 2010). Salvo raras exceções, se o RN necessitasse de cuidados especializados

imediatos ou pedia-se ao pai para cortar rápido o cordão, ou era eu a fazer a laqueação, entregando o RN à pediatra.

É durante esta fase que é realizada a clampagem e o corte do cordão umbilical, separando assim fisicamente o RN e a mãe. A laqueação do cordão umbilical consiste na aplicação de um clamp localizado a cerca de três centímetros do abdómen do RN e uma pinça de Kelly ou Kocher junto da vulva materna, sendo depois o cordão cortado no espaço entre o clampe e a pinça. No entanto o momento ideal em que é realizada a clampagem e o corte umbilical permanece controverso, havendo estudos que recomendem a laqueação precoce enquanto outros têm demonstrado as vantagens da clampagem tardia do cordão umbilical. As recomendações da OMS (2018) defendem a clampagem tardia do cordão umbilical, num período de 1 a 3 minutos, no RN saudável por apresentar inúmeras vantagens principalmente no que diz respeito ao aumento do hematócrito do RN representando um aumento das reservas de ferro prevenindo a anemia nos primeiros 4 a 6 meses de vida (Schardosim et al., 2018). Para além disso, diminui o risco de suplementação até aos seis meses de vida, bem como reduzir a incidência de complicações, como a enterocolite necrosante e a sépsis neonatal, sobretudo em RN pré-termo. alguns investigadores referem que tal intervenção pode levar ao aumento do risco de icterícia neonatal, favorecendo a policitemia (Rabe et al., 2019).

Relativamente à clampagem do cordão, os bebés prematuros podem beneficiar de uma transfusão de placenta (através do cordão umbilical) quando o clampeamento do cordão é adiado. Uma meta-análise recente comparando o clampeamento tardio do cordão umbilical com o clampeamento imediato do cordão umbilical em bebés prematuros mostrou, de facto, um hematócrito aumentado, diminuição da necessidade de transfusões de sangue, uma diminuição na mortalidade neonatal e uma tendência para menos hemorragias intraventriculares. No entanto, na maioria dos estudos, a clampagem tardia do cordão foi realizada usando um tempo fixo de 30-60 segundos, enquanto a transfusão placentária só está completa após três minutos. Além disso, bebés prematuros que precisam de intervenções imediatas para estabilização ou reanimação foram clampados imediatamente e apresentaram um maior risco de complicações (Knol et al., 2019).

Enquanto, a justificação da maioria dos estudos de clampagem do cordão foi baseada no aumento da transfusão da placenta, recentemente demonstrou-se que atrasar a clampagem do cordão até o início da ventilação evita uma redução significativa no débito cardíaco. Isso também evitou grandes flutuações nas pressões e fluxos sanguíneos sistémicos e cerebrais, bradicardia e hipoxia concomitantes. Este achado pode explicar a bradicardia e a hipoxia frequentemente observadas em prematuros após o clampe precoce do cordão. Evitar esses efeitos adversos pode diminuir o risco de mortalidade e morbidade (cerebral). Os efeitos adversos podem ser evitados quando os bebés prematuros são estabilizados pela primeira vez com o cordão intacto e somente clamados quando o sistema respiratório já está estável. Chama-se a isso de clampeamento do cordão com base fisiológica, pois o momento do clampeamento do cordão é baseado na condição clínica do bebé. Para que isto seja possível, foi criada uma

mesa de reanimação neonatal móvel, que permite que a reanimação seja realizada junta da mulher para se evitar o clampe precoce do cordão (Knol et al., 2019). Esta descoberta é uma grande mais-valia, não só para os RN pré-termo, mas para todos os outros. No caso do HPH, os RN são observados imediatamente pela pediatra o que faz com que, a maior parte das vezes, o clampe do cordão seja precoce. Havendo esta possibilidade de manter o cordão intacto e o RN conectado à mãe a receber um aporte ainda muito grande e essencial para o seu bem-estar, até terminar a avaliação médica vai trazer todas as vantagens mencionadas anteriormente, facilitando a sua transição para a vida extrauterina.

Simultaneamente, ao primeiro, quinto e décimo minutos, após o nascimento, era também avaliado o índice de Apgar (cor, tónus muscular, irritabilidade reflexa, esforços respiratórios e frequência cardíaca). Este revelou-se um bom preditor da necessidade de prestação de cuidados imediatos ao RN, como a reanimação (Laptook, 2014). A maioria dos estudos revela que um índice de Apgar baixo ao nascimento sugere a necessidade de internamento do RN no serviço de Neonatologia, bem como prediz que tenha ocorrido uma situação de sofrimento fetal, porém não revela necessariamente problemas de desenvolvimento no futuro (Oliveira et al., 2012). Scores de Apgar entre oito e 10 no primeiro minuto de vida indicam condições fisiológicas ótimas do RN tendo representado a maior parte dos RN assistidos durante a minha prática. Ao longo deste percurso assisti a duas situações em que o RN apresentou um índice de Apgar de cinco ao primeiro minuto, tendo sido realizada a clampagem imediata do cordão umbilical e prestados os cuidados necessários ao RN, não tendo sido necessária a ressuscitação cardiopulmonar, apresentando um Apgar de 9 ao décimo minuto.

A primeira hora de vida do RN é uma fase importante de interação mãe-pai/bebé por este se apresentar mais desperto e por se encontrar num período denominado de inatividade alerta e que dura cerca de 40 minutos (Hergessel & Lohmann, 2017), sendo nesta fase importante facilitar o contacto precoce entre os pais e mesmo, com o objetivo de promover a ligação precoce entre a tríade, facilitando, deste modo, a adaptação precoce ao papel parental. Assim durante esta fase, as intervenções como promover o contacto precoce através do contacto pele a pele mãe/bebé e a amamentação na primeira hora de vida foram sempre priorizadas adiando os cuidados de rotina ao RN.

O contacto pele a pele era realizado logo após o nascimento, onde o RN era colocado em cima do abdómen da mãe. Após ser observado pela pediatra, voltava novamente. Este, promove o estabelecimento da ligação mãe/pai-filho, aumenta os níveis de ocitocina circulante, permite uma adaptação mais rápida e consistente do RN ao meio extrauterino, regularizando a sua temperatura corporal e função cardiorrespiratória e promove, também, a amamentação na primeira hora de vida (Siqueira & Colli, 2013). Ao longo deste módulo do estágio, nunca presenciámos nenhum caso em que as mães se recusassem a fazer este tipo de contacto com o seu filho e no caso dos partos distócicos por cesariana que assisti, o contacto pele a pele foi realizado pelo pai.

O Hospital Pedro Hispano é um dos Hospitais Amigo dos Bebés, por isso as intervenções anteriormente mencionadas são privilegiadas na instituição, considerando sempre os desejos da mulher/casal. Acresce, ainda, que era incentivada a amamentação precoce na primeira hora de vida pelo facto de ter como vantagens imediatas, a prevenção da morbilidade e mortalidade neonatal conferindo um efeito protetor ao RN devido às propriedades imunológicas do colostro. Em relação à puérpera, favorece a contração uterina pela ação da sucção que estimula a libertação de ocitocina endógena, prevenindo a hemorragia pós-parto, que é a principal causa de morte materna no mundo (Hergessel & Lohmann, 2017). Após a primeira mamada era colocada a pulseira eletrónica no RN e prestados todos os cuidados tendo por base o foco Desenvolvimento infantil (ICN, 2019). Desta forma, juntamente com a pediatra era realizada uma avaliação cefalocaudal, através da palpação das suturas cranianas e fontanelas, observávamos se existia a presença de cefalohematoma, *caput succedaneum* e/ou escoriações do couro cabeludo, o coto umbilical e a existência de três vasos (duas artérias e uma veia) e confirmávamos se a clampagem estava segura, presença das características próprias da genitália masculina e feminina e a perfuração do ânus. As vigilâncias relativas à ocorrência da primeira micção e dejeção do RN foram associadas a este foco. Quanto à avaliação antropométrica, era realizada na mesma por uma EEESMO e pela pediatra, com recurso à monitorização do peso, comprimento e perímetro cefálico. E ainda, na primeira hora de vida, era administrada a vitamina K (um miligrama intramuscular), para prevenção de doenças hemorrágicas, conforme protocolo do serviço e prescrição médica. Concomitantemente, era aplicada a pomada oftálmica com cloridrato de oxitetraciclina, em ambos os olhos, como profilaxia da conjuntivite neonatal (NICE, 2017). No caso dos RN, filhos de mães diabéticas ou com peso inferior a 2500g ou superiores a 4000g, realizávamos a monitorização dos valores de glicemia capilar ao nascimento.

Relativamente à aspiração de secreções, esta era realizada na grande parte dos casos, no entanto a evidência científica defende que RN com choro vigoroso e com vitalidade não necessita de ser aspirado, uma vez que a sucção na faringe posterior pode resultar na estimulação do nervo vago podendo desencadear períodos de apneia ou bradicardia. Caso seja necessário a aspiração de secreções, esta deve ser executada o mais rapidamente possível.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA: PREPARAÇÃO PARA O PARTO: GESTÃO DAS EXPECTATIVAS COMO INTENCIONALIDADE DOS CUIDADOS

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nomeadamente, no Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura (RIL) que teve por base um tema relacionado com a prática clínica no âmbito da enfermagem de SMO. Segundo Mota de Sousa et al. (2017), a RIL é um método de pesquisa específico da Prática Baseada na Evidência (PBE), que resume o conjunto de literatura empírica, ou teórica, realizada previamente ao momento da pesquisa, com o objetivo de compreender de uma forma mais abrangente um determinado fenómeno. Este método de pesquisa permite a agregação de evidências presentes na prática clínica, sendo fundamentada em conhecimento científico e requer a formulação de um problema de pesquisa, a pesquisa da literatura em base de dados, a avaliação crítica dos dados encontrados com a sua posterior análise e, por fim, a apresentação dos resultados. Assim sendo, permite agrupar e sintetizar os resultados da pesquisa sobre a questão de investigação, de forma ordenada e sistemática, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema analisado. Este trabalho pretende integrar os resultados da pesquisa científica na atuação profissional no que diz respeito à tomada de decisão e à melhoria contínua dos cuidados.

A temática escolhida prende-se com a necessidade de aquisição e enriquecimento do conhecimento científico centrada na promoção da preparação para o parto com o objetivo de compreender quais são as expectativas das mulheres grávidas em relação ao parto. O conceito de expectativas relacionadas com o parto é ainda escasso e pouco perceptível na literatura existente. No entanto, de acordo com Ayres (2005) cit. por Morell & Martín (2018), a expectativa do parto é complexa e multidimensional que envolve muitos aspetos relativos à mesma e que pode ser percebida como julgamentos e crenças sobre o futuro que podem ser influenciados por situações anteriormente vividas. No caso das expectativas das mulheres grávidas, Ferreira et al. (2013) cit. por Santos (2017), afirmam que essas expectativas estão muito relacionadas com a maneira como as informações relativamente ao parto estão disponibilizadas e são transmitidas, sendo fundamental o acompanhamento por profissionais especializados durante o período pré-natal para gerir essas mesmas expectativas. O parto é um momento imprevisível e muito esperado na vida de uma mulher, sendo criado, à sua volta, muitas fantasias e ansiedades. Morell & Martín (2018) defendem que criar expectativas para grandes eventos e acontecimentos da vida de cada um, vai facilitar a preparação física e mental para encarar aquele momento. As mulheres utilizam as expectativas que foram criando ao longo da gravidez para avaliar a sua experiência de parto. Posto isto, referem que a satisfação das mulheres com a sua experiência de parto depende, em grande medida, da sua concordância

com as expectativas formuladas previamente. A identificação dessas expectativas e desejos numa fase precoce, ou seja, durante o período pré-natal, por parte dos profissionais de saúde que as acompanham pode ser fundamental na gestão e satisfação, para assim, a sua vivência e experiência de parto ser a mais positiva possível.

Todas as mulheres criam expectativas antes e durante a gravidez em relação ao seu parto que, e, durante o trabalho de parto, essas mesmas expectativas desempenham um papel relevante já que condicionam o envolvimento, nas respostas e a satisfação com todo o processo. Identificar essas expectativas, os desejos e as necessidades tanto da mulher como do companheiro, constitui o ponto de partida para que, profissionais de saúde possam delinear planos de cuidados individualizados e com um objetivo comum que é, uma experiência de parto positiva (Iravani et al., 2015). De facto, numa experiência de parto, numa lógica da pirâmide de Maslow, cada mulher pode esperar sentir-se segura, não sofrer e, no topo da pirâmide, sentir-se respeitada. Assim, quais as expectativas das grávidas em relação ao seu parto? Quais os dados que poderão ser considerados na avaliação das expectativas?

### **3.1 Problemática**

O parto é um evento crítico e complexo para todas as mulheres/casais, caracterizado por uma súbita alteração a nível físico, emocional e social e que é influenciado por fatores externos, como a cultura e os costumes. Algumas mulheres vêem a sua experiência de parto como um evento determinante para a criação da sua identidade como mulher e como mãe e, acima de tudo, como o elemento central no seu bem-estar psicológico (Morell & Martín 2018).

A criação de expectativas em relação aos diferentes acontecimentos importantes da vida de uma mulher ajuda-a a preparar-se mental e fisicamente para lidar com a situação, tendo na sua imaginação um quadro, mais ou menos, como gostasse que tudo acontecesse. O antes e durante o trabalho de parto e parto não é diferente. As mulheres constroem as suas expectativas, os seus desejos e as suas vontades para tentar lidar com aquele evento tão único que é só delas e dos seus companheiros. Essas mesmas expectativas são utilizadas como uma referência, mais tarde, para avaliar a sua experiência de parto, como foi abordado anteriormente (Morell & Martín 2018).

Uma experiência de parto pode ser construída e definida consoante as expectativas que se criam à volta daquele momento. Isto é, se as expectativas criadas por uma mulher/casal em relação ao seu parto forem atendidas em parte ou na sua totalidade, a experiência de parto vai ser mais positiva e significativa do que se não forem correspondidas ou satisfeitas. Isto foi

possível observar durante os ensinamentos clínicos realizados no internamento de grávidas e no bloco de partos.

Posto isto, e corroborando a ideia explanada acima, a satisfação das mulheres/casais com a sua experiência de parto depende, em grande maioria, da concordância com as expectativas que foram criadas ao longo da gravidez para aquele momento (Morell & Martín 2018).

Expectativas são, segundo Peñacoba-Puente et al. (2016), o conceito de expectativas refere-se a julgamentos, crenças e percepções sobre o futuro, isto é, relativamente a se um determinado evento ocorrerá e de que forma ocorrerá, podendo ser influenciado por situações vividas anteriormente. Conhecer e compreender essas expectativas é fundamental para que o acompanhamento das parturientes/casais seja o mais individualizado possível, culminando numa experiência de parto positiva.

Por outro lado, Records & Wilson (2011) referem que devido à população, em geral, ser constituída por indivíduos de diferentes etnias e culturas, a informação não chega da mesma maneira a cada um. Ou seja, devido ao facto de haver diferentes costumes, culturas, valores e crenças, as mulheres têm expectativas diferentes de acordo com aquilo que elas acreditam, estudam, aprendem e ouvem no meio onde vivem. Tudo isto, pode ser analisado com os profissionais de saúde qualificados, como as EEMO, durante a preparação para o parto para que a informação que chega a cada uma das grávidas e pessoa significativa responda às suas necessidades específicas. Este acompanhamento vai permitir compreender as diferentes expectativas das mulheres e ajudá-las a adaptar-se à realidade onde vivem, tentando satisfazê-las o melhor que sabem e sentem, sempre com base na melhor evidência científica disponível.

Assim sendo, um dos componentes mais importante para os cuidados de saúde baseados em evidência e o cuidado centrado nas mulheres é as preferências e os desejos das mesmas. Por um lado, os cuidados baseados em evidência são uma ferramenta fundamental para a melhoria contínua dos cuidados na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica. Por outro, o cuidado centrado na mulher significa o respeito pela mesma, pelos seus valores, pela sua cultura, pelas suas escolhas e expectativas (Iravani et al., 2015). Incorporar essas preferências e expectativas nos cuidados prestados diariamente às parturientes e aos seus companheiros é um caminho que já está a ser percorrido, mas que ainda não chegou ao fim.

Compreender quais são as expectativas que as mulheres construíram para o seu parto e o momento do nascimento do seu filho, é o objetivo da realização desta revisão integrativa da literatura.

### 3.2 Procedimentos metodológicos

No sentido de atingir os objetivos propostos e compreender melhor a gestão das expectativas das mulheres grávidas para o parto, foi desenvolvido um trabalho de investigação de natureza qualitativa. Entre o leque de opções disponíveis, a revisão integrativa da literatura foi o método escolhido para desenvolver a pesquisa por ser um método que proporciona a criação de uma base sólida para o avanço no conhecimento e enriquecimento do saber, assim como, a aplicabilidade dos resultados desses mesmos estudos para a prática. Através da análise de conhecimento científico produzido anteriormente noutros estudos, por outros autores, a revisão integrativa da literatura possibilita, aos leitores, uma compreensão mais abrangente da temática em causa. Além disso, ajuda a desenvolver uma visão geral das áreas nas quais a pesquisa é multidisciplinar, sendo uma excelente forma de sintetizar resultados e descobrir áreas onde há uma grande necessidade de novas pesquisas e investigação (Snyder, 2019).

Segundo a mesma autora, independentemente do tipo de abordagem que se utilize para conduzir a revisão da literatura, há um certo número de passos e decisões a tomar para criar uma revisão com todos os requerimentos necessários. Em primeiro lugar surge o desenho da revisão, ou seja, identificar a questão de investigação e que tipo de revisão se vai desenvolver. Nesta fase, uma estratégia de pesquisa para identificar a literatura mais relevante deve ser criada, incluindo a seleção de termos de pesquisa, bases de dados apropriadas e a decisão sobre os critérios de inclusão e exclusão. Em segundo lugar, surge a condução da investigação, que passa por realizar um chamado teste piloto da revisão. Testando os termos de pesquisa e critérios de inclusão, o processo pode ser ajustado antes de realizar a revisão final, pois é comum ajustar o processo de pesquisa várias vezes até se selecionar a amostra final. Em terceiro lugar, surge a análise. Após a realização da revisão da literatura e decisão sobre uma amostra final, é importante considerar as informações pertinentes de cada artigo para análise do tema em questão. Por último, surge a realização da revisão que consiste na escrita propriamente dita para dar resposta à questão de investigação que foi proposta (Snyder, 2019).

Posto isto, para a realização de investigação no âmbito da prática baseada na evidência, que passa pela resolução de problemas da prática clínica integrando o uso da melhor evidência disponível, surge a necessidade da realização da questão de investigação com base na estratégia PICO. Esta estratégia representa Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes*, respetivamente. No modelo PICO o acrónimo (P) Problema ou População, define a quem se dirige a investigação, podendo ser um indivíduo ou um grupo de pessoas - “Quem é a pessoa que necessita de cuidados? Quais são as características mais importantes da pessoa que necessita de cuidados? Qual é o principal problema?”; a letra (I) de Intervenção, representa a intervenção, teste ou exposição e pode ser preventiva, diagnóstica, prognóstica, administrativa ou relacionada - “Qual a principal intervenção a ser considerada?”; (C) de Controlo ou

Comparação, que se reporta à intervenção padrão - “Qual é a principal intervenção a ser comparada?”; por último (O) de *Outcomes* ou Desfecho, que define o resultado esperado - “Quais são as medidas, melhorias ou efeitos?” (Joanna Briggs Institute, 2014).

A população em estudo neste trabalho são as mulheres grávidas e a intervenção que se pretende estudar são as expectativas das mesmas em relação ao parto. Os resultados que se pretende obter é identificar quais são essas mesmas expectativas e de que maneira os profissionais de saúde as conseguem gerir para melhorar os cuidados prestados durante o trabalho de parto e parto, como se pode observar na seguinte tabela.

**Tabela 4 - Estratégia PICO definida**

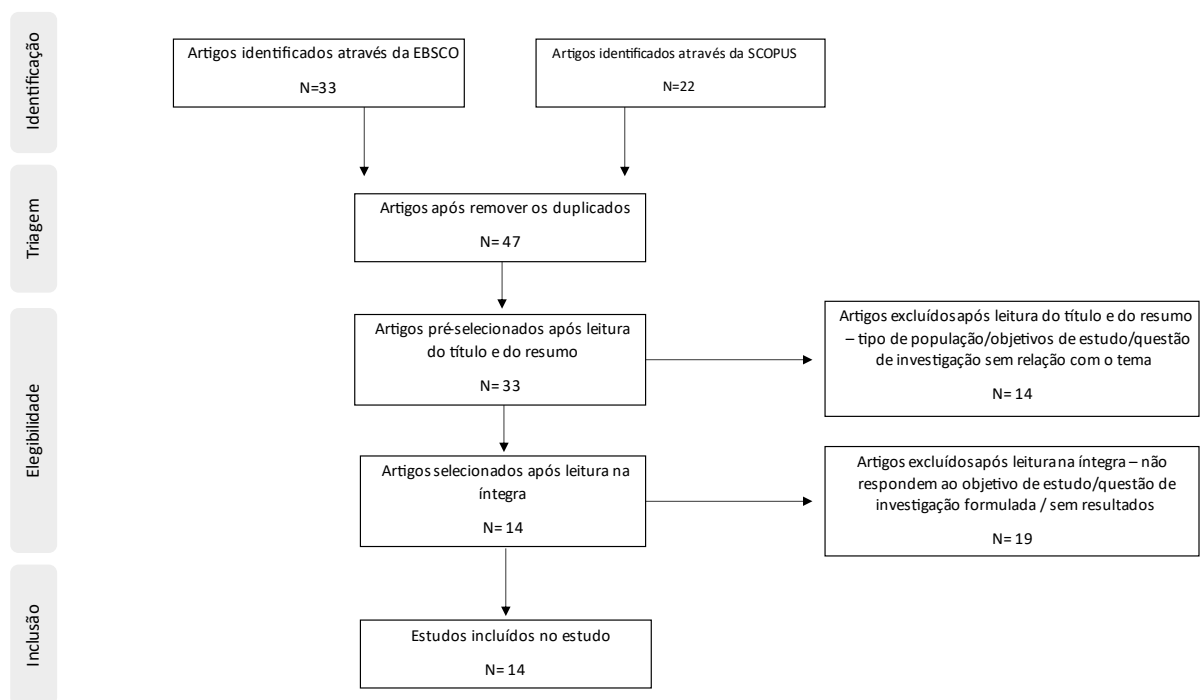
Paciente	Intervenção	Comparação	<i>Outcome</i>
Mulheres grávidas	Expectativas em relação ao parto	-----	Identificar as expectativas em relação ao parto

Fonte: autora, 2021

Tendo em conta os dados anteriores mencionados, foi realizada a seguinte questão de investigação: Quais as expectativas das mulheres grávidas em relação ao trabalho de parto e parto?

No sentido de dar resposta a esta questão de investigação, foram identificados os seguintes descritores MeSH: labour, intrapartum, childbirth, birth, delivery, women expectations, labour preparation e childbirth preparation. A recolha de dados efetivou-se através do motor de busca da EBSCOHost web e da SCOPUS Search e as bases de dados utilizadas foram: MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, Health Technology Assessments, MedicLatina, Academic Search Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Information Science & Technology Abstract, CINAHL Complete, SCIELO e PUBMED. A etapa seguinte, consistiu no estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão que têm como objetivo manter a coerência com a questão de investigação definida previamente (JBI, 2020). Neste estudo foram então utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudos pertencentes às bases de dados anteriormente referidas, aos quais é possível o acesso ao texto na íntegra, estudos escritos em inglês, espanhol e português, estudos publicados nos últimos 10 anos, estudos sobre o tema que incluíssem as palavras-chave no resumo ou título e que apenas se focassem nas expectativas maternas. Os critérios de exclusão, por conseguinte, eram: estudos onde se identificasse outro tipo de população alvo, estudos com objetivos de estudo/questão de investigação que não se relacionasse com o tema em estudo e estudos que não apresentassem resultados. Além disso, estudos não apresentassem nenhum dos descritores definidos quer no título, no resumo ou no texto integral.

Terminada esta etapa, surgiu a necessidade de analisar, com sistemática, os resultados dos estudos que emergiram dos processos de seleção, isto é, após a seleção dos artigos originais é fundamental avaliar os mesmos quanto aos critérios de inclusão e exclusão, de modo a responder à questão de partida. Este processo é conseguido através da leitura dos resumos, palavras-chave e títulos das publicações para avaliar a sua pertinência e correlação com a questão elaborada (JBI, 2020). Após esta fase, o próximo objetivo a ser alcançado, subjacente à quarta fase do processo de revisão integrativa, consistia na formulação de uma “biblioteca individual” com os artigos selecionados, que permitia uma análise crítico-reflexiva dos seus conteúdos através de uma síntese dos mesmos, categorizando-os para uma resposta mais organizada e eficaz à questão de investigação. Por último, deverá ser produzido um documento que descreva, detalhadamente, a revisão integrativa que foi realizada e que deverá conter propostas e sugestões para estudos e investigações futuras (JBI, 2020).



**Figura 1 - Fluxograma PRISMA dos estudos selecionados**

Da pesquisa nas bases de dados e agregadores de conteúdos, resultou a identificação de 55 artigos. Numa primeira etapa, foi realizada uma leitura crítica e reflexiva dos títulos e dos resumos encontrados. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e a avaliação da qualidade metodológica de cada um dos estudos, estabeleceu-se uma amostra de 33 artigos. Numa segunda etapa, procedeu-se a uma análise atenta dos artigos selecionados, extraíndo dos mesmos as evidências relativas a 14. Com o intuito de sistematizar a informação dos artigos, os dados extraídos dos estudos foram compilados de forma descritiva numa tabela previamente

elaborada, o que facilitou a identificação e reformulação das categorizações temáticas (Anexo 1).

### 3.3 Apresentação dos resultados

Na base de dados Ebscohost foi realizada uma pesquisa com descritores que constituíram a seguinte frase booleana: “Labour OR Intrapartum OR Childbirth OR Birth OR Delivery AND Women expectat\* OR pregnant expectat\*” e que resultou num total de 82 artigos que, após a aplicação do limite temporal (2010-2021) e da língua (português, inglês e espanhol), restaram 33 artigos. Após a leitura do título e do resumo foram selecionados 28 artigos para leitura integral (excluídos pelo objetivo de estudo não corresponder ao tema em estudo - muitos eram relacionados à avaliação das experiências já vivenciadas pelas mulheres e não sobre as expectativas pré-parto; e pela população em estudo não corresponder ao tipo de população pretendida - muitos estudos focados nos homens, outros abordavam as enfermeiras parteiras), tendo sido eliminados sete artigos por estarem repetidos. Após leitura do texto na íntegra foram, então, selecionados 13 para integrarem o estudo.

Por outro lado, na pesquisa na base de dados Scopus Search, aos descritores acima mencionados, foram adicionados os seguintes: “Labour Preparation OR Childbirth Preparation”. Posto isso, o número total de artigos obtidos foi de 43 que, após a aplicação dos critérios de inclusão temporal e linguístico, restaram 22 artigos. Com a leitura do título e do resumo foi eliminado um artigo por estar repetido e foram selecionados 12 estudos para serem lidos e analisados na íntegra (os restantes foram excluídos pelos mesmos motivos que na outra base de dados - objetivo de estudo sem relação com o tema e tipo de população distinta da pretendida). Após esta fase foi selecionado apenas um artigo para agregar o trabalho.

Assim, dos 14 artigos selecionados para integrar no estudo, seis são Estudos Qualitativos, dois são revisões integrativas da literatura, dois estudos observacionais multicêntricos (um objetivo e outro prospetivo), um estudo randomizado controlado (cego), um estudo de coorte, um estudo longitudinal prospetivo, e um estudo exploratório num ensaio clínico randomizado.

Posto isto, os artigos selecionados e analisados nesta revisão integrativa da literatura foram inseridos numa tabela que contém as informações principais deles, nomeadamente, autor(es), ano de publicação do estudo, país, fontes/revistas de publicação, objetivo do estudo, metodologia, conclusões dos estudos e nível de evidência de cada um. Os níveis de evidência científica foram definidos e baseados pela JBI (2014), e apresentam-se em anexo (Anexo 2), que esquematiza a evidência dos estudos em 5 níveis diferentes, sendo as revisões sistemáticas

da literatura e os estudos clínicos randomizados controlados os que apresentam um maior nível de evidência. Defende que a classificação dos níveis de evidência não exclui a necessidade de realizar uma leitura cuidadosa, uma avaliação e raciocínio críticos no estudo que se está a analisar para a criação de novo material baseado na melhor evidência (JBI, 2014).

### 3.4 Discussão dos resultados

Na sequência da análise efetuada aos artigos selecionados, e das evidências científicas encontradas, considerou-se relevante a apresentação de sete categorias relacionadas com as expectativas das mulheres, no sentido de responder à questão de investigação elaborada: quais são as expectativas que as mulheres construíram para o seu parto e o momento do nascimento do seu filho.

Abordando, sucintamente, as características principais dos artigos selecionados, estes foram desenvolvidos nos seguintes países: Espanha, Brasil, Estados Unidos, Austrália, Irão, Tawain, Uganda, Nigéria e Suécia, entre os anos 2010 e 2019. As características da amostra foram transversais a todos os estudos, sendo as participantes grávidas com pelo menos 18 anos e com gravidezes de baixo risco.

As sete categorias de expectativas que emergiram da análise dos artigos selecionados são: 1) o apoio da equipa médica e de enfermagem; 2) a via de parto; 3) a dor no parto; 4) o apoio do companheiro/pessoa significativa; 5) o controlo e a participação nas tomadas de decisão; 6) o respeito e preservação da dignidade; e, 7) a sobrevivência do RN.

O estudo das expectativas em mulheres grávidas tem vindo a ganhar cada vez mais interesse dentro da mudança de quadro que está a ocorrer no sistema de saúde e na valorização do envolvimento na tomada de decisão e autodeterminação, em que se está a passar de uma abordagem mais biomédica para uma mais biopsicossocial. Essa abordagem biopsicossocial reflete-se, entre outras coisas, tendo em consideração certas variáveis psicológicas, como crenças, emoções e estratégias de *coping*. Essas variáveis psicológicas têm-se mostrado relevantes, não apenas para prevenir certos distúrbios obstétricos, mas também para aumentar outros aspetos relacionados com a saúde e bem-estar (Peñacoba-Puente et al., 2016). Quando os profissionais de saúde apoiam e respeitam o seu valor pessoal, usam uma comunicação cuidada, facilitam a participação da parturiente na tomada de decisões, procuram os melhores resultados e empenham-se em conhecer a mulher de forma holística, e, por consequência, a mesma sentirá que a sua dignidade é respeitada (Peñacoba-Puente et al., 2016). É nesse contexto que o conceito de expectativas desempenha um papel preponderante. Expectativa é

entendida por ser complexa e multidimensional que envolve muitos aspetos relativos à mesma e que pode ser percebida como julgamentos e crenças sobre o futuro que podem ser influenciados por situações anteriormente vividas (Moore, 2016).

O parto é um evento de mudança de vida e os cuidados prestados às mulheres têm o potencial de afetá-las tanto física como emocionalmente a curto e longo prazo (Royal College of Obstetricians and Gynecologists [RCOG] cit por. Iravani et al. 2015). O objetivo geral dos cuidados prestados à mulher durante o parto é criar uma experiência positiva para a mesma e sua família, preservando a sua saúde física e psicológica, evitando a morbidade e a reação às situações de emergência. Todas as mulheres que estão grávidas têm expectativas. Identificar essas expectativas, desejos e necessidades capacita os profissionais de saúde a atingir um objetivo comum que é uma experiência de parto positiva (Iravani et al. 2015).

Christiaens e Bracke entrevistaram 605 mulheres da Bélgica e da Holanda para investigar a influência das expectativas em relação ao parto na satisfação das mulheres com o mesmo. O fator mais importante que contribuiu para a satisfação de uma mulher com o parto foi ter as suas expectativas satisfeitas/correspondidas (Hildingsson, 2015). Construir expectativas para os eventos importantes da vida pode ajudar a mulher a preparar-se mental ou fisicamente para cada situação e o momento do nascimento do seu filho não é exceção. As mulheres usam essas mesmas expectativas como referência para avaliar a sua experiência de parto. Portanto, a sua satisfação com a experiência do parto depende, em grande medida, de sua concordância com as expectativas formuladas (Morell & Martín, 2018; Ledford et al., 2016; Hildingsson, 2015). Além disso, as expectativas das mulheres podem ser influenciadas por expectativas e pressões sociais e/ou familiares, que podem persuadir o modo como se devem comportar durante o parto. Torna-se, por isso, fundamental que os profissionais de saúde conheçam as expectativas de cada mulher, bem como o apoio dos mesmos às parturientes nas tomadas de decisão durante o parto (Morell & Martín, 2018). Este apoio e acompanhamento é crucial, pois experiências de parto insatisfatórias têm implicações de curto e longo prazo para o bem-estar emocional, o comportamento das mulheres em relação à sua saúde e o desenvolvimento dos RNs cujas mães sofreram de sofrimento psicológico e/ou físico durante o parto (Ledford et al., 2016).

De uma forma geral, a maioria das mulheres que são mães pela primeira vez têm expectativas negativas, esperando que a experiência de parto seja assustadora, muito longa, muito difícil e dolorosa (Peñacoba-Puente et al., 2016). Segundo os mesmos autores e ainda Ledford et al. (2016), as mulheres multíparas relataram experiências de parto mais positivas, tendo expectativas modificadas, mais reais e já moldadas pelas suas experiências de parto anteriores.

É necessário, então, identificar aquelas que são as principais categorias de expectativas que as mulheres grávidas têm e que se tornam transversais à maior parte delas.

## O apoio da equipa médica e de enfermagem

Começando por analisar a expectativa que se refere ao apoio da equipa médica e de enfermagem, através de um estudo qualitativo realizado por Kyaddondo et al. (2017), conduzido em quatro unidades de saúde urbanas no distrito de Kampala. Neste estudo realizou-se entrevistas e discussões em grupo com base em guiões para explorar as necessidades e expectativas das mulheres relacionadas com a melhoria da qualidade dos cuidados. Concluiu-se que as parturientes sentiram que sabiam o que estava a acontecer, tanto com elas, como com o seu filho durante o trabalho de parto era um requisito importante para uma assistência de boa qualidade (Kyaddondo et al., 2017). Expressaram, ainda, a necessidade de uma comunicação clara e aberta por parte dos profissionais de saúde sobre a condição do feto e o que devem esperar durante o processo de trabalho de parto e parto. Muitas mulheres e os seus acompanhantes estavam ansiosas com o processo de trabalho de parto e ficaram até preocupados com o facto das mulheres inexperientes que vão ser mães pela primeira vez puderem ter um natimorto se não fossem informadas sobre o andamento do trabalho de parto (Kyaddondo et al., 2017). As mulheres expressaram uma preocupação com os longos atrasos no atendimento, sem explicações claras sobre o que podiam esperar. Tinham, obviamente, preferência de ser recebidas cuidadosamente nas instalações e com explicações claras sobre o que esperar durante o trabalho de parto e tudo o que se ia passando. As mulheres ficavam preocupadas quando os profissionais de saúde lhes faziam perguntas para preencher certos questionários, sem explicar que informações estavam a recolher e com que objetivo (Kyaddondo et al., 2017).

Ainda relacionado com a mesma categoria, no estudo de Iravani et al. (2015), foi defendido que as participantes esperavam que as enfermeiras (EEESMO) mostrassem empatia, interesse e fossem capazes de dar-lhes apoio emocional e moral constante. A familiaridade com o ambiente do seu trabalho de parto foi um requisito essencial para muitas mulheres no momento da admissão para o parto. A orientação inadequada aumentava, muitas vezes, o stresse das parturientes. Uma das mulheres referiu: “Eu esperava ser informada sobre coisas básicas, como ser-me mostrado o serviço e principalmente sobre coisas que iria ter de usar durante o TP”. Outra necessidade de informação das mulheres era familiarizar-se com o processo de trabalho de parto. As mulheres queriam saber se o TP estava a decorrer de forma normal e em que situação se encontravam à medida que o tempo passava (Iravani et al., 2015). As participantes esperavam, ainda, que as EEESMO explicassem as intervenções que iam realizando e as orientassem e encorajassem sobre o que fazer em cada momento. Uma outra participante do estudo mencionou: “A equipa deve-nos explicar com palavras simples, porque muitas vezes dizem-nos para realizar certa intervenção ou ação e nós não sabemos como ou o que fazer. Portanto, devem ter o cuidado de explicar claramente”. Muitas mulheres queriam informações que as ajudassem a desenvolver a sua confiança nos aspetos práticos necessários para cuidar de si mesmas e do seu bebé (Iravani et al., 2015). Para além disso, as mulheres enfatizaram a necessidade de sentirem respeito e estabelecerem, desde cedo, a confiança nos prestadores

de cuidados. A maioria das mães descreveu a importância do apoio psicológico por parte dos profissionais de saúde e familiares. Era defendido que as mulheres que sentiam que a sua EEESMO as apoiava tinham mais controlo e confiança do que aquelas que não sentiam esse apoio. Com base nos resultados de uma revisão sistemática da Cochrane, os cuidados de suporte durante o trabalho de parto podem melhorar os processos fisiológicos do mesmo, bem como os sentimentos de controlo e competência percebida pelas mulheres e, assim, reduzir a necessidade de intervenções obstétricas. As mulheres que receberam apoio contínuo durante o parto tinham maior probabilidade de parir espontaneamente, sem necessidade de se recorrer a ventosa ou fórceps ou até mesmo cesariana (Iravani et al., 2015).

Por outro lado, o estudo qualitativo realizado por Morell & Martín (2018), foi baseado numa pergunta de resposta aberta: “Quais são as suas expectativas do parto? O que é que deseja ou espera no parto?” a mulheres no terceiro trimestre de gravidez no Hospital Universitário La Ribera que se dirigiam à urgência de ginecologia ou às consultas/exames de avaliação do bem-estar fetal e evolução da gravidez. Neste estudo, os resultados indicaram que o apoio profissional tem um peso muito maior do que o apoio do acompanhante, sendo que o suporte profissional é o mais significativo para melhorar a experiência de parto da mulher. No entanto, o apoio do acompanhante também é importante, mas não mostra o mesmo efeito positivo. Além disso, há estudos que mostram associação entre o apoio profissional e menor duração do parto, e mesmo o apoio de EEESMO é capaz de motivar as mulheres que tiveram uma experiência de parto anterior menos positiva, procurarem uma futura gravidez (Morell & Martín, 2018). Em diferentes abordagens qualitativas, as grávidas expressam as suas preocupações em relação a três aspetos: a qualidade da assistência que podem receber dos profissionais, a possibilidade de serem maltratadas por eles e a importância de serem cuidadas individualmente. Ainda é relevante mencionar que diferentes estudos destacam a importância da figura da parteira e do poder que exerce sobre a mulher durante o parto. Assim, as EEESMOS são uma grande fonte de informações, suporte físico e emocional, além do papel técnico que delas se espera. As EEESMO devem usar este poder com sensibilidade e inteligência para alcançar o maior benefício para a mulher sob a sua responsabilidade, reservando um tempo para discutir as expectativas das mulheres grávidas e garantir a sua satisfação (Morell & Martín, 2018).

### **A via do parto**

Relativamente à expectativa desenvolvida pelas mulheres em relação à via de parto, foi possível compreender, na investigação de Arik et al. (2019), as perceções e expectativas das mulheres grávidas quanto ao tipo de parto desejado, revelando os aspetos que foram considerados e os que definiram o parto, sendo muitas vezes apontadas: as vantagens do parto vaginal, principalmente para o bebé; o receio da dor relacionada com o parto; a imprevisibilidade do parto vaginal; e a valorização da indicação do médico e da família quanto ao tipo de parto. A opção pelo parto vaginal justifica-se, nos estudos, principalmente pelas

vantagens como: ser fisiológico, saudável, com uma recuperação rápida e com capacidade de proporcionar maior autonomia para o autocuidado e cuidado com o recém-nascido (Arik et al., 2019). Corroborando esta ideia, Peñacoba-Puente et al. (2016) constataram que há uma preferência pelo parto normal, justificado principalmente pelos tempos de recuperação mais rápidos. As mulheres expressaram ansiedade em relação à cesariana, incluindo receio relativamente à saúde do bebê, à anestesia e possíveis complicações. No entanto, mulheres ansiosas são mais propensas a solicitar cesariana programada por medo (Hildingsson, 2015). Ainda no estudo longitudinal de Peñacoba-Puente et al. (2016), quanto à via de parto, 95% (grande expectativa) da amostra esperava que o trabalho de parto fosse tranquilo, normal e rápido, coincidindo com estudos anteriores em relação ao parto ideal esperado pelas mulheres.

### **A dor no parto**

Abordando agora a expectativa de dor no parto, para Peñacoba-Puente et al. (2016), espera-se que o trabalho de parto seja extremamente doloroso para apenas 20% das grávidas, indicando que, apesar da existência de dor, o mesmo não é percebido como extremamente intenso. No entanto, mais de metade das mulheres queria adotar métodos não farmacológicos de alívio da dor, sem referência específica à “dor do parto” como expectativa. Por outro lado, Arik et al. (2019), desenvolveu um estudo qualitativo, onde a colheita de dados consistiu numa entrevista semiestruturada que foi dividida em dois momentos: a primeira antes das 20 semanas de gravidez e a segunda depois das 35 semanas. Este artigo menciona que o receio da dor durante o parto vaginal permanece retratado nos discursos obtidos pelas mulheres e, segundo a afirmação tal dor é vista como necessária para o parto, sendo compensada pela chegada do bebê: “Tenho medo da dor, porque toda a gente fala que a dor do parto é má. Eu acho que é forte (...) Mas ao mesmo tempo que eu sinto aquela dor, vou pensar que é para trazer o meu bebê ao mundo e que vai valer a pena! (...) Tenho medo da dor, mas para o meu filho vale a pena ter parto normal.”.

### **O apoio do companheiro/pessoa significativa**

Na expectativa criada pelas mulheres grávidas relativamente ao apoio do companheiro/pessoa significativa no estudo de Peñacoba-Puente et al. (2016), foi realizado um estudo longitudinal prospetivo onde um grupo de grávidas foi avaliado em dois momentos diferentes, no primeiro e no terceiro trimestres da gravidez. A amostra do primeiro trimestre consistiu em 285 grávidas que estavam a ser acompanhadas no Hospital Universitário de Fuenlabrada em Madrid e no terceiro trimestre foram excluídas cinco mulheres após terem tido abortos espontâneos. Neste estudo chegou-se à conclusão que em relação à evolução das expectativas ao longo do tempo, vemos que as pontuações em quase todas as expectativas do primeiro ao terceiro trimestre permanecem muito semelhantes. Em relação às expectativas de parto e às variáveis

sociodemográficas e clínicas, apenas duas variáveis clínicas tiveram resultados estatisticamente significativos: gravidez planeada e partos anteriores. Quanto à gravidez planeada, no primeiro trimestre, as mulheres que planejaram a gravidez tinham expectativas maiores do que aquelas que não tinham como expectativa o apoio conjugal. Essas diferenças desapareceram durante o terceiro trimestre. A gravidez supõe um evento stressante na vida da mulher que pode ser agravado quando é inesperado (gravidez não planeada), devido à falta de controlo. Assim, a nulidade de expectativas em relação ao parto no primeiro trimestre em gestações não planeadas, especificamente no que se refere ao apoio do companheiro, pode ser entendida como um processo de adaptação a um evento não planeado, segundo modelos de stress.

Ainda sobre esta expectativa, no estudo de coorte que Hildingsson (2015) desenvolveu, as mulheres que consentiram participar na investigação, um total de 1042, tiveram que preencher quatro questionários: o primeiro logo após o recrutamento; o segundo entre as 32 e as 34 semanas de gestação; o terceiro, dois meses pós-parto; e o quarto um ano pós-parto. Com a análise dos questionários, foi possível concluir que as primíparas tinham expectativas maiores do que as múltiparas em relação ao apoio da EEESMO e do parceiro. Mulheres mais jovens (menores de 25 anos) consideravam-se mais propensas a esperar um maior apoio de seus companheiros, a participar nas tomadas de decisão e ter controlo durante o seu parto, em comparação com as outras faixas etárias (Hildingsson, 2015). As mulheres que não moravam com o companheiro tinham maiores expectativas de poder participar nas tomadas de decisão. Quando as mulheres apresentavam distúrbios na saúde mental, as expectativas em relação ao apoio do parceiro eram mais baixas. Por outro lado, mulheres com sentimentos positivos sobre estar grávida e nas primeiras semanas com um RN, tinham maior probabilidade de ter grandes expectativas relativas ao apoio da pessoa significativa, em comparação com mulheres com sentimentos menos positivos (Hildingsson, 2015).

Efetivamente, Adeniran et al. (2015), desenvolveu um estudo observacional em que o objetivo era avaliar as expectativas das mulheres grávidas em relação ao papel do companheiro durante a gravidez e o parto. Este estudo mostrou que as mulheres grávidas desejavam o envolvimento do seu companheiro durante a gravidez, no trabalho de parto e parto. No período pré-natal, as parturientes desejam que as acompanhem nas consultas pré-natais tantas vezes quanto possível, bem como nos exames de ultrassonografia (Adeniran et al., 2015). A maioria (80,8%) das participantes deseja que os seus parceiros sejam educados e informados durante o período pré-natal, sendo os temas prioritários para discussão sugeridos pelas mesmas: o efeito da gravidez na mulher, as atividades sexuais e a necessidade de apoio do parceiro durante a gravidez. Outro aspeto que influencia a presença de alguém significativo, neste caso os seus companheiros, é a perceção das mulheres sobre a atitude dos profissionais de saúde. Algumas mulheres acreditam que a presença do parceiro fará com que os profissionais de saúde as tratem com mais respeito e cuidado e tenham em consideração a sua dignidade (Adeniran et al., 2015).

## **O controlo e a participação nas tomadas de decisão**

Relativamente ao controlo e à participação nas tomadas de decisão, é uma outra expectativa que foi identificada em mais do que um estudo. A necessidade de informação para participar nas tomadas de decisão e controlo sobre o processo do parto é uma outra categoria relacionada com as expectativas. No estudo qualitativo de Morell & Martín (2018), foi encontrado no estudo realizado por Fenwick, que apresenta esta categoria como "envolvimento e participação na vivência do parto". Porém, a sensação de controlo proporcionado pelas informações é considerada muito importante, a fim de enfrentar a vivência do parto de forma positiva, mesmo quando este não atende às expectativas formuladas anteriormente (Morell & Martín, 2018). Num outro artigo selecionado, as mulheres relatam que as estratégias de comunicação centradas nelas, como garantir que se sintam ouvidas, demonstrar comportamentos de apoio e guiá-las para uma tomada de decisão compartilhada sobre o plano de parto, influenciam positivamente a sua experiência de parto (Ledford et al., 2016). Alguns testemunhos relataram: "Os profissionais davam-me informações suficientes ou ajudavam-me a entender e procurar a pessoa certa para que eu pudesse tomar a melhor decisão. (...) Entre nós, discutíamos que poderia estar presente. E o médico perguntou se iríamos querer ver logo o bebé e estar com ele imediatamente ou se o iríamos querer ver apenas depois de ser limpo." (Ledford et al., 2016).

O controlo pessoal é um aspeto importante nas expectativas criadas pelas mulheres, mas também pode ser a fonte de expectativas negativas para as mulheres, por elas temerem perder o controlo durante o parto, um evento físico tão avassalador (Moore, 2016). Em todas as culturas, as mulheres têm diferentes definições de "controlo", que é um termo que vai derivando culturalmente. Um estudo qualitativo com mulheres chinesas na Escócia, observou que a língua cantonesa não possui termos que traduzam a ideia ocidental de escolha ou controlo relacionado com o nascimento (Moore, 2016). Os adolescentes afro-americanos que vivem nos Estados Unidos sentiam mais controlo se fossem tratados com respeito durante o trabalho de parto e pudessem expressar as suas opiniões. As mulheres finlandesas descreveram o controlo relativamente a como manter a calma, estar atenta aos acontecimentos, cooperar com a parteira e restante equipa, contribuir para o avanço do trabalho de parto e controlar a dor. As mulheres no Reino Unido e na Nova Zelândia expressaram que a ansiedade pode gerar expectativas negativas (Moore, 2016).

## **O respeito e preservação da dignidade**

Ainda sobre o mesmo ponto de vista, mas relacionado com o respeito e preservação da dignidade, no estudo de Kyaddondo et al. (2017), todas as entrevistadas consideraram as atitudes de demonstração de respeito pela equipa e a preservação de sua dignidade como componentes importantes de um atendimento de boa qualidade. As mulheres consideravam o respeito dos profissionais de saúde através da comunicação, do facto de serem ouvidas, de

terem em consideração as suas opiniões e a participação das mesmas nas decisões relativas aos cuidados prestados durante o trabalho de parto. Enfatizaram, ainda, que os profissionais de saúde devem acreditar e valorizar o que lhes dizem, em vez de ignorar as suas preocupações e rejeitar as suas vontades. Na perspetiva das participantes, submeter-se a uma assistência obstétrica que corresponda às suas expectativas durante o período pré-natal e o parto implica seleccionar profissionais e unidades de saúde que respeitem as suas decisões (Basso & Monticelli, 2010). No estudo desenvolvido por Soriano-Vidal et al. (2018), é defendido este ponto de vista, na medida em que, torna-se fundamental o respeito pela privacidade da mulher durante o trabalho de parto com a participação do mínimo de membros da equipe médica e de enfermagem possível.

### **A sobrevivência do recém-nascido**

A última categoria referente à última expectativa que foi possível identificar relaciona-se com a sobrevivência do RN. A esperança de que o seu filho nasça vivo e saudável é um forte aspeto que faz com que as mulheres optem por certas instituições de saúde (Kyaddondo et al., 2017). Outras vontades e expectativas que as mulheres criam na preparação para o parto relativamente ao momento do nascimento do seu filho são: realizar contacto pele a pele precocemente, a prestação de cuidados ao bebé imediatamente após o nascimento sem separar este da mãe, iniciar a amamentação o mais cedo possível, não oferecendo outro tipo de leite que não o materno e manter o RN com a mãe em todos os momentos (Soriano-Vidal et al., 2018). Contudo, com o aumento da medicalização, as mulheres por vezes são vistas como modelos defeituosos para o bebé (Bergeron, 2007 cit. por Moore, 2016). Essas preocupações muitas vezes encorajam-nas a comparecer às consultas pré-natais e ao parto em casa, ou permanecem apreensivas durante toda a gravidez. Mães com menos de 15-25 anos de idade e aquelas com mais de 35 anos preocupavam-se mais com a saúde do seu filho, por serem rotuladas como de "alto risco" pelos prestadores de cuidados (Moore, 2016).

Terminada a abordagem à categorização das expectativas, achei pertinente mencionar um aspeto que foi abordado num dos artigos selecionadas relativamente aos aspetos culturais. As práticas e rituais relacionados com o parto nos Estados Unidos estão interligadas a ideias culturalmente construídas sobre limpeza, a forma de encarar a dor, o contacto entre as mães e os seus filhos e a natureza da família (Davis-Floyd, 2003 cit. por Moore, 2016). Essa ritualização leva tanto as mulheres quanto os profissionais de saúde, dentro de uma cultura particular, a sentir que a maneira culturalmente correta é a única maneira de o parto ser seguro e "correto". A natureza do "certo" varia de uma cultura para outra e cria expectativas ou antecipações do nascimento. Atender a essas expectativas específicas preserva a identidade cultural e faz com que a mulher se sinta segura a trazer o seu filho ao mundo (Moore, 2016).

Para terminar importa abordar a importância do plano de parto na gestão das expectativas. O estudo randomizado controlado que Kuo et al. (2010) realizou, o primeiro resultado a avaliar

foi as expectativas em relação ao parto e o segundo foi a avaliação dos sentimentos de controlo e da satisfação/realização das expectativas em relação ao mesmo. Foi necessária a participação de sete hospitais e 10 obstetras. As mulheres que participaram no estudo eram primíparas e estavam a ser seguidas nesses hospitais e por esses obstetras. Da realização deste estudo obteve-se uma série de conclusões relativamente ao plano de parto e à sua importância para o processo de parto e gestão das expectativas. Um plano de parto é uma ferramenta de comunicação escrita preparada pela mulher grávida, que envolve as suas preferências para a gestão do seu trabalho de parto. Em geral, um plano de parto abre canais de discussão entre as grávidas e os profissionais de saúde (Kuo et al., 2010). A adoção de um plano de parto melhora a experiência de parto da mulher e aumenta o controlo e a satisfação das suas expectativas. As participantes no grupo de intervenção, que desenvolveram os seus planos de parto, foram significativamente mais propensas a relatar que tiveram melhores experiências de parto e controlo, e suas expectativas foram mais bem atendidas, do que as mulheres no grupo de controlo, que não desenvolveram estes planos (Kuo et al., 2010). Estes, podem influenciar o cumprimento das expectativas do parto de várias maneiras: os planos de parto podem ajudar as mulheres a ter expectativas realistas, estimulá-las a pensar sobre como manter o controlo durante o trabalho de parto e podem ajudar as mulheres a pensar sobre como lidar com o processo de parto (Kuo et al., 2010). Permitem, ainda, que as mulheres se envolvam na tomada de decisões, aumentando assim o controlo das mesmas sobre o processo de parto, o que, por sua vez, está associado a uma experiência mais positiva e maior satisfação geral com o parto. Os planos de nascimento dão-lhes informações para fazer escolhas e ajudá-las a sentirem-se mais confiantes, permitindo-lhes ter expectativas razoáveis em relação às incertezas futuras. Este facto proporciona-lhes um nível de controlo e força, produzindo experiências e efeitos psicológicos positivos. Se alguma das expectativas de uma mulher em particular não for atendida, a enfermeira deve aconselhá-la sobre isso e ajudá-la para não se culpar e aceitar que aquela situação pode não ser controlável (Kuo et al., 2010)

### **3.5 Conclusão**

O nascimento e a morte são os momentos mais extremista da vida do ser humano e têm sido as fontes de muitas discussões e pensamentos. O parto é uma altura única na vida de uma mulher e, por esse motivo, a criação de expectativas em relação ao parto faz parte de toda a vivência do que é uma gravidez. O estudo dessas expectativas é fundamental para aprimorar os cuidados que lhes são prestados e compreender de que maneira é que a mulher encara aquele que é o seu trabalho de parto e o momento do nascimento do seu filho. Enquanto EEESMOS conhecer

essas expectativas é preponderante para as respeitarmos, compreendermos e tornarmos cada vez mais as experiências de parto positivas. Posto isto, a questão de investigação elaborada inicialmente (quais são as expectativas que as mulheres construíram para o seu parto e o momento do nascimento do seu filho?) foi respondida através da categorização dessas mesmas expectativas: expectativas relacionadas com o apoio da equipa médica e de enfermagem, a via de parto, a dor no parto, o apoio do companheiro/pessoa significativa, o controlo e a participação nas tomadas de decisão, o respeito e preservação da dignidade e por fim, a sobrevivência do RN.

Com a elaboração desta revisão integrativa da literatura, é possível verificar que há uma grande necessidade de se realizar mais estudos sobre esta temática, investigar com mais profundidade quais são as expectativas de todas as mulheres em relação ao seu parto, comparando-as com os diferentes tipos de grávidas e situações. A maior parte dos estudos que se encontram são fora de Portugal e da Europa, por isso seria interessante e uma mais-valia a investigação da criação de expectativas em Portugal.



#### 4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE PUERPÉRIO

Cuidar da puérpera e do recém-nascido é um domínio de atuação da(o) EEESMO. Assim, uma parte do estágio decorreu no serviço de Puerpério do Hospital Pedro Hispano, desde o dia 9 de novembro de 2020 até ao dia 18 de dezembro de 2020.

Ser aprendiz de EEESMO permitiu a vivência de múltiplas experiências bastante enriquecedoras, que contribuíram para a consolidação de conhecimentos teóricos para a sua aplicabilidade e mobilidade na prática clínica; a execução de inúmeros procedimentos que foram uma mais-valia para melhorar a atuação na prática e a destreza; o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo aquando de situações que assim o exigiam; e a pesquisa, de acordo com a evidência científica mais atual, de informação relacionada com situações que me eram desconhecidas e que surgiam aquando da prestação de cuidados.

O puerpério (ou vulgarmente conhecido de “pós-parto”) é um período de tempo crítico que abrange a parte da transição centrada na adaptação física, psicológica, relacional e social quer para a mulher, quer para o companheiro e para a sua família. Segundo o que foi definido pela Ordem dos Enfermeiros (2015) é o período de cerca de seis a oito semanas que se inicia imediatamente após a dequitação e durante o qual ocorre um retorno das alterações anatómicas e fisiológicas da mulher, decorrentes da gravidez. Este período divide-se em três momentos diferentes: o puerpério imediato - as primeiras duas horas após o parto; o puerpério precoce - até ao final da primeira semana pós-parto; e o puerpério tardio - desde o final da primeira semana até ao final da sexta semana após o parto. Este período de ajustamento, que pode variar de mulher para mulher, requer, por parte dos profissionais de saúde, um acompanhamento especializado e cuidado com o intuito de prevenir desajustes a nível pessoal e familiar, bem como, promover a saúde e o bem-estar materno e do recém-nascido (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Recém-nascido é o nome para designar os neonatos desde o nascimento até aos primeiros 28 dias de vida. Um bebé recém-nascido é reconhecido por ser um ser ativo, dotado de capacidades e competências comportamentais, capaz de comunicar e interagir com o mundo que o rodeia, estando constantemente num processo de aprendizagem e crescimento. A maioria dos bebés nasce saudáveis e de termo, mas os cuidados que recebem nas primeiras horas, dias e semanas de vida são fundamentais para manter a sua saúde e bem-estar. Assim sendo, aquando do seu internamento no puerpério, é exigida uma observação e vigilância especializadas por parte dos profissionais de saúde, particularmente, pelas(os) EEESMO (Nugent, 2019).

Constata-se, assim, que, durante o seu internamento no serviço de puerpério, a tríada mãe-pai-bebé demonstra uma necessidade de cuidados especializados. Se estes forem assegurados, a experiência contribuirá para uma transição para a parentalidade saudável e benéfica a todos os níveis, a curto e longo prazo.

Posto isto, a EEESMO é o elemento da equipa multidisciplinar que está presente em todos os momentos desde a gravidez, no parto e pós-parto. Tem a capacidade, o dever e o poder, perante a puérpera e o RN, de apoiar e facilitar o processo de transição para a parentalidade, todas as dificuldades e desafios com que estes se podem deparar. Para além disso, consegue estar em constante avaliação do binómio puérpera/recém-nascido atuando junto destes, sempre que necessário (OE, 2015). Assim sendo, foram definidas, pela Ordem dos Enfermeiros, algumas competências da EEESMO consideradas relevantes neste contexto e que estão expressas no Diário da República no Decreto-lei n.º 391/2019 de 3 de Maio (Diário da República 2019), estando inseridas nesta: *“Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”*.

Todas estas competências têm um carácter fundamental no desenvolvimento favorável da saúde durante o puerpério, assim como, para a parentalidade e crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. Para o desenvolvimento dessas competências, será exposto de forma crítica e refletida as dificuldades sentidas, os cuidados de enfermagem especializados implementados para a sua concretização e as necessidades observadas na puérpera/casal aquando dos mesmos.

#### **4.1 Contextos do desenvolvimento de competências no âmbito do pós-parto**

O serviço de puerpério do Hospital Pedro Hispano é um serviço com uma equipa constituída exclusivamente por EEESMO do género feminino onde, normalmente, trabalham cinco enfermeiras no turno da manhã, três enfermeiras no turno da tarde e três no turno da noite. Há sempre uma enfermeira de referência destacada para o turno da manhã, que fica responsável por acompanhar as visitas médicas e as altas das puérperas e dos recém-nascidos. O método de trabalho da equipa funciona de uma forma bastante organizada para que seja possível dar resposta a todas as necessidades dos clientes: no início do turno, e consoante o número de internamentos, há a distribuição equilibrada das puérperas e respetivos bebés pelas enfermeiras e cada uma fica apenas responsável pelos que lhes foram atribuídos. No entanto, numa situação de maior sobrecarga, a equipa entreajudada-se de maneira a conseguir dar resposta a todos os cuidados necessários.

É um serviço composto por 21 camas, havendo duas enfermarias com quatro “camas” cada e as restantes têm apenas duas “camas” atribuídas. Tem uma sala de sujos, que garante o devido aprovisionamento do serviço, que todos os resíduos sejam descartados em segurança e que haja a lavagem e desinfeção de determinados objetos e materiais. Usufrui de dois gabinetes de enfermagem, sendo um mais utilizado para registos e para a passagem de turno e outro para a preparação da medicação. Esta separação foi uma mais-valia para a situação pandémica que se vive atualmente, na medida em que, à medida que a passagem de turno ia decorrendo e as enfermeiras iam recebendo o turno das colegas, iam saindo para o gabinete onde se encontra a medicação. Este método facilitava o distanciamento entre profissionais e ao mesmo tempo, a preparação da medicação, gerindo, assim, o tempo de uma forma útil, eficaz e em segurança. O serviço de puerpério contém, ainda, uma sala denominada por “berçário” onde são realizados os cuidados de higiene aos recém-nascidos e onde se efetuam, também, algumas colheitas sanguíneas ou outros exames que sejam necessários executar. Este espaço tão amplo e com todo o material necessário, torna-se favorável à organização e prestação dos cuidados aos recém-nascidos, uma vez que permite que quer a mãe, quer o pai estejam presentes aquando dos cuidados realizados e que, os mesmos, possam treinar alguns cuidados (dar banho, tratar do coto umbilical, etc.) e esclarecer todas as suas dúvidas antes de regressarem ao domicílio. Por último, este mesmo serviço apresenta uma sala de tratamento, onde normalmente se realiza a avaliação médica das puérperas aquando da alta, ou noutra situação que se justifique. O facto de ser um espaço fechado, permite salvaguardar a privacidade de todos.

O HPH tem o título de Hospital Amigo dos Bebés que significa que tem como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno, cumprindo as dez medidas estipuladas pela OMS e pela UNICEF. Estas medidas, de uma forma geral, garantem que as mães e os bebés recebem um apoio adequado e informado no período pós-natal, no que diz respeito à alimentação infantil e às vantagens e procedimentos que contribuem para o sucesso do aleitamento materno, em particular através da amamentação (UNICEF, 2017).

Desta forma, por promover a prática do aleitamento materno, promove também o alojamento conjunto (AC) permitindo que bebés saudáveis permaneçam junto das respetivas mães, até ao momento da alta hospitalar. Aquando do nascimento, o recém-nascido não tem capacidade de sobreviver sozinho carecendo de um cuidador adulto que seja capaz de dar resposta a todas as suas necessidades, desde as físicas às emocionais (Silva & Braga, 2019). O alojamento conjunto com a sua respetiva mãe, faz com que essa figura que o nutre seja constante, promovendo o seu desenvolvimento biopsicoafetivo seguro e saudável. Bowlby denomina esta figura materna de Figura de Apego (Silva & Braga, 2019). Compreende-se, então, que o alojamento conjunto, não só beneficia o sucesso do aleitamento materno, como também, tem um papel de extrema relevância no desenvolvimento infantil e puerperal a todos os níveis.

Cada vez mais, nos dias de hoje, a figura paterna está presente em todas as etapas da gravidez, tendo um papel ativo e vivenciando a fundo o crescimento fetal e todas as alterações que ocorrem na mulher. No serviço de puerpério do HPH promove-se a presença da figura paterna

ou de outra pessoa significativa para a mulher, mesmo em tempos de pandemia pelo SARS-CoV-2. Esta prática, potencia, também, a ligação pai-filho uma vez que, passada a gravidez, o pai tem finalmente um contacto físico com o seu filho, promovendo, assim, a transição para a paternidade e o desenvolvimento saudável do neonato (Gouvêa de Matos et al., 2017). O facto de vivenciar momentos de proximidade com o bebé, como a troca da fralda, os cuidados de higiene, o colocar a eructar e o alívio de cólicas, aumenta o valor que o mesmo dá à família, tornando-o mais capaz e realizado. É de notar, também, que o recém-nascido vai desenvolvendo estratégias de comunicação com o mesmo diferentes das que desenvolve com a mãe, fazendo com que o pai perceba que ele o reconhece e que espera dele, os mesmos cuidados físicos e emocionais que recebe da figura materna, desenvolvendo, desta forma, a ligação afetiva entre os dois (Gouvêa de Matos et al., 2017).

Relativamente às rotinas de cuidados deste serviço, no turno da manhã, eram privilegiados a vigilância e os cuidados puerperais, incluindo a avaliação dos sinais vitais e a administração de medicação, se estivesse prescrita a horas fixas ou em SOS; os cuidados de higiene aos recém-nascidos, com a participação ativa dos pais, para que fosse possível a avaliação do papel parental no que diz respeito aos conhecimentos, capacidades e habilidades e o esclarecimento de dúvidas relativas aos mesmos; e ainda, o apoio, sempre que necessário, na amamentação ou outras situações que surgissem e que fossem geradoras de dúvidas e inseguranças no casal. O acompanhamento na amamentação era transversal em todos os turnos, assim como o esclarecimento de dúvidas relativamente ao desenvolvimento infantil.

No entanto, a qualquer momento, em qualquer um dos turnos, era possível haver a admissão de uma puérpera vinda do bloco de partos e isso implicava gerir os horários de uma forma diferente. Ou seja, a partir do momento que a puérpera dava entrada no serviço, a enfermeira que estava responsável pela mesma, tinha que gerir os cuidados da díada puérpera-recém-nascido, tendo em conta o tipo de parto (eutócico, distócico por ventosa ou fórceps, ou distócico por cesariana). Isto para dizer que, apesar de haver uma rotina de cuidados relativamente estabelecida e constante em todos os turnos, era possível que se tivesse de adaptar toda essa rotina a uma nova entrada no serviço. Esta mudança, por vezes súbita, no plano de trabalho previamente delineado com a enfermeira tutora, foi fundamental para trabalhar a gestão do tempo e dos cuidados de enfermagem e perceber o que é essencial priorizar. Houve, muitas vezes, essa dificuldade e a sensação de que algo estava por acabar, mas com o tempo foi ficando mais fácil de gerir o trabalho eficazmente e dar resposta a todas as necessidades tanto da puérpera como do recém-nascido.

Desta forma, durante o estágio no serviço de obstetrícia do HPH, foram várias as díades puérpera-recém-nascido alvo dos meus cuidados, procurando prestar cuidados individualizados e que promovessem a transição para a parentalidade. O Quadro 3 referencia esse total de clientes atendidos.

**Tabela 5** - Número de puérperas e recém-nascidos assistidos no serviço de puerpério do HPH

Puérperas alvo de cuidados		Recém-nascidos alvo de cuidados	
De baixo risco	De moderado/ elevado risco	De baixo risco	De moderado/ elevado risco
94	11	77	29
Total: 105		Total:106	

Fonte: autora, 2021

Nos pontos seguintes, irão ser abordados aspetos relacionados com a evolução da recuperação pós-parto, nomeadamente as transformações a nível físico e psicológico que ocorrem na mulher durante este período de tempo; a evolução a nível do desenvolvimento infantil, a vigilância e os cuidados que estão subjacentes nesta fase; e posteriormente, separado por cada um dos temas, o plano de cuidados constituído pelas áreas de atenção, diagnósticos e intervenções que foi possível realizar em cada um dos casos de assistência de enfermagem.

#### 4.1.1 Avaliar a evolução da recuperação pós-parto

A puérpera/casal era(m) admitida(os) no serviço de obstetrícia cerca de duas horas após o parto - dependendo da sua evolução no recobro ou no bloco de partos - e vinha(m) acompanhada(os) com o RN, salvo raras exceções em que o neonato tinha necessidade de ser transferido para a neonatologia para receber cuidados diferenciados. O primeiro passo era proceder ao acolhimento da díade puérpera-recém-nascido (ou tríade, no caso da presença do pai do bebé), apresentando-me e explicando o funcionamento e rotinas do serviço e, nesta fase de pandemia, as regras sobre as visitas/acompanhante. O tempo de internamento dura, mais ou menos, 48 horas, no caso de parto eutócico e parto distócico por ventosa ou fórceps, e de 72 horas no caso de parto distócico por cesariana. Terminado este tempo, se não ocorrer nenhuma situação anómala quer na puérpera, quer no RN, ambos têm alta clínica.

A Enfermagem é a ciência do cuidar, por isso, o acolhimento de enfermagem, em qualquer serviço, deve ser utilizado como uma ferramenta de construção de uma relação terapêutica e empática com o cliente. Esta atitude por parte da(o) enfermeira(o), permite-lhe compreender as necessidades do doente, por meio da escuta ativa, encorajando o mesmo a confiar nele e a estabelecer uma parceria nos cuidados para que estes sejam individualizados e de acordo, o mais possível, com as suas preferências (Pereira da Costa, Garcia & Toledo, 2016). Este momento é da responsabilidade do enfermeiro, pois é ele que é visto como o agente de

influência na relação, por ser o profissional de saúde que conhece as vantagens e os mecanismos da comunicação e que tem o poder de influenciar, positivamente, a relação com os seus clientes. Qualquer internamento já é, por si só, um momento gerador de stress e ansiedade e, por esse motivo, o acolhimento individualizado e cuidado por parte do profissional de saúde pode fazer a diferença na maneira como o cliente encara o processo de transição que está a viver (Pereira da Costa et al. 2016).

Após o acolhimento das puérperas/casais e recém-nascidos no serviço, eram colhidos alguns dados iniciais, registando-os no sistema informático (SCLínico), e consultada a avaliação inicial realizada pelo enfermeiro no Bloco de Partos. Esta anamnese contém dados relevantes para os cuidados que vão ser prestados às puérperas, como por exemplo, o partograma que inclui informação relevante sobre o trabalho de parto e parto. Aliado a este facto, tornava-se fundamental dar oportunidade ao casal para partilhar connosco a sua experiência de parto, para que fosse possível compreender a forma como estes se sentiam. A experiência de parto pode ser um fator facilitador ou inibidor da transição para a parentalidade e ter um impacto na saúde e bem-estar da mulher e RN (Mazúchová et al. 2020), por isso, reunir esses dados era crucial para elaborar um processo de enfermagem o mais completo possível.

Após a verificação destes dados, procedia a uma observação contínua do estado geral da puérpera. Na fase de vida em que a mulher se encontra, há uma série de fatores que estão em transformação e adaptação e é fundamental que a EEESMO esteja em constante avaliação e observação, nomeadamente: os sinais vitais, avaliação das características da pele e das mucosas, avaliação da contração uterina, das características dos lóquios, eliminação urinária e intestinal, avaliar o estado do períneo e a ferida perineal se for o caso, avaliar o penso da ferida cirúrgica no caso de um parto distócico por cesariana, avaliar a circulação dos membros inferiores, observar a mama e as características dos mamilos e avaliar o estado emocional da puérpera.

O estado emocional da puérpera tem um grande impacto na sua recuperação e na vivência desta transição. Esta encontra-se numa fase da vida em que está mais focada na proteção do recém-nascido em detrimento de si própria. Para além disso, está num período de grandes alterações hormonais, a nível psicológico, familiar e social, da adoção de um novo papel de grande responsabilidade que lhe exige uma reorganização de todos os seus outros papéis, bem como, a elaboração e aceitação da sua nova imagem corporal, identidade e sexualidade. As perturbações da linha depressiva são as alterações psicopatológicas mais referidas durante a gravidez e puerpério, mas surgem cada vez mais estudos que referem o impacto severo de outras perturbações, não só na mulher como na relação com o bebé e companheiro, interferindo na qualidade de vida e futuro da família (Ferreira et al. 2016).

As alterações emocionais no pós-parto compreendem três categorias: o *blues* pós-parto, depressão e psicose puerperal, organizados proporcionalmente com a intensidade e severidade dos sintomas. No entanto, a presença de uma destas perturbações não pressupõe a evolução

para outra de maior gravidade. O Blues Pós-Parto decorre das alterações hormonais normativas do pós-parto, associadas à exaustão decorrente do parto, confronto do bebé-imagino com o bebé-real, tomada de consciência das responsabilidades parentais e ajustamento de papéis. Inclui sentimentos de labilidade emocional, irritabilidade, choro, ansiedade, fadiga, confusão, falta de apetite, entre outros. Surge, normalmente, entre o terceiro e o quarto dia após o parto e pode durar desde umas horas ou até dois ou três dias. É um fenómeno benigno e adaptativo que representa uma resposta emocional adaptativa ao momento em causa (Ferreira et al. 2016). Acredita-se que a etiologia da Depressão Pós-Parto (DPP) está na combinação de fatores genéticos, hormonais, psicológicos e contextuais. Esta patologia pode ter um impacto severo para a relação mãe/recém-nascido e no relacionamento com o companheiro e familiares próximos. No que concerne à primeira, a DPP pode interferir na capacidade e vontade da mãe para interagir com o recém-nascido e de dar menos respostas às necessidades manifestadas por ele, o que é particularmente grave no primeiro ano de vida do mesmo. Isto deve-se ao facto de ser um período determinante para a estipulação do vínculo, fazendo com que este se desenvolva de forma evitante ou ambivalente em detrimento de uma vinculação segura (Ferreira et al. 2016). Por fim, a patologia Psicose Puerperal é decorrente de um conjunto de manifestações delirantes agudas associadas a uma mudança abrupta de humor, a uma perda da noção da realidade e do contacto com o RN, com início rápido tipicamente até 15 dias após o parto. Tem fatores de risco específicos (parto difícil, complicações obstétricas, falta de apoio sociofamiliar, depressão prévia, entre outras) e pode ser precedida de crises de choro, ansiedade ou angústia e alterações no sono (pesadelos e agitação noturna). É a perturbação emocional mais grave e apesar de ser transitória, os autores referem que tem implicações severas para a mulher e para o seu filho (Ferreira et al. 2016).

Durante o meu percurso pelo serviço de puerpério do HPH, estabeleci alguns períodos de comunicação com as puérperas para tentar perceber e avaliar o estado emocional das mesmas e a sua aceitação desta nova transição de vida que estavam a experienciar - avaliava através dos sinais e sintomas que são indicativos dos distúrbios que já foram mencionados anteriormente. Não tive a oportunidade de contactar com nenhuma das perturbações mencionadas anteriormente, pois também o seu timing de surgimento é após o período de internamento no hospital, no entanto, fez-me refletir bastante acerca do assunto e pensar em estratégias que pudesse implementar se alguma destas situações surgisse: escuta ativa de sentimentos; desmistificar as crenças de que o pós-parto é perfeito e de que tudo o que se vivencia nele é fácil de ultrapassar e tem que ser encarado como tal; explicar que todas as transformações são normais e passageiras e que as inseguranças que sente são normais e legítimas desta grande transição, podendo ser apoiadas por profissionais de saúde especializados na área da psicologia e psicoterapia; informar que há equipas especializadas que podem auxiliar nos cuidados do recém-nascido no domicílio; e reforçar a importância do apoio familiar (se existir no caso em questão).

Tendo por base o estado emocional da puérpera em todos os cuidados prestados e em todas as avaliações e vigilâncias executadas, surgia, também, a necessidade de promover o bem-estar da mesma a outros níveis. A deambulação precoce, mais ou menos seis horas após o parto eutócico ou parto distócico por ventosa ou fórceps e 12 horas após o parto por cesariana traz inúmeros benefícios para a mulher, nomeadamente: promove a contração e a involução uterina, melhora a libertação de lóquios prevenindo que estes fiquem acumulados no útero, melhora o funcionamento da circulação sanguínea prevenindo a ocorrência de trombozes venosas e beneficia, também, o funcionamento da eliminação urinária e intestinal (Lowdermilk & Perry, 2012). Logo após o parto, o útero tem um tamanho muito similar ao de uma gravidez de 20 semanas, sendo possível palpar o seu fundo ao nível da cicatriz umbilical. A involução uterina ocorre de uma forma relativamente rápida, sendo que o útero regride um a dois centímetros a cada 24 horas. No final da primeira semana pós-parto, o fundo do útero encontra-se acima da sínfise púbica, o que pode corresponder a uma gravidez de 12 semanas. A causa mais frequente de hemorragia pós-parto é a atonia uterina - incapacidade do músculo uterino se contrair eficazmente. Nesta situação, o útero acumula sangue e coágulos, impedindo a hemóstase dos vasos do local de inserção da placenta (Lowdermilk & Perry, 2012). Este acontecimento deve ser prevenido com a observação regular do tónus uterino, dos sinais vitais e das características da pele e mucosas e dos lóquios (Shitami & Takenaka, 2016) - daí ser uma avaliação que deve ser realizada aquando da admissão da puérpera no serviço, uma vez por turno, ou sempre que a EEESMO considerar necessário. Associado a este fator, foi fundamental a monitorização da eliminação urinária para despistar a possibilidade de retenção urinária pelo aumento do tamanho da bexiga e privação do útero de contrair-se. Posto isto, é considerada retenção urinária se houver incapacidade de urinar após seis horas do parto vaginal ou remoção da algália no pós-parto de uma cesariana (Ferreira, 2016).

No caso de uma puérpera no pós-parto de uma cesariana a sua involução uterina vai ser, à partida, mais lenta do que uma puérpera num pós-parto vaginal. No período imediato de um pós-parto por cesariana, o fundo uterino está mais alto do que num pós-parto imediato por parto vaginal. Sendo que, a involução uterina num pós-parto vaginal é de cerca de 1 cm por dia, aproximadamente, no estudo em questão, foi observado que num pós-parto por cesariana, o fundo uterino regride 1 cm a cada três dias. Posto isto, o que foi mencionado anteriormente sobre o levantar e a deambulação torna-se ainda mais importante. O atraso na deambulação em puérperas num pós-parto por cesariana pode interferir na correta secreção dos lóquios, podendo acumulá-los no útero, fazendo com que a involução uterina fique prejudicada (Shitami & Takenaka, 2016).

Em relação à vigilância da ferida operatória, as dores e o desconforto que a puérpera pode sentir nesta região são “normais”, não só devido à incisão cirúrgica como também às contrações uterinas que estão presentes nas primeiras 48 a 72 horas e especialmente durante a amamentação. Isto acontece, porque o reflexo de sucção do recém-nascido estimula a secreção de ocitocina que, por sua vez, vai desencadear contrações uterinas (Holdcroft, 2003 cit. por

Cunningham et al. 2016). Estas podem ser mais intensas e frequentes nas múltiparas pelo facto de o tónus da sua musculatura ser mais reduzido quando comparado com o de uma primípara. A incisão na pele deve, então, cicatrizar mais ou menos numa semana e a incisão uterina em seis semanas. Nestes casos foi, também, realizadas algumas intervenções para promover a cicatrização e evitar desconfortos: evitar fazer esforços ou levantar pesos - ao levantar-se da cama deve virar-se de lado e utilizar o braço para dar impulso, como fazia na gravidez; quando estiver a dar de mamar aproveitar para estar deitada, não só para aliviar o esforço realizado na ferida cirúrgica no períneo como também para descansar; para tossir e espirrar, apoiar a zona da ferida de modo a aliviar o esforço abdominal; explicar-lhes que a cinta pode ser usada apenas para ajustar o abdómen nos primeiros dias pós-parto e deve ser colocada abaixo do umbigo (Santos & Baptista, 2016). O uso da cinta apertada dificulta a recuperação e compromete a normal localização dos órgãos pélvicos da mulher no futuro; se tiver pontos externos, esclarecer que devem ser retirados entre o 8.º e o 10.º dias pós-parto e que depois de os retirar, poderá massajar a área da cicatriz com um creme hidratante, com o objetivo de que a pele volte à sua firmeza anterior (Santos & Baptista, 2016).

Quanto à eliminação intestinal, esta poderá ficar diminuída pelos elevados níveis de progesterona que provocam um relaxamento da musculatura lisa do intestino e o aumento de volume do útero que comprime os intestinos. Após o parto, a função intestinal e o peristaltismo têm tendência a regularizar, no entanto, o jejum prolongado durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, a desidratação, a hipersensibilidade perineal devido à ferida perineal e a presença de hemorroides podem dificultar a normalização do trânsito intestinal. As hemorroides (varizes anais), que poderão ficar mais exacerbadas devido aos esforços expulsivos, causam dor e dificultam a eliminação (Lowdermilk & Perry, 2012). Uma prática comum do serviço era, segundo prescrição médica, administrar laxante oral no primeiro dia pós-parto e, se não surtisse efeito, administrar no segundo dia laxante por via retal. As puérperas eram incentivadas a deambular aquando do primeiro levante, para favorecer o peristaltismo intestinal.

A observação dos membros inferiores e da circulação sanguínea é uma outra intervenção de enfermagem preventiva de complicações. A vigilância prende-se com o facto de haver risco de ocorrer trombose venosa profunda. O risco de tromboembolismo está aumentado no puerpério, pelo menos nas seis semanas seguintes ao parto pelo aumento dos fatores de coagulação e do fibrinogénio e também devido à imobilidade no pós-parto, em especial as que foram submetidas a cesariana. Os sinais de alarme a que os profissionais de saúde devem estar atentos são: o Sinal de Homans positivo (rubor, calor na parte posterior da perna, edemas acentuados e varizes) e edema unilateral (Kalil et al. 2008). Aquando do seu internamento, as puérperas eram incentivadas a movimentar os membros inferiores com movimentos similares aos de pedalar numa bicicleta enquanto estivessem a cumprir o tempo de repouso estipulado para cada tipo de parto. Segundo o protocolo do serviço, após terem passado seis horas de repouso, assistia as puérperas no 1º levante que tinham tido um parto vaginal (eutócico, ou distócico por

fórceps ou ventosa) e que tivessem tolerado dieta. No caso das puérperas submetidas a cesariana, o levante era realizado após 12 horas de repouso e também após tolerarem dieta. A avaliação dos sinais vitais estava, também, presente neste processo antes do levante e se houvesse alguma indicação ou a puérpera não tolerasse o levante, eram também avaliados a seguir.

No desenrolar do internamento e de todas as vigilâncias, observações e ensinamentos necessários para a manutenção do bem-estar geral da puérpera e do RN, houve uma área de atenção que não foi tão bem trabalhada com os casais. Esta área faz parte não só do cuidado com a puérpera, mas também do cuidado com o casal e prende-se com a preparação do regresso a casa e a adaptação à conjugalidade e sexualidade no pós-parto.

Efetivamente, The American College of Obstetricians and Gynecologists defende que a preparação para o regresso a casa, tanto a nível da parentalidade como a nível da conjugalidade e sexualidade tem que ser trabalhada desde o período pré-natal. As mulheres revelaram sentir um maior foco e apoio na sua saúde no período pré-natal em relação ao período do pós-parto, onde referem que os cuidados são escassos e tardios (ACOG, 2018). Posto isto, partindo do pressuposto que é discutido com o casal, durante o período pré-natal, os assuntos que se relacionam com o regresso a casa, incluindo a alimentação do recém-nascido, as alterações emocionais que podem surgir, os desafios na conjugalidade e sexualidade do casal, no período do pós-parto, ainda no internamento, estes assuntos devem ser igualmente discutidos e lembrados com o casal. Faz parte do papel da EEESMO, conversar com o mesmo sobre as opções que têm, os desafios que podem surgir, o acompanhamento que podem ter durante o puerpério de profissionais especializados e o esclarecimento de todas as dúvidas antes de regressarem a casa (ACOG, 2018).

Abordar o tema da sexualidade e o dar espaço e tempo para que o casal consiga expor as suas questões, os seus sentimentos e preocupações é preponderante para a manutenção de uma vida conjugal e sexual saudável. Alterações nos padrões de atividade sexual, nomeadamente a diminuição do desejo e do prazer sexual são mudanças normais que ocorrem depois do nascimento do bebé e que podem persistir por algum tempo. O pós-parto é, portanto, um período de reduzida ou de ausência de atividade sexual, especialmente em relação ao coito, pelas mulheres apresentarem um cansaço inerente à gravidez, ao parto e aos primeiros dias de puerpério, preocupação com as responsabilidades parentais e o tempo que se torna necessário para o aparelho genital feminino recuperar após o parto. Por outro lado, os baixos níveis de estrogénio nesta fase tendem a diminuir a lubrificação vaginal, tornando o coito desconfortável durante mais ou menos 6 semanas. Para além destes fatores físicos, o casal tende a dedicar-se mais ao novo membro da família do que a olhar para cada um, provocando, muitas vezes, sentimentos de rejeição (Enderle et al. 2013). Nesta fase, a atividade sexual poderá ser reiniciada entre as quatro e as seis semanas após o parto, se a mulher não sentir dor nem desconforto e quando o casal se sentir preparado para isso. Podem ser aconselhados a utilizar lubrificantes à base de água, podendo contribuir para a diminuição do desconforto durante o

coito, principalmente se a mulher estiver a amamentar - pois ocorre uma diminuição do estrogénio que diminui a lubrificação natural da vagina (Graça, 2017).

Esta nova etapa na vida da mulher e na vida do casal implica muitas mudanças e ajustes e é, neste momento, em que profissionais especializados, como as EEESMO, podem efetivamente fazer a diferença e tornar esta transição num momento seguro, para que seja vivida com tranquilidade e da forma mais saudável possível.

#### **4.1.2 Avaliar a evolução do desenvolvimento infantil**

O recém-nascido é o outro elemento da díade puérpera-recém-nascido (ou tríade mãe-pai-bebé). Para dotar a mesma dos conhecimentos necessários para cuidar do seu filho, a EEESMO deve ter conhecimento das características e competências do neonato e saber reconhecer sinais e sintomas de possíveis situações anómalas.

Como foi referido anteriormente, o recém-nascido é dotado de um conjunto de competências sensoriais e comportamentais, desde o nascimento, que lhe permite uma interação ativa com o mundo que o rodeia (Ribeiro, 2011). Durante o seu internamento no puerpério é necessário que as EEESMO mantenham uma vigilância ativa em relação a alguns parâmetros do recém-nascido e que capacitem os pais para manterem esta vigilância em conjunto, sendo eles: as características da pele e das mucosas e o coto umbilical, que podem ser observados aquando da prestação dos cuidados de higiene/muda da fralda pelo profissional ou pela mãe/pai; o choro; a eliminação vesical e intestinal; avaliação conjunta com a puérpera/casal das mamadas e/ou aleitamento artificial (capacidade de pega, reflexos de sucção e deglutição e eructação). Para além desta avaliação, existem outros cuidados que devem ser devidamente explicados aos pais: a vacinação da VHB e o cumprimento do restante plano nacional de vacinação; a realização do Diagnóstico Precoce entre o terceiro e o sexto dia de vida do bebé; realização do rastreio auditivo (que à partida é feito no hospital); medidas de segurança (posicionamento no berço, transporte do RN e segurança rodoviária); consulta de saúde infantil a partir dos 15 dias de vida; registo de nascimento; esclarecimento de dúvidas (OE, 2015).

Efetivamente, a adaptação do RN à vida extrauterina é gradual e torna-se completa quando os seus sinais vitais, as suas funções gastrointestinais e renais e a sua capacidade de alimentação se encontram estabilizadas. Devido à importância deste período, existem algumas práticas, nomeadamente o primeiro banho do RN, que devem ser refletidas e executadas com base em evidência científica para que a saúde do mesmo seja potenciada. É de conhecimento geral que o banho ao neonato é um procedimento rotineiro nos serviços de puerpério, mas cada vez mais,

surgem estudos e artigos que questionam os efeitos deste no processo de transição e adaptação do meio intrauterino para o meio extrauterino e qual seria o momento certo para a sua realização e porquê (Cantoni & Molin, 2021). Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a prática do primeiro banho deve ser efetuada após as primeiras 24 horas de vida do RN. Isto deve acontecer porque o vernix caseoso proporciona uma série de benefícios para o mesmo, como a proteção da sua pele e mucosas, facilitando a adaptação ao ambiente fora do útero. Para além deste facto, a manutenção da temperatura corporal é um dos fatores determinantes na estabilização do sistema cardiovascular e no sistema respiratório do recém-nascido e o banho implica diretamente nestes sistemas. Duas das complicações que mais se associam à morbilidade e mortalidade do RN é a imaturidade que este tem em manter uma termorregulação estável e o surgimento da síndrome do desconforto respiratório. Posto isto, é de notar que o banho do RN implica numa série de sistemas do mesmo, podendo ter um impacto negativo quando executado fora do tempo ideal. Os recém-nascidos podem responder ao mesmo através de uma mudança de comportamento abrupta, alteração dos seus sinais vitais e alteração da sua proteção térmica, podendo causar hipotermia que faz com que o consumo de oxigénio aumente e consequentemente a sua frequência respiratória também, provocando stress. Sendo assim, a intervenção: Dar banho ao recém-nascido deverá ser implementada conforme as normas da OMS, no *timing* certo e de forma adequada, sendo o banho de imersão o mais indicado, com a utilização de água morna, num ambiente calmo e seguro. Esta ação vai permitir que a perda de calor seja menor e vai aumentar a sua sensação de conforto, regulando o seu comportamento aos estímulos externos e, consequentemente, a resposta aos estímulos internos (Cantoni & Molin, 2021). No serviço de obstetria, tentavam privilegiar as 24 horas de espera, no entanto, nem sempre era possível pelo rácio enfermeiro-utente, pelas rotinas estabelecidas no serviço e pelo facto do objetivo ser instruir as mães e os pais sobre como dar banho antes de treinarem - darem o primeiro banho ao seu filho. No entanto, sempre que a mãe e/ou o pai manifestava a vontade de não dar banho ao RN antes das 24 horas de vida, essa vontade era respeitada.

Durante o banho do RN, privilegiava-se a observação do corpo do RN e dava-se a oportunidade aos pais para esclarecerem dúvidas a cerca das mudanças do RN. Foram, então, transmitidas informações sobre aspetos associados ao adequado desenvolvimento infantil tais como: a presença de eritema tóxico cutâneo, sobre a mancha mongólica, acne miliar, acrocianose, vernix e alguns reflexos do neonato, nomeadamente o de moro e o de marcha, mais visíveis aquando dos cuidados de higiene.

Importa perceber que a pele do recém-nascido é um órgão muito frágil e só vai adquirindo maior resistência à medida que a criança cresce. A maior parte das “marcas” que vão aparecendo na pele do bebé nos primeiros dias são benignas e normais e desaparecem com o tempo (Ventura, 2016). Para além disso, a alteração da coloração da pele é comum no período neonatal e é denominada por icterícia fisiológica. Torna-se visível entre o segundo e o quarto dia de vida e ocorre devido à destruição dos glóbulos vermelhos, desencadeando a formação de

bilirrubina que é transformada no fígado para poder ser eliminada. A imaturidade do fígado do neonato e a reabsorção da bilirrubina pelo intestino dificultam a sua eliminação, o que leva a que a mesma se deposite na pele. A icterícia fisiológica desaparece sem qualquer tipo de tratamento no espaço de uma a duas semanas. No entanto, o RN pode apresentar esta coloração antes das 48 horas de vida. Nestas circunstâncias, e mesmo após as 48 horas de vida, se o valor de bilirrubina sérica ou transcutânea for acima do considerado normal para a idade, pode ser considerada icterícia patológica. Por esse motivo, muitos recém-nascidos necessitam de ser submetidos a tratamento com fototerapia (Ventura, 2016). Posto isto, tive contacto com alguns RN que tiveram a necessidade de realizar esse tratamento, tendo sido necessário ensinar alguns cuidados a ter e instruir a mãe/pai para: informar a mãe/casal sobre icterícia fisiológica; vigiar a vitalidade do bebé; vigiar a hidratação da pele e das mucosas e o aparecimento de eritemas ou erupções cutâneas; aumentar a frequência das mamadas, reduzindo o intervalo entre as mesmas (papel importante no volume ingerido e no aporte calórico que facilita a eliminação da bilirrubina nas fezes e urina); vigiar a temperatura corporal do bebé, por estar submetido à exposição de uma grande área corporal; uso contínuo de venda ocular para proteger os olhos e de fralda para proteger as gónadas (Ventura, 2016).

Neste período em que alguns recém-nascidos eram submetidos ao tratamento da icterícia com fototerapia, a vigilância da alimentação dos mesmos era reforçada. Como a frequência das mamadas tinha que ser aumentada e o intervalo entre as mesmas diminuía, era colocada às mães a hipótese de suplementar as mamadas. No entanto e como já foi referido anteriormente, o Hospital Pedro Hispano é um Hospital Amigo dos Bebés e, por isso mesmo, o aleitamento materno é a fonte de alimento privilegiada para os RN. Neste sentido, o incentivo e apoio na amamentação requeria um cuidado e uma atenção especial, pois, muitas vezes, o stresse e cansaço que estava implícito nesta situação impedia que as mães tivessem a mesma vontade e predisposição para amamentar os seus filhos.

#### **4.1.3 Promover a recuperação pós-parto**

Vários foram os focos de atenção, diagnósticos e intervenções de enfermagem desenvolvidas ao longo do estágio no internamento do puerpério, com o intuito de avaliar o conhecimento, a capacidade e a autoeficácia da puérpera, para além do bem-estar geral da mulher, despistando situações de risco, atempadamente.

#### 4.1.3.1 Conhecimento sobre autocuidado no pós-parto

Como foi abordado anteriormente, durante o turno da manhã e sempre que era considerado necessário, no serviço de puerpério era realizada a avaliação da evolução puerperal. Durante o exame físico que constituía parte das atividades de vigilância, era avaliado, também, o conhecimento da puérpera sobre o autocuidado no pós-parto. Posto isto, foi identificado o diagnóstico *Potencial para melhorar o conhecimento sobre autocuidado no pós-parto*, nomeadamente em relação: à higiene perineal, à cicatrização da ferida perineal (quando esta existia), o retorno às relações sexuais e o uso de contraceptivos e à evolução dos lóquios e sinais de alarme associados.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2012) a higiene perineal deve ser realizada com maior frequência no período do puerpério recente (uma a três vezes por dia) e deve ser realizada com água e um gel de limpeza de pH ácido (entre os 4,2 e os 5,6), pois a utilização apenas da água pode não ser suficiente para remover todas as partículas sólidas que se encontram na pele e o uso de produto de higiene com pH alcalino interfere na homeostasia da pele e mucosas. Aquando da secagem, realizar movimentos de pressão em vez fricção. A manutenção deste local o mais seco possível é fundamental, mudando os pensos higiénicos com regularidade, de acordo com a perda sanguínea, e sempre que tivesse a necessidade de ir ao WC evacuar, realizar a higiene perineal num sentido ântero-posterior para prevenir infeções (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2012). Habitualmente, o fio de sutura utilizado neste tipo de feridas, não necessita de ser removido, caindo/sendo absorvido espontaneamente por volta do 8.º e 10.º dia após o parto. Há alguns sinais de que a puérpera tem de estar alerta, para comunicar a um profissional de saúde, pois podem ser sugestivos de complicações da ferida cirúrgica, como o edema pronunciado na região e/ou sinais inflamatórios e dor que não passa com analgesia (Lobato & Pereira, 2017).

Durante a fase do puerpério, o útero expulsa um conteúdo que se denomina por lóquios. Este conteúdo é outro dos parâmetros que faz parte da vigilância puerperal e sobre o qual houve necessidade de intervir, ensinando à mulher as suas características, duração e sinais de alarme. Os lóquios caracterizam-se em três diferentes tipos: Lóquios Hemáticos - primeiro conteúdo a ser expulso composto, essencialmente, por eritrócitos, fragmentos da decídua e restos trofoblásticos; Lóquios Sero-hemáticos - surgem a partir do quarto ou quinto dia pós-parto e são compostos por sangue envelhecido, soro, leucócitos e restos tecidulares; Lóquios Serosos - aproximadamente, após o décimo dia pós-parto os lóquios tornam-se mais amarelados e com um aspeto mucoide e espesso. São compostos por leucócitos, decídua, células epiteliais, muco, soro e bactérias. Esta fase dos lóquios, pode durar entre duas a seis semanas (Ferreira, 2016). A vigilância deste aspeto fisiológico na puérpera é da responsabilidade da EEESMO, aquando do seu internamento no serviço de obstetrícia, devendo estar atentos à perda sanguínea vaginal

que dure para além do período de puerpério imediato, pois pode ser indicação de laceração do canal de parto que não foi retificada, restos placentares ou atonia uterina. Após palpar o útero, pedia à puérpera para observar o penso higiénico para observar as características dos lóquios, instruindo-a dos cuidados a ter - já abordados anteriormente - e caso perdesse algum coágulo para não rejeitar o penso higiénico e chamar algum profissional para observar o coágulo. Aqui, seria importante perceber se seria apenas um coágulo de sangue que se desfazia aquando da sua manipulação, ou pelo contrário, se seria ainda um resto placentário/cotilédone que tivesse ficado retido no útero. Também era explicado à puérpera os sinais de alarme que teria de comunicar a um profissional de saúde: perda de quantidade de sangue superior àquela que estava a ter até ao momento. O volume total de lóquios expulsos ronda os 200 a 500 ml num período de médio de quatro semanas e se persistirem após este período, deverá suspeitar-se de uma infeção. Os sinais de alarme a considerar para suspeitar de infeção são aumento da temperatura corporal superior a 38.°C após a primeira semana pós-parto o cheiro fétido.

Como já foi referido anteriormente, o retorno às relações sexuais é um tema que não é tão abordado como devia ser durante a estadia do casal no puerpério ou no momento da alta hospitalar. Criar o espaço e transmitir à vontade e confiança para que o casal consiga expor as suas dúvidas e para que o profissional de saúde consiga transmitir informação sobre este tema é fundamental para a saúde da mulher, do casal e para a vida sexual de ambos.

Relativamente ao uso de contraceptivos, a opção por um método deve ter em conta as características da mulher e a existência de possíveis contraindicações, a sua vontade, a altura ideal para o iniciar e se amamenta em exclusivo ou não. O espaçamento entre gravidezes é visto como um fator determinante na morbilidade e mortalidade perinatal, tanto infantil como materna, havendo alguns estudos que defendem que intervalos inferiores a dois anos podem ter um impacto negativo na saúde da mulher e da criança. As vantagens deste espaçamento e, conseqüentemente, a necessidade de utilizar um método contraceptivo é um assunto que deve ser abordado ainda no período pré-natal e que deve ser reforçado durante o internamento no puerpério (Justino et al. 2019). Existem quatro tipos de métodos contraceptivos que o casal pode optar: métodos naturais, métodos não hormonais, métodos hormonais e métodos cirúrgicos. Relativamente aos métodos não hormonais, têm a possibilidade de optar pelo preservativo que é um método de barreira e que pode ser utilizado logo a seguir ao parto, não havendo nenhum *timing* de espera para a sua utilização (Pacheco et al. 2011).

Antes de serem abordados os métodos hormonais, um assunto que deve ser abordado com a puérpera está relacionado com a amenorreia lactacional (Santos & Batista, 2018). A primeira menstruação após o parto demora cerca de três a quatro meses nas mulheres que amamentam e seis a oito semanas nas mulheres que não amamentam (Santos & Batista, 2018). Um estudo prospetivo não comparativo foi realizado por Tiwari et al. (2018), utilizando um total de 298 mães. Os benefícios da amamentação exclusiva com particular ênfase na amamentação em livre demanda e obrigatória durante a noite foram explicados às mães, assim como, a fisiologia da amenorreia lactacional. Todas as mães foram entrevistadas e acompanhadas mensalmente.

Nenhuma mãe que estava a amamentar engravidou nos primeiros seis meses após o parto e apenas 4% das mães engravidaram, principalmente após o 10º mês após o parto. Importa clarificar que, segundo este mesmo autor, as mulheres que amamentam em exclusivo beneficiam de um método contraceutivo natural com base nos benefícios da amamentação sobre a fertilidade (Tiwari et al., 2018). Amamentar em exclusivo, com mamadas diurnas e noturnas em que os intervalos entre mamadas são regulares e inferiores a seis horas, assegura picos de produção de prolactina que inibe a ovulação e, por isso, previne uma nova gravidez. Para além disso, a mulher deve permanecer em amenorreia e o bebé deve ter menos de seis meses de idade. A eficácia deste método é de uma a duas gravidezes em cada 100 mulheres por ano e têm de ser cumpridos os três critérios, mencionados anteriormente. No entanto, a mulher tem que estar informada e ter como segunda opção um outro método contraceutivo, caso um destes três critérios deixe de estar presente (Direção Geral da Saúde [DGS], 2008).

Em relação aos métodos hormonais, focando-nos nos orais, as mulheres podem optar pelo contraceutivo hormonal combinado ou pelo contraceutivo hormonal progestativo. O primeiro pode diminuir a quantidade e a qualidade do leite materno podendo provocar efeitos adversos no crescimento e desenvolvimento da criança que se alimenta de leite materno exclusivo (DGS, 2008). Por outro lado, o segundo, contraceutivo hormonal progestativo, nas primeiras seis semanas após o parto não afeta a qualidade nem a quantidade do leite, mas é desconhecido alguns dos seus efeitos sobre o desenvolvimento hepático e cerebral do RN, sendo então recomendado não utilizar este método durante esse período (DGS, 2008). No entanto, se a mulher optar por fazer um destes métodos, o facto de estar a amamentar vai condicionar o seu início. Ou seja, se puérpera está a amamentar em exclusivo, deve iniciar a contraceção oral combinada (COC) seis meses após o parto e a contraceção oral progestativa (COP) seis semanas após o parto. Se a mulher não amamenta em exclusivo, estando o bebé a fazer aleitamento misto deve iniciar a COC ou a COP seis semanas após o parto e se não amamenta, deve iniciar a COC 21 dias após o parto e a COP imediatamente a seguir ao parto (DGS, 2008).

#### **4.1.4 Promover a adaptação à parentalidade**

O nascimento de um filho é um acontecimento que muda a vida da mulher, do homem e a vida como casal (Cardoso, 2014). É uma transição que implica adaptações e ajustes a todos os níveis, incluindo a adaptação à nova realidade: a parentalidade (Cruz & Mosmann, 2015). Durante o ensino clínico, foi possível facilitar a adaptação das mães e dos pais a esta nova realidade. Inúmeras questões iam surgindo aquando da prestação de cuidados aos RN e muitas intervenções do domínio ensinar, instruir e foram implementadas. Os focos de atenção

identificados que destaco como relevantes para o desenvolvimento de competências como EEESMO foram: conhecimento sobre a amamentação e capacidade para amamentar e conhecimento sobre o choro do recém-nascido.

#### **4.1.4.1 Conhecimento sobre a amamentação e capacidade para amamentar**

Centrando-me neste foco de atenção, estava inerente a avaliação dos comportamentos para amamentar, na ótica do conhecimento e da capacidade. Relativamente ao conhecimento, em algumas puérperas, foi possível identificar o diagnóstico de Potencial para melhorar o conhecimento sobre a amamentação. Assim sendo, houve necessidade de ensinar sobre a amamentação, sinais de fome, sinais de saciedade, sinais de uma pega adequada, ensinar sobre a correta posição do RN para mamar, sobre a ingestão nutricional e sobre os cuidados às mamas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a alimentação do RN é determinante na sobrevivência infantil e promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis. Os dois primeiros anos de vida do bebé são particularmente importantes, sendo que uma correta alimentação durante este período diminui a morbilidade e mortalidade infantis, reduz o risco de desenvolver doenças crónicas, permitindo um melhor desenvolvimento em termos globais. Assim sendo, o que é recomendado pela mesma fonte é que a alimentação do bebé seja realizada com leite materno exclusivo até aos seis meses de vida e como complemento com outros alimentos, até aos dois anos de idade. Esta prática traz inúmeros benefícios ao RN, protegendo-o de infeções, fortalecendo o sistema imunitário, constituindo uma fonte de energia e nutrientes essenciais para prevenir a obesidade e outras doenças crónicas, melhorando, também, o desempenho intelectual futuro (Martins & Silva, 2016). Posto isto, havia alguns aspetos que eram importantes abordar com as mães e os pais para o seu sucesso, nomeadamente, uma pega eficaz, sinais de sucção e deglutição e a eructação que dá término à mamada

De facto, após ser explicado à mãe e ao pai a importância do aleitamento materno (AM), em particular da amamentação, eram também explicados os sinais de fome e saciedade do RN. O reconhecimento dos sinais de fome garante a amamentação em tempo oportuno, favorecendo o desenvolvimento e crescimento infantis (Vargas et al., 2016). Contribui, para além disso, para a saúde da mulher, tendo um papel ativo na redução e contração uterina, prevenção do ingurgitamento mamário e prevenção do cancro da mama. Esses sinais são: aumento dos movimentos dos olhos fechados ou abertos; abrir a boca, esticar a língua e virar a cabeça para procurar a mama - reflexo de busca; fazer sons suaves de gemido, sugar ou morder as mãos ou os dedos, o cobertor, lençol ou outro objeto que esteja perto dele e, por último, chorar. Em

contrapartida, os sinais de saciedade evidenciam-se pelo acalmar do bebê, largar o seio materno e até adormecer. Torna-se crucial que os pais tenham a percepção destes sinais, uma vez que, quando não o têm, podem-se basear num ciclo de horários rígidos, que não respeita nem está de acordo com aquilo que é defendido pela OMS, a amamentação em livre demanda (Vargas et al., 2016).

Reconhecer os sinais de uma boa pega torna-se fundamental para o sucesso da amamentação. Quando oportuno, as mulheres que poderiam melhorar a capacidade para assegurar uma pega adequada eram instruídas sobre esses mesmos sinais e treinavam de seguida: o RN deve estar apoiado no braço da puérpera e com a barriga virada para a sua barriga, encostando-o; de seguida, o nariz e o lábio do bebê devem estar na direção do mamilo; depois de esperar que este abra bem a boca (a mãe pode roçar lentamente o mamilo no lábio superior), deve movê-lo em direção à mama; quando a boca do RN estiver bem aberta e o queixo encostado à mama, deve certificar-se que o lábio inferior está próximo da base inferior da aréola; se encostar o bebê com firmeza contra a mama, assegura que este vai mamar em toda a aréola e não apenas no mamilo; por último, reforçar que o bebê deverá manter a boca aberta em formato de “peixe” durante toda a mamada (Martins & Silva, 2016). Importava, ainda, explicar fazendo as mães e os pais observarem os sinais de uma boa e suficiente ingestão de leite: durante a mamada, ver o bebê a sugar e ouvi-lo a deglutir; no final da mamada o bebê fica satisfeito, adormecendo por vezes; apresentar o número normal de micções e dejeções; e aumento adequado de peso (Martins & Silva, 2016). Relativamente ao peso, é outro fator que preocupa muito as mães e os pais e, por esse motivo, era fundamental explicar-lhes que, nos primeiros dias após o nascimento, devido à perda do excesso de líquido (edemas) e à ingestão de pequenos volumes de colostro, o bebê pode perder até 10% do seu peso ao nascimento. No entanto, no segundo/terceiro dia pós-parto, ocorre a denominada “subida do leite” na mulher, que faz com que o leite passe a estar disponível numa quantidade superior, um maior aporte calórico e uma percentagem mais elevada de lípidos que proporciona o aumento de peso a partir do quarto/quinto dias. O aumento de peso é, em média, cerca de 20 a 30g diárias, durante o primeiro mês de vida (Ventura, 2018). Por fim, após a mamada, instruída o pai, principalmente, a pôr o bebê a eructar, pois é uma tarefa que pode ser ele a fazer, libertando a mãe para proceder aos cuidados com as mamas. Consiste na expulsão de ar no estômago que o RN foi acumulando durante a mamada. Para ajudá-lo neste processo, o pai colocava-o em posição vertical, encostado ao seu tronco e com a cabeça apoiada nos ombros com a sua mão. De seguida, pode-se efetuar umas pequenas palmadas nas costas do bebê ou massajar a parte superior das mesmas. Pode acontecer o bebê bolçar pequenas quantidades de leite e, por esse motivo, aconselhava os pais a colocarem uma fralda de pano sobre o ombro onde iam encostar o RN. Contudo, se o bebê ingeriu pouca quantidade de ar durante a mamada, pode não eructar. Caso não o faça, depois de ser colocado no berço, pode-se sentir desconfortável e sem conseguir adormecer. Nestas ocasiões, recomenda-se pegar novamente no bebê e colocá-lo, novamente, na posição para eructar (Santos & Baptista, 2018).

Após o parto, as mamas das puérperas sofrem alterações em vários aspetos. Compreender estas alterações e saber como agir em cada situação vai contribuir para o sucesso da amamentação e para a saúde do RN. Durante as mamadas que ia conseguindo acompanhar avaliava o conhecimento e a capacidade das mulheres e, se necessário e oportuno, instruía-as sobre os possíveis acontecimentos e cuidados a ter. Nas primeiras 24 horas após o parto, as mamas estão moles e segregam colostro e, gradualmente, nas 72 horas seguintes dá-se a subida do leite. Esta altura, pode provocar tensão mamária que é caracteriza por mamas cheias, duras, tensas, quentes e pesadas - sinais de saúde.

Quando não existe um esvaziamento adequado, o início precoce da amamentação e a amamentação em horário livre, pode ocorrer o ingurgitamento mamário. É diagnosticado através de dor moderada a severa, mama edemaciada, tensa, avermelhada, brilhante e com o mamilo apagado, podendo até não pingar leite e provocar hipertermia com duração inferior a 24 horas. Para tratar esta complicação a mulher deve solicitar que lhe massagem o pescoço/costas para estimular o reflexo da ocitocina; se o bebé conseguir fazer a pega, coloca-lo mamar e, à medida que a mama vai ficando mais moldável, ir corrigindo a pega, de forma a que esta fique mais profunda e mais eficaz; colocar o bebé a mamar primeiro na mama mais cheia; massajar os nódulos/zonas endurecidas durante a mamada; após a mamada aplicar compressas frias ou folhas de couve frias; colocar o bebé a mamar assim que sentir a mama tensa; se o bebé não pegar na mama, sugerir adicionalmente: 1) aplicação de compressas quentes/duche antes da mamada; 2) massajar a mama durante alguns minutos para facilitar a ejeção do leite; 3) extrair manualmente o leite antes da mamada, para que a aréola fique mole; e 4) logo que seja possível, voltar a colocar o bebé a mamar (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2019).

Algumas foram as mulheres que, nas primeiras 24 horas apresentaram mamilos macerados, mas raras foram as que tinham mamilos fissurados. Em primeiro lugar, explicava-lhes que era essencial a higienização das mamas pelo menos uma vez por dia, a lavagem das mãos antes de iniciar a amamentação, que o bebé realizasse uma pega correta, não só para conseguir uma sucção e ingestão de leite eficazes, mas também para prevenir as macerações e outras complicações. Para isto, era importante rever a posição tanto da mãe como do recém-nascido e depois sim, instruir sobre a pega correta (Stefanello, Rios & Mendes, 2019). No final, era incentivada a aplicação de algumas gotas de colostro no mamilo e aréola, pelas suas fortes propriedades cicatrizantes, e sempre que possível a exposição das mamas ao ar. Só depois disso, é que deviam aplicar as conchas de proteção e arejadoras e o soutien. Se houvesse a necessidade de interromper a mamada por algum motivo, então a mulher devia introduzir um dedo suavemente na boca do bebé, com o intuito de desfazer o vácuo e interromper a sucção para não macerar o mamilo e aréola. Um outro produto a que poderia recorrer, não só quando existe laceração do mamilo, mas logo desde o início como método preventivo, é o creme à base de lanolina. Este pode ser aplicado no mamilo e aréola logo após a aplicação das gotas de colostro (Stefanello et al. 2019).

#### **4.1.4.2 Conhecimento sobre o choro do recém-nascido**

Relativamente à adaptação à parentalidade, o foco de atenção: conhecimento sobre o choro do RN emergiu quando este chorava, aquando da prestação de cuidados, ou noutras situações, e as mães e os pais eram avaliados sobre o mesmo.

Posto isto, importava explicar quer à mãe quer ao pai que causas podiam estar na origem do choro do seu filho: poderia ser por fome, sentir-se sujo ou molhado, roupa desconfortável, por ter frio ou calor, sono, cansaço ou excesso de estímulos. Quanto ao choro relacionado com a fome, podia aliar a este os sinais de fome e oferecer a mama. Quando o RN tem sono, o seu choro é mais melódico e contínuo e talvez necessita de ser aconchegado ao colo ou embalado no seu berço. Se o mesmo tiver dor ou algum desconforto, o choro irá ser mais forte, parecendo um bebé inconsolável. Compreender os padrões do choro e como atuar perante cada um vai acalmar as mães e os pais, dando-lhes confiança neles próprios para cuidarem do desenvolvimento e crescimento dos seus filhos (Santos & Baptista, 2018).

Ao longo do ensino clínico, foi possível presenciar algumas situações que foram úteis para explicar às mães e aos pais sobre o choro, nomeadamente, quando um deles estava a mudar a fralda antes da mamada e conseguia-se detetar os sinais de fome aliado ao choro; quando, após a mamada se colocava o bebé no berço e passados uns minutos este apresentava um choro de desconforto, eram instruídos sobre a necessidade de eructar; ou quando o choro era mais forte ao final do dia, juntamente com a flexão das pernas, era possível explicar que podia ser dor decorrente das cólicas e como agir em conformidade; entre outras situações.

No segundo dia de internamento, maior parte das mães e dos pais conseguia reconhecer padrões básicos do choro e atuar de acordo com cada um deles.

#### **4.1.4.3 Conhecimento sobre desenvolvimento infantil: padrão de eliminação**

Quanto à eliminação intestinal e vesical do RN, importa perceber que é um aspeto relevante para o bem-estar do mesmo. É de senso comum que é um fator que provoca alguma preocupação nas mães e nos pais e, por esse motivo, é necessário ajudar a que compreendam que é um período de adaptação e de transformações. O padrão de eliminação intestinal acaba por estabelecer e a partir daí, irá ser mais fácil para identificar alterações que venham a surgir.

Em regra, irão mudar mais ou menos cinco fraldas de urina em cada dia e que as eliminações intestinais variam nos primeiros dias de vida, sendo influenciadas pelo tipo de alimentação. Por um lado, os RN que se alimentam com leite materno exclusivo irão ter dejeções mais frequentes, sendo comum que a cada mamada corresponda uma dejeção. Isto acontece porque o leite materno é de mais fácil digestão do que o leite de fórmula. Em contrapartida, os bebés que são alimentados com leite adaptado podem ter apenas uma a duas dejeções por dia (Lowdermilk & Perry, 2012). Em relação à eliminação vesical, importava explicar às mães e aos pais sobre a frequência que deveria ser expectável o seu filho urinar (cerca de cinco a seis fraldas por dia, como vimos anteriormente) e que, por vezes, poderiam observar uma coloração rosa/alaranjada na fralda. Esta tonalidade é sugestiva da expulsão dos cristais de urato, acontecimento normal e benigno nos recém-nascidos e o que se torna importante nestas situações é hidratá-los oferecendo alimento (Lowdermilk & Perry, 2012).

#### **4.1.4.4 Conhecimento sobre coto umbilical e capacidade para tratar do coto umbilical**

Ao longo do ensino clínico, uma das maiores preocupações das mães e dos pais estava relacionada com a manipulação do coto umbilical. A sua desidratação leva à mumificação e à queda do cordão, entre a primeira e a segunda semana de vida e as mães os pais tinham bastantes questões em relação à sua desinfeção. É importante explicar às mães e os pais que é normal o aparecimento de pequenas quantidades de sangue quer na fralda quer na compressa, aquando da sua higiene, e que pode permanecer até dois ou três dias após a queda do coto (Ventura, 2016). Atualmente nos países desenvolvidos, como Portugal, assiste-se a uma heterogeneidade e controvérsia em relação aos cuidados com o coto umbilical nas instituições de saúde e mesmo entre profissionais de saúde. São díspares as recomendações dadas às mães e aos pais em relação a este cuidado e, por isso, importa perceber o que refere a evidência mais recente para se conseguir transmitir a informação mais fidedigna e uniformizar os cuidados prestados. Barbosa, Moreira & Ferreira (2017), desenvolveram uma revisão integrativa da literatura através da pesquisa de normas de orientação clínica, meta-análises, revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados. Foram utilizados os termos MeSH ‘Chlorhexidine’, ‘Disinfectants’ e ‘Umbilical cord’ e pesquisados artigos publicados desde agosto 2005 até agosto 2015. Para avaliação dos níveis de evidência e atribuição das forças de recomendação foi usada a escala Strength of recommendation taxonomy, da American Family Physicians. Neste estudo, defendeu-se que a aplicação tópica de antimicrobianos no cordão umbilical resultou num atraso no tempo de separação do coto à pele, o que aumentava o risco de infeção microbiana. Posto isto, segundo os mesmos autores, chegou-se à conclusão de uma mesma recomendação:

não há evidência que justifique o benefício da utilização de antissépticos nos cuidados ao coto umbilical. Por outro lado, existe sim, estudos que apontam para a vantagem da sua utilização em países subdesenvolvidos pelas suas elevadas taxas de infeção e mortalidade neonatal (Barbosa et al., 2017). Nesse sentido, no serviço de puerpério do Hospital Pedro Hispano era explicado à mãe/pai como proceder para realizar os cuidados ao coto umbilical, sendo que nesta instituição a técnica que se preconiza é a *dry care*: lavar as mãos antes e depois dos cuidados; não usar faixas nem pensos por cima do coto umbilical; manter o cordão o mais limpo e seco possível, pelo que deve ficar fora da fralda (fazer uma pequena dobra da fralda na parte de cima junto ao cordão); limpar o coto umbilical e a pele adjacente com água tépida e sabão neutro durante o banho e de seguida secar bem com compressas secas. Poderiam realizá-lo apenas uma vez por dia, aquando do banho ao seu filho e sempre que este ficasse sujo ou molhado por urina ou fezes que se extravasassem da fralda. O objetivo principal era manter o coto o mais limpo e seco possível. A técnica *dry care* consiste em manter o coto umbilical limpo e seco, sem aplicar qualquer tipo de antisséptico ou desinfetante e é um método simples e seguro nos cuidados ao coto umbilical do RN. (Quattrin et al, 2016).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG. (2018). Optimizing Postpartum Care. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 131 (5), 140-150.
- Adriano da Silva, B., Braga, L. (2019). Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 22(1), 258-279.
- Andrade, R., Santos, J., Maia, M. A., Mello, D. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), 181-186.
- Associação Portuguesa Dos Enfermeiros Obstetras (APEO). (2009). Iniciativa Parto Normal- Documento de Consenso. Loures: Lusociência.
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (PMGF). (2019). Boas Práticas em Aleitamento Materno - Guia de apoio a profissionais de saúde. Recuperado de: <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Aleitamento-Materno.pdf>
- Backstrom, C. & Hertfelt Wahn, E. (2011). Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery* 27 (1), p. 67-73.
- Barbosa, M., Moreira, S., Ferreira, S. (2017). Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33, 41-47.
- Barradas, A., Torgar, A. L., & Varela, V. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros.
- Cantoni, T. & Molin, R. (2021). Benefícios do banho tardio no recém-nascido: implicações para a enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13 (2), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6316.2021>
- Carley M., Carley, J., Vasdev G., Lesnick T., Webb, M., Ramin, K. & Lee, R. (2002). Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 187, p.430-433.
- Caus, E., Monticelli, M., Atherino dos Santos, E. & Nassil, A. (2012). O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Escola Anna Nery* 16 (1), 34-40.

Chaves, R. (2014). O nascimento como experiência radical de mudança. *Cadernos de Saúde Pública* 30 (1), 14-16.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP. (2011). Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Cluett, E., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(CD000111). Doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub4

Costa, M., Bezerra, J.G., Andrade, M., Veríssimo de Oliveira, M., Carvalho de Oliveira, R. & Silva, A. (2010). Gestação de risco: percepção e sentimentos das gestantes com amniorrexe prematura. *Enfermería Global* 20, 1-11.

Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., ... Sheffield, J. (2016). *Obstetrícia De Williams*. Brasil: Macgraw-Hill.

Diário da República, 2ª série. (2019). Regulamento nº 391 das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. <https://dre.pt/application/file/a/122216819>

Direção Geral da Saúde. (2008). *Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral De Saúde. (2015). Trabalho de parto estacionário. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde. (2015). Indução do Trabalho de Parto. Lisboa: DGS.

Downe, S., Gyte G., Dahlen, H. & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Doi: 10.1002/14651858.CD010088.pub2.

Eggermont, K., Beeckman, D., Hecke, A. V., Delbaere, I. & Verhaeghe, S. (2017). Needs of fathers during labour and childbirth: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 30 (4), 188-197. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28073629>

Eiland, E., Nzerue, C., Faulkner, M. (2012). Preeclampsia. *Journal of Pregnancy*, 1-7. Doi:10.1155/2012/586578.

Enderle, C., Kerber, N., Lunardi, V., Nobre, C., Mattos, L. & Rodrigues, E. (2013). Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 (3), 1-7.

Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto in *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Fisiologia do Trabalho de Parto in *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

Ferreira, M., Coelho, C., Batista, B., Duarte, J. & Chaves, C. (2016). Determinants of psycho-emotional postpartum changes: the effects of self-esteem. Comunicação apresentada na 7ª edição da *International Conference on Education and Educational Psychology, Viseu, Portugal*.

Ferreira, A. F. (2016). Fisiologia do Puerpério in *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

Fiskin, G., Kaydirak, M. & Oskay U. (2016). Psychosocial Adaptation and Depressive Manifestations in High-Risk Pregnant Women: Implications for Clinical Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 00, 1-10.

Flenady, V., Wojcieszek, A., Papatsonis, D., Stock, O., Murray, L., Jardine, L., Carbonne, B. (2014). Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour and birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 6. Art. No.: CD002255. Doi: 10.1002/14651858.CD002255.pub2*.

Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto in *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal, 5ª Edição*. Lisboa: Lidel.

Gouvêa de Matos, M., Magalhães, S., Féres-Carneiro, T., Machado, R. (2017). Construindo o Vínculo Pai-Bebê: A Experiência dos Pais. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 22(2), 261-271. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220206>

Guimarães, M., Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Rio de Janeiro. [Acesso em: 08/09/2021]. Recuperado de: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Guerra, M., Braga, M., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 1, 117-124. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a19.pdf>.

Henrique, A., Gabrielloni, M., Rodney, P., & Barbieri, M. (2018). Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 24(3). Doi: 10.1111/ijn.12642.

Hergessel, N., & Lohmann, P. (2017). Aleitamento materno na primeira hora após o parto (Tese de Mestrado). Centro Universitário Univates, Rio Grande do Sul.

Hildingsson, I., Johansson, M., Karlstrom, A. & Jennifer, F. (2013). Factors Associated With a Positive Birth Experience: An Exploration of Swedish Women's Experiences. *International Journal of Childbirth* 3 (3), p. 153-164.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3. Recuperado de: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/epdf/full>

Institute For Clinical Systems Improvement (ICSI). (2013). Management of labor. Bloomington: ICSI. 5ª Ed, p.72.

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

Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., & Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of education and health promotion*, 4, 6. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.151885>

JBI. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. Aromataris E, Munn Z (Editors). Recuperado de: <https://synt hesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Johnson, J. - Enfermagem Materna e do RN desmistificada: Um guia de aprendizado. Macgraw-Hill. Artmed, 2012.

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., ... Neilson, J. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD009234). Doi: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.

Kalil, J., Jovino, M., Arriaga de Lima, M., Kalil, R., Magliari, M., Di Santo, M. (2008). Deep vein thrombosis during pregnancy work up. *Jornal Vascular Brasileiro*, 7 (1), 28-37.

Knol, R., Brouwer, E., Klumper, F., Akker, T., DeKoninck, P., Hutten, G, ... Pas, A. (2019). Effectiveness of Stabilization of Preterm Infants With Intact Umbilical Cord Using a Purpose-Built Resuscitation Table – Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Pediatrics* 7, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00134>

Laptook, A. (2014). Neonatal and infant death: the Apgar score reassessed. *The Lancet*, 384 (9956), 1727-1728. Recuperado de: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61305-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61305-2.pdf).

Lehugeur, D., Strapasson, M., & Fronza, E. (2017). Non-Pharmacological Management of Relief in Deliveries Assisted by an Obstetric Nurse. *Revista de Enfermagem UFPE on-line* 11 (12), 4929-4937.

Lobato, G. & Pereira, M. (2017). Puerpério em Rezende Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2012). Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. 10ª Ed. São Paulo: Elsevier.

Magro, C., Guerreiro, E. & Fildalgo, F. (2018). Ameaça de Parto Pré-Termo e Parto Pré-Termo in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel.

Marciano, R. & Naves do Amaral, W. (2015). O vínculo mãe-bebê da gestação ao pós-parto: uma revisão sistemática de artigos empíricos publicados na língua portuguesa. *Revista Femina*, 43 (4), 155-159.

Marques, M. (2014). Manual de Boas Práticas na Sala de Partos Normal. Baseado nas Recomendações da OMS (1996). (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13022/2/MANUAL%20BOAS%20PR%C3%81TICAS%20PARA%20CD.pdf>

Martins, A., Pires da Silva, S. (2016). Primeiros Cuidados ao Bebê: Guia Prático. Recuperado de: [http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsm/wp-content/uploads/sites/16/2018/02/Guia-Infantil\\_2016.pdf](http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsm/wp-content/uploads/sites/16/2018/02/Guia-Infantil_2016.pdf)

McGoldrick, E., Stewart, F., Parker, R., Dalziel, S.R. (2020). Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD004454. Doi: 10.1002/14651858.CD004454.pub4.

Meleis, A., Shumacher, K. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship* 26 (2), 119-127.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory*. Nova York: Springer Publishing Company, LLC.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2020). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Recuperado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019\\_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf)

Morell, F. & Martín, M. (2018). Childbirth expectations of La Ribera pregnant women: a qualitative approach. *Enfermería Global*, 49, pp. 336-346.

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

Mota de Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O. & Antunes, A. (2018). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista de Investigação em Enfermagem*, pp. 31-39.

Mouta, R., Silva, T., Melo, P., Lopes, N., & Moreira, V. (2017). Plano de Parto como Estratégia de Empoderamento Feminino. *Revista Baiana de Enfermagem* 31 (4). Doi: 10.18471/rbe.v31i4.20275.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman- clinical guideline. London: NICE.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). Intrapartum care: Care of healthy women and babies. London: NICE.

Nené, M., Marques, R., Batista, M. (2018). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

Nilsen, E.; Sebastino, H. & Lopes, M. (2010). Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a02.pdf>

Nogueira, J. (2012). Posições alternativas em trabalho de parto. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras* 12, 25-29.

Nogueira, J., Ferreira, M. (2012) - O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (8), 57-66.

Nugent, J. K. (2019). Berry Brazelton: Le Magnifique. *NeoReviews*, 20(11), 615-621.

Oliveira, D. & Mandú, E. N. (2015). Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 19 (1), 93-101.

Oliveira, G., Albuquerque, M., Cardoso, B., Gaspar, E., Costa, R., Aguiar, T., ... Pissara, S. (2012). Reanimação do Recém-Nascido de Termo na Sala de Partos. Lisboa: SPN.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Lisboa, OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Pelo direito ao parto normal - Uma visão partilhada. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto: Indicador de evidência. Projeto da MCEESMO-OE. Recuperado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Medidasnaofarmacologicas\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa. Recuperado de: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8139/ponto-5\\_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8139/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2013). O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia fetal. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2015). As recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento de infecções maternas no período periparto. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2015). Recomendações para o aumento do trabalho de parto. Estados Unidos: OMS.

Organização Mundial De Saúde. (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience: WHO recommendations. Geneva: World Health Organization.

Pacheco, A., Machado, A. I., Costa, A., Lanhoso, A., Cruz, E., Palma, F., ... Gomes, V. (2011, janeiro). Consenso Sobre Contraceção. Comunicação apresentada na Reunião de Consenso Nacional sobre Contraceção, Estoril, Portugal.

Peñacoba-Puente, C., Carmona-Monge, f., Marín-Morales & S., Gallardo, C. (2016). Evolution of childbirth expectations in Spanish pregnant women. *Applied Nursing Research* 29, 59-63.

Pereira da Costa, P., Garcia, A. P., Toledo, V. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: Um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>

Perlman, N. & Carusi, D. (2019). Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management. *International Journal of Women's Health* 11, 527-534.

Pio, D. & Capel, M. (2015). Os significados dos cuidados na gestação. *Revista Psicologia e Saúde* 7 (1), 74-81. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1a10.pdf>

Porto, A. M., Amorim, M. & Souza, A. (2010). Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina* 38 (10), 527-537.

Quatrin, R., Iacobucci, K., Tina, A. L., Gallina, L., Pittini, C., Brusaferrro, S. (2016). 70% álcool versus dry cord care in the umbilical cord care. *Medicine*, 95 (14), 1-5.

Rabe, H., Gyte, G., Díaz-Rossello, J., & Duley, L. (2019). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. Doi: 10.1002/14651858.CD003248.pub4.

Rana, S., Lemoine, E., Granger, J. & Karumanchi, S. (2019). Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives. *Circulation Research* 124 (7), 1094-1112.

Records, K. & Wilson, B. (2011). Reflections on Meeting Women's Childbirth Expectations. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, pp. 1-5. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2011.01269.x

Reveiz, L., Gaitán, H., Cuervo, L. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000330.pub4/epdf/full>

Ribeiro, J. (2011). A percepção dos pais sobre as competências dos bebés. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa.

Rodrigues, P., Zambaldi, C., Cantilino, A. & Sougey, E. (2016). Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. *Trends Psychiatry Psychotherapy* 38 (3), 136-140.

Sabatino, H. (2010). Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. Orientações para a prática nos serviços. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva* 4 (4), p. 143-148.

Santana, A. & Figueiredo, M. (2018). Manutenção do Bem-estar Materno-Fetal Intraparto in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel.

Santos, A. (2017). Entre o Esperado e o Vivido: Expectativas e Experiências de Mulheres em Relação ao Momento do Parto e Nascimento (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Federal do Maranhão, São Luís.  
<http://tedebc.ufma.br:8080/jspui/bitstream/tede/1308/2/Alice%20Parentes%20da%20Silva.pdf>

Santos, M. J. & Baptista, M. C. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel.

Schardosim, J., Rodrigues, N. & Rattner, D. (2018). Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento. *Avances en Enfermería* 36 (2), 197- 208. Doi: 10.15446/av.enferm.v36n2.67809

Shitami, C. & Takenaka, K. (2016). Early puerperium involution of the uterus after Caesarian section: Basic data for use in an assessment index. *Journal of Japan Academic of Midwifery*, 30 (2), 333-341.

Silva, A., Nascimento, E., Coelho, E. (2015). Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulher no parto normal. *Escola Anna Nery* 19 (3), 424-431. Doi: 10.5935/1414-8145.20150056.

Simone da Cruz, Q., Mosmann, C. (2015). Da conjugalidade à parentalidade: vivências em contexto de gestação planejada. *Alêtheia* 47-48, pp.22-34.

Siqueira, C., & Colli, M. (2013). Prevalência do contacto precoce entre mãe e recém-nascido em um hospital amigo da criança. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*, 7 (11), 6455-6461.

Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, pp. 333-339.

Stefanello, A., Rios, A., Mendes, R. (2019). *Manual de Normas e Rotinas de Aleitamento Materno*. Grande Dourados: Comissão de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno.

Sunjaya, A. & Dewi, A. (2018). Total Uterine Inversion Post Partum: Case Report and Management Strategies. *Journal of Family and Reproductive Health* 12 (4), 223-225.

The Joanna Briggs Institute. (2014). *Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation*. The Joanna Briggs Institute.

Tiwari, K., Khanam, I. & Savarna, N. (2018). A study on effectiveness of lactational amenorrhea as a method of contraception. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 7 (10), 1-5.

The Royal College Of Midwives. (2012). *Positions for Labour and Birth: Evidence Based Guidelines*.

UNICEF. (2017). A iniciativa Amiga dos Bebés. Recuperado de <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>

Vargas, P., Vieira, B., Queiroz, A., Alves, V., Aguiar, R. & Rodrigues, D. (2016). Experiências de Puérperas na Identificação de Sinais de Fome do Recém-nascido. *Revista Baiana de Enfermagem*,30 (1), 335-343.

Ventura, R. (2016). *Os Primeiros Dias do Recém-Nascido em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.

WHO. (2014). *Recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia*. Geneva: WHO.

Zanatta, E., Pereira, C. & Alves, A. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 12 (3), 1-16.

**Anexo 1 - Análise dos artigos seleccionados para a revisão integrativa**

Autor (ano)	Publicação País	Objetivo	Metodologia	Conclusões	Nível Evidência
1. Peñacoba- Puente [et al.], 2016	Applied Nursing Research  Espanha	Analisar a mudança das expectativas do parto ao longo da gravidez, bem como a sua relação com as variáveis sociodemográficas e clínicas.	<p>Estudo longitudinal prospetivo</p> <p>Avaliação em dois momentos diferentes: no primeiro e no terceiro trimestres da gravidez. A média de idade gestacional no primeiro momento de avaliação (primeiro trimestre) era de 14,4 semanas e de 34,3 semanas no segundo momento (terceiro trimestre). As expectativas relacionadas com o parto foram avaliadas em ambos os momentos.</p> <p>A amostra do primeiro trimestre consistiu em 285 grávidas que estavam a ser acompanhadas no Hospital Universitário de Fuenlabrada em Madrid.</p> <p>Os critérios de inclusão eram mulheres com mais de 18 anos, saudáveis física e psicologicamente, com o máximo de 18 semanas de gravidez e que não tivesse sido diagnosticada nenhuma patologia materna ou fetal na gravidez. Foram eleitas 320 mulheres, mas apenas 285 aceitaram participar no estudo e assinar o consentimento informado.</p>	<p>De forma geral, as mulheres mostraram ter expectativas positivas em relação ao parto. As expectativas que tiveram os scores mais baixos eram, a maior parte, relacionadas com controlo limitado do alívio da dor no parto e relativamente às intervenções médicas (como a episiotomia).</p> <p>Outro achado foi que as mulheres da amostra apresentaram scores altos para: serem informadas durante a gravidez e o trabalho de parto e serem capazes de decidir ou serem incluídas nas tomadas de decisão durante o trabalho de parto.</p> <p>Outra expectativa presente em maior parte das mulheres era a presença e o apoio do seu companheiro ou pessoa significativa durante todo o trabalho de parto.</p> <p>Relativamente ao método de parir, 95% da amostra (a expectativa mais presente) esperava que o parto fosse normal, tranquilo e rápido, mas chegou-se a</p>	II

			<p>Para a análise do terceiro trimestre, foram excluídas cinco mulheres após terem tido abortos espontâneos depois de preencherem o primeiro questionário. Foram então aplicados novamente 280 questionários, tendo sido entregues apenas 122 de volta.</p>	<p>conclusão de que isto era mais um desejo do que uma expectativa.</p> <p>A comparação dos 5 fatores e os scores finais, indica que as grávidas espanholas têm scores mais baixos relativamente às expectativas relacionadas com o ambiente do trabalho de parto e parto, o controlo e a participação no mesmo, do que em relação à dor no parto (apresentando expectativas mais altas).</p> <p>Não houve diferenças significativas nas variáveis socioeconómicas ou de gravidez entre o primeiro e o terceiro trimestres. Não foram, também, observadas diferenças estatisticamente significativas nas expectativas no primeiro trimestre entre as mulheres que permaneceram no estudo e as que desistiram depois do primeiro trimestre.</p>		
2. Arik [et al.], 2019	Revista Brasileira de Enfermagem Brasil	Compreender a percepção e as expectativas das mulheres grávidas em relação ao tipo de	Estudo Qualitativo Prospetivo	Fizeram parte das participantes mulheres grávidas que estavam a ser acompanhadas numa instituição pública no município de São Paulo e	Foi possível compreender neste estudo as percepções e as expectativas das mulheres em relação ao tipo de parto desejado, revelando os aspetos que foram	IV

		<p>parto que gostariam de ter.</p>	<p>mulheres que pertenciam ao Grupo de Orientação Pré-natal do mesmo município que aceitava grávidas a serem acompanhadas numa instituição privada de saúde.</p> <p>A colheita de dados consistiu numa entrevista semiestruturada que foi dividida em dois momentos: a primeira antes das 20 semanas de gravidez e a segunda depois das 35 semanas. O único critério de inclusão relacionava-se com a idade gestacional, sendo a primeira parte realizada entre Outubro e Dezembro de 2015 e a segunda parte entre Fevereiro e Março de 2016. Todas as entrevistas foram realizadas nas residências das grávidas e tiveram uma duração entre 35 a 45 minutos. Um número final de 15 participantes foi estabelecido durante o desenvolvimento do estudo.</p> <p>A pergunta feita na primeira entrevista foi: “fale sobre o tipo de parto que quer.”; na segunda entrevista, após as 35 semanas de gestação, a pergunta era a mesma e acrescentaram “mudou de ideias em relação à primeira entrevista? Porquê? Fala-me mais das suas ideias e expectativas”.</p>	<p>considerados e que definiram o parto que vieram a ter.</p> <p>O que emergiu foram as vantagens de um parto vaginal, em que as expectativas e as futuras perceções das mulheres em relação ao mesmo foram: vantagens para o bebé como a qualidade de tempo que consegue passar a mãe com o seu filho num pós-parto vaginal; o medo sempre presente da dor relacionada com o trabalho de parto e parto; ser um tipo de parto mais natural e saudável, com uma recuperação mais rápida e com maior autonomia nos cuidados pessoais e com o recém-nascido, no pós-parto, face à cesariana.</p> <p>No entanto, revelaram ter noção de que a espera e o imprevisível num parto vaginal pode ser causador de insegurança, o que promove, por vezes, a opção por partos por cesariana.</p>	
--	--	------------------------------------	--	---	--

			As idades das 15 participantes foram entre os 18 e os 37 anos.		
3. Morell & Martín, 2018	Enfermería Global Espanha	Perceber quais são as expectativas do parto de um grupo de grávidas espanholas e estudar as diferentes expectativas entre primíparas e múltiparas.	Estudo Qualitativo  O estudo foi baseado numa pergunta de resposta aberta: “Quais são as suas expectativas do parto? O que é que deseja ou espera no parto?”. As respostas a estas perguntas foram dadas por mulheres no terceiro trimestre de gravidez no Hospital Universitário La Ribera que se dirigiam à urgência de ginecologia ou às consultas/exames de avaliação do bem-estar fetal e evolução da gravidez. Foram recolhidas entre Junho de 2014 e Janeiro de 2015.  Os critérios de inclusão para o estudo eram mulheres grávidas que estivessem no terceiro trimestre de gravidez, com mais de 18 anos, que conseguissem comunicar em espanhol ou valenciano e que concordassem em participar no estudo. As mulheres que não cumprissem estes critérios eram excluídas do estudo.	O estudo das expectativas em relação ao parto num grupo de mulheres grávidas espanholas, permitiu classificar as expectativas em sete diferentes categorias e em quatro subcategorias e, por outro lado, concluir que não existem diferenças significativas nas expectativas entre primíparas e múltiparas.  Apesar deste achado, importa concluir que existem expectativas mais frequentes em relação aos protocolos de atendimento no parto normal em primíparas do que em múltiparas. Este aspeto pode estar relacionado com o facto de que este grupo de grávidas tem uma maior taxa de participação nos programas de preparação para o parto do que as múltiparas.  Relativamente às categorias elaboradas, a expectativa mencionada mais vezes foi “ter um parto rápido” seguida da “segurança e saúde da mãe e do bebé”.	IV

				Em último lugar encontra-se a necessidade de controlo e informação durante o trabalho de parto que, segundo alguns autores, o controlo e a tomada de decisão são proporcionados pela informação que é considerada muito importante e está, cada vez mais, a emergir como um elemento chave para gerar expectativas mais precisas.	
4. Moore, 2016	The ABNF Journal	Explorar as expectativas relacionadas com o parto de mulheres de diferentes culturas.	Revisão Integrativa da Literatura Inclui estudos quantitativos e estudos qualitativos, sendo que a maior parte dos estudos encontrados são qualitativos: exploratórios/descritivos, etnográficos ou fenomenológicos. Os estudos quantitativos eram predominantemente pesquisas descritivas, comparações e/ou correlações. Muitos estudos foram realizados em nações industrializadas como os Estados Unidos, Reino Unido, Austrália/Nova Zelândia e Europa. Os artigos analisados nas diferentes culturas foram organizados segundo as expectativas que iam sendo abordadas: comportamento e controlo	Concluindo, a compreensão das antecipações e expectativas em relação ao parto estão interligadas com a infância. Estes factores são afectados pela imigração, difusão da cultura ocidental e, muito provavelmente, pelas diferentes experiências relacionadas com a classe, educação, raça e/ou etnia. Há alguma disparidade em definir aquilo que pode ser um tratamento cuidadoso e respeitador entre mulheres de diferentes culturas que vivem no mesmo país e entre mulheres da mesma cultura. Esta disparidade dificultou o design do estudo, assim como, o tratamento e	IV

			<p>pessoal; suporte do companheiro/outros/da família; cuidados e comportamentos de enfermeiros, médicos e/ou enfermeiras parteiras, incluindo informações sobre o decorrer do trabalho de parto; saúde e bem-estar do bebê; e por último, a percepção da dor durante o trabalho de parto e parto.</p>	<p>acompanhamento durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>É fundamental, por isso, aumentar os estudos sobre as expectativas das mulheres em relação ao parto, para que os profissionais de saúde consigam melhorar e desenvolver cuidados culturalmente sensíveis.</p>	
5. Basso & Monticelli, 2010	Revista Latino-Americana de Enfermagem Brasil	Identificar as expectativas da participação no parto humanizado, por grávidas e casais com suporte teórico-metodológico da Pedagogia Libertadora.	<p>Estudo Qualitativo (convergente-assistencial)</p> <p>Para atingir o objetivo de estudo, uma intervenção problemática educacional foi desenvolvida com grupos de mulheres grávidas e os seus respectivos parceiros. A informação necessária para responder às questões elaboradas no estudo foi colhida durante essa intervenção.</p> <p>Essa mesma intervenção foi escolhida para ser a fonte operacional e teórica do estudo, por estar organizada de maneira a identificar as expectativas das grávidas/casais em relação à sua participação no parto humanizado, ao mesmo tempo que os encoraja a desenvolver um</p>	<p>A análise baseou-se nas cinco categorias que emergiram dos dados recolhidos durante a intervenção. Estas categorias mostram que as grávidas/casais/companheiros têm a intenção de contribuir para que os partos hospitalares sejam humanizados tendo como expectativas: 1) a escolha de um parto vaginal como primeira opção; 2) escolher o tipo de acompanhamento durante o trabalho de parto e parto; 3) Os casais têm que se reconhecer como agentes ativos e com capacidade crítica durante todo o processo; 4) negociar e dialogar com a equipa multidisciplinar sobre preferências em relação a alguns</p>	IV

			<p>olhar crítico e a discutir a realidade da assistência obstétrica.</p> <p>Os participantes do estudo foram as grávidas/casais que participaram nas sessões de preparação para o parto no Hospital Universitário de Santa Catarina, sendo que o número de participantes não estava previamente definido. As grávidas e os seus companheiros registavam-se para esses cursos voluntariamente, depois de serem informados através de posters exibidos nas instalações do hospital. A primeira intervenção decorreu entre Agosto e Setembro com 21 participantes e a segunda de Outubro a Dezembro com 30 participantes, num total de 51 sujeitos (35 grávidas e 16 acompanhantes). Estes acompanhantes eram companheiros das grávidas, maridos ou amigos.</p>	<p>procedimentos; 5) ter conhecimento de todo o processo do trabalho de parto e parto.</p>	
6. Ledford [et al.], 2016	Family Medicine Estados Unidos da América, Bethesda	Delinear conexões entre as informações transmitidas aos casais, as suas expectativas em relação ao parto e a	<p>Abordagem da Teoria fundamentada</p> <p>Foram analisadas entrevistas a puérperas que tivessem tido partos recentes para investigar como é que estas percepcionavam a informação que tinha sido transmitida no período pré-natal,</p>	<p>Este estudo confirma a necessidade de uma comunicação flexível, transparente e educacional com as mulheres grávidas durante o processo de trabalho de parto e nascimento dos seus filhos.</p>	IV

		<p>apreciação da experiência vivida no parto.</p>	<p>como é que descreviam as suas expectativas para o trabalho de parto e parto e como é que essas mesmas expectativas afectaram a experiência de parto.</p> <p>Após a aprovação do Local Institute Review Board, a amostra iniciou com mulheres que tinham sido mães num intervalo de seis meses no Mid-Atlantic Community Hospital.</p> <p>As entrevistas foram conduzidas pessoalmente utilizando a técnica de entrevista aberta, semi-estruturada entre Junho de 2014 e Janeiro de 2015. Foram realizadas 36 entrevistas que foi a totalidade da amostra.</p>	<p>Neste grupo de mulheres, identificou-se a importância de comunicação prévia no período pré-natal e a utilização de múltiplos métodos de comunicação, de preferência um método de transmissão de informação cara-a-cara. Reconhecem que os prestadores de cuidados usam um método de comunicação centrado no paciente com o objetivo de transmitir mensagens de empoderamento, suporte emocional, informação e tomada de decisão. Este estudo indica que a inflexibilidade ou a flexibilidade das expectativas podem determinar o tipo de experiência que as mulheres vivenciam no seu parto.</p> <p>Por isso, os cuidadores, pessoas em que as mulheres vêm como parceiros neste processo, conseguem ajudar as mesmas a desenvolver expectativas flexíveis em relação ao parto que pode resultar, efectivamente, em experiências positivas de parto.</p>	
--	--	---	--	---	--

<p>7. Hildingsson, I., 2015</p>	<p>Women and Birth  Austrália</p>	<p>Descrever as expectativas das grávidas em relação ao parto e investigar se essas expectativas são correspondidas.</p>	<p>Estudo de Coorte Prospetivo</p> <p>O recrutamento para esta pesquisa foi realizado em 2007 no norte da Suécia e incluído nos três hospitais da região. Foi enviada informação sobre o estudo a todas as mulheres grávidas com o ultra-som de rotina agendado entre as 17 e as 19 semanas, duas semanas antes do mesmo. Os critérios de inclusão para o estudo era o domínio da língua sueca e a não malformação fetal.</p> <p>As mulheres que consentiram na participação, um total de 1042, tiveram que preencher quatro questionários: o primeiro logo após o recrutamento; o segundo entre as 32 e as 34 semanas de gestação; o terceiro, dois meses pós-parto; e o quarto um ano pós-parto.</p>	<p>Em relação às expectativas sobre o parto, cinco áreas emergiram focadas em: suporte da enfermeira parteira, suporte do companheiro, participação na tomada de decisão, sentimento de estar no controle do processo e a presença da enfermeira parteira na sala de partos.</p> <p>As expectativas da grávida/parturiente que não eram correspondidas e tornavam-se pior do que estavam à espera, por exemplo, em relação à tomada de decisão ou ao controle durante o processo, estavam associadas aos tipos de parto que não o parto vaginal normal. Isto proporcionava uma experiência de parto menos positiva.</p> <p>Algumas mulheres têm grandes expectativas em relação ao parto e nascimento do seu filho que não são correspondidas. O suporte da enfermeira parteira era mais difícil de ser alcançado do que o suporte do companheiro e a presença da enfermeira na sala de parto.</p> <p>Questionar as mulheres sobre as suas expectativas durante a gravidez pode dar</p>	<p>III</p>
---	---	--	--	---	------------

				início a uma discussão e transmissão de informação que as prepara para o processo de trabalho de parto e parto.	
8. Iravani [et al.], 2015	Journal of Education and Health Promotion Irão	Explorar necessidades, valores e preferências das parturientes iranianas, durante o trabalho de parto e parto normal.	Estudo Qualitativo  Foi conduzido um estudo qualitativo exploratório descritivo em três hospitais diferentes. As participantes recrutadas eram mulheres de baixo risco, após terem sido mães e algumas horas antes de terem alta dos hospitais. As mulheres foram recrutadas através de uma abordagem intencional de acordo com a abordagem de variação máxima.  Os critérios de inclusão eram: parturientes/mães entre os 18 e os 45 anos, com uma gravidez de termo e de baixo risco, com um bebé saudável, sem história de depressão antes ou após o parto, que falassem persa e que cooperassem durante as entrevistas. Eram também seleccionadas em diferentes contextos sociais.  Os dados foram recolhidos utilizando entrevistas semiestruturadas e profundas, observações informais e notas de campo durante Abril e Julho de 2013.	As necessidades das mulheres e as suas expectativas foram organizadas em sete categorias diferentes: fisiológicas, psicológicas, informativas, sociais e relacionais, de estima, de segurança e médicas.  Todas elas relacionavam-se com uma necessidade fundamental, que era a “sensação de controlo e empoderamento no parto”.  Neste estudo, todas as participantes mencionaram a importância de uma boa comunicação com os profissionais de saúde, assim como, a presença do médico, enfermeira parteira ou um familiar (como o marido, mãe, companheiro ou amigo). Enfatizaram, ainda, que a sensibilidade, o respeito, a privacidade e confidencialidade são aspetos fundamentais para elas durante o processo de cuidados.	IV

			<p>24 entrevistas foram realizadas e 16 notas de campo foram gravadas. As entrevistas pararam quando a saturação de dados ocorreu.</p>	<p>Alguns resultados do estudo expressam que intervir junto das mulheres para promover as suas necessidades fisiológicas pode influenciar positivamente a sua sensação de controlo e empoderamento durante o parto.</p> <p>O resultado deste estudo indica que há uma necessidade de capacitar os profissionais de saúde e as mulheres iranianas para aumentarem os seus conhecimentos sobre os cuidados obstétricos com base nas necessidades, valores, preferências e expectativas das mulheres que estão aos seus cuidados.</p> <p>Deste modo, os profissionais de saúde, mais especificamente as enfermeiras especialistas em saúde materna, conseguiriam providenciar cuidados de melhor qualidade às parturientes.</p> <p>Resumindo, este estudo destaca vários aspetos relacionados com as expectativas das mulheres relacionadas com o parto e dá uma nova visão aos médicos e às parteiras</p>	
--	--	--	--	---	--

				para contribuírem para uma experiência positiva de parto.	
9. Kuo [et al.], 2010	International Journal of Nursing Studies  Taiwan	Avaliar o efeito do plano de parto na satisfação das expectativas das mulheres em relação ao parto, no seu controlo sob o mesmo e nas experiências de parto em geral	Estudo Randomizado Controlado (Cego)  O período da pesquisa realizou-se entre Março e Outubro de 2007. O primeiro resultado a avaliar foi as expectativas em relação ao parto; e o segundo foi a avaliação dos sentimentos de controlo e da satisfação/realização das expectativas em relação ao parto.  Foi necessária a participação de sete hospitais e 10 obstetras. As mulheres que participaram no estudo eram primíparas e estavam a ser seguidas nesses hospitais e por esses obstetras. Os critérios de inclusão eram os seguintes: estar grávida de pelo menos 32 semanas; ter no mínimo 18 anos; gravidez sem complicações; conseguir escrever e comunicar em chinês. Um critério de exclusão era o parto ser cesariana eletiva.  Um total de 296 mulheres seguidas nos hospitais que preencheram os critérios de estudo foram alocadas para randomização em bloco num grupo	A criação de um plano de parto realça a experiência de parto da mulher, o seu controlo e a satisfação das suas expectativas.  As mulheres do grupo experimental, que tiveram a oportunidade de elaborar os seus planos de parto, tiveram maior probabilidade de relatar que tiveram melhores experiências de parto, controlo e as suas expectativas foram melhor correspondidas em relação ao grupo de controlo.  Os planos de parto podem influenciar o cumprimento das expectativas de parto em diversas formas: podem ajudar a que as mulheres tenham expectativas realistas, estimulá-las para pensarem como manter a calma e o controlo durante o processo de trabalho de parto e parto e saber como lidar com todo esse processo.  Em relação ao controlo, os grupos experimental e de controlo mostraram	II

			experimental (n=155) e num grupo controlo (n=141).	diferenças significativas: as expectativas associadas ao controlo durante o parto foram positivamente associadas com a aquisição efetiva de controlo durante este processo e com o aumento da satisfação. Os planos de parto permitem que as mulheres estejam envolvidas em todas as decisões, aumentando a sensação de controlo das mesmas durante este processo. Em retorno, há experiências de parto mais positivas e sensação de expectativas cumpridas.	
10. Kyaddondo [et al.], 2017	International Journal Gynecology Obstetrics  Uganda	Descrever as experiências, expectativas e necessidades das mulheres urbanas de Uganda em relação ao parto em instituições de boa qualidade.	Estudo Qualitativo  O estudo foi conduzido em quatro unidades de saúde urbanas no distrito de Kampala: um hospital público de referência e três hospitais missionários privados, sem fins lucrativos. Os critérios de escolha destas quatro instituições eram: o centro escolhido era uma importante instituição de saúde na região (e não um centro de saúde primário); os cuidados intraparto foram prestados por profissionais qualificados; a equipa clínica teve um acesso estável e seguro a um	Foram realizadas 45 entrevistas em profundidade e seis discussões em grupo foco.  Respeito e dignidade, comunicação oportuna, equipa competente e qualificada e disponibilidade de equipamento médico foram aspetos fundamentais nos relatos das mulheres sobre cuidados de qualidade ou a falta deles. A esperança de um bebé vivo e saudável motivou as mulheres a procurarem um parto numa instituição de saúde. No entanto, elas esperavam muito	IV

			<p>parto por cesariana, aumento do trabalho de parto e parto vaginal assistido; e que havia registo de boas práticas nos cuidados intraparto. Entrevista em profundidade e discussões de grupos de foco foram realizadas com mulheres com idades entre os 15 e os 49 anos que residiam nas áreas dos hospitais do estudo até um raio de 5 km e que tivessem tido partos em qualquer uma dessas unidades de saúde nos últimos 12 meses. As mulheres que se enquadravam nestes critérios, foram recrutadas com a ajuda de agentes de saúde comunitária. As entrevistas e as discussões em grupo foram conduzidas com base em guiões para explorar as necessidades e expectativas das mulheres relacionadas com a melhoria da qualidade dos cuidados. Os dados foram colhidos entre Dezembro de 2014 e Abril de 2015.</p>	<p>mais do que um bebé saudável. As mulheres também desejavam interagir com os profissionais com competências apropriadas para as suas necessidades, informando-as constantemente a cerca da evolução do seu trabalho de parto e parto, respeitando-as, tratando-as e mantendo a sua dignidade. Este grupo também esperava que as instalações fossem limpas e cuidadas e que tivessem todos os materiais e equipamentos necessários. Contudo, algumas mulheres reportaram que se sentiam desapontadas por algumas destas expectativas não serem correspondidas. Em alguns casos, só conseguiam corresponder a essas expectativas através de pagamentos financeiros extras aos profissionais, para terem o equipamento médico necessário ou para garantir que seriam atendidas por alguém com as qualificações apropriadas.</p>	
11. S. Adeniran	International Journal of Health Sciences	Avaliar as expectativas das mulheres grávidas	Estudo Observacional Multicêntrico	As idades das 506 participantes variaram entre os 17 e os 49 anos.	III

[et al.], 2015	Nigeria	em relação ao papel do companheiro durante a gravidez e o parto.	Oito locais de estudo foram selecionados com base em amostras de múltiplos estágios incluindo igual número de instituições privadas e públicas. A lista do total de instalações de saúde na cidade foi obtida (n=152) e destas, oito foram aleatoriamente selecionadas por votação através de duas caixas que continham o nome de todas as instituições de saúde. Estas oito, eram quatro privadas e quatro públicas. A escolha destas instituições de saúde passava por ter uma ampla representação de mulheres de vários grupos socioeconómicos. Dentro destas 4 instituições de saúde, foram eleitas 506 participantes - mulheres grávidas - que estariam a receber cuidados pré-natais nestes locais, na Nigéria. As questões eram aplicadas através de um questionário realizado pela própria mulher ou por um entrevistador, dependendo do grau de escolaridade e do conhecimento da língua inglesa. A colheita foi realizada ente Janeiro e Junho de 2014 e os dados foram processados no SPSS.	As suas expectativas e desejos passavam por: desejar a presença dos seus companheiros durante o acompanhamento pré-natal nas clínicas, tanto nas consultas como nas ecografias; gostariam que os seus companheiros fossem educados e sensibilizados para os assuntos relacionados com a gravidez, especialmente, como é que deveriam cuidar de uma mulher grávida e a prática de sexo durante a gravidez; queriam ter um acompanhante durante o trabalho de parto e parto, de preferência os seus companheiros; as grávidas queriam que as instituições de saúde assegurassem salas de parto individuais para elas passarem pelo processo de trabalho de parto e parto sozinhas/com os seus companheiros.	
-------------------	---------	--	--	---	--

<p>12. Soriano-Vidal {et al.}, 2018</p>	<p>Midwifery Espanha</p>	<p>Determinar a possível influência das parteiras sobre o plano de parto e investigar quais as diferenças nos itens selecionados pelas grávidas no plano de parto como resultado da sua participação nas sessões de preparação para o parto.</p>	<p>Estudo Observacional Multicêntrico Prospetivo</p> <p>Uma amostra de 308 mulheres foi compilada entre Janeiro e Outubro de 2012 nos departamentos de saúde do La Ribera e Xàtiva-Ontinyent, durante o terceiro trimestre das suas gravidezes.</p> <p>Foram selecionados 13 centros de saúde primários no La Ribera e 10 no Xàtiva-Ontinyent. Os critérios de inclusão para fazer parte da amostra eram: participação em pelo menos cinco das oito sessões de preparação para o parto diretamente relacionadas com o plano de parto e capacidade de ler, escrever e falar espanhol. Os critérios de exclusão eram: recusar participar no estudo, barreiras linguísticas e não comparecer à primeira ou última sessão de preparação para o nascimento.</p> <p>A todas as mulheres que consentiram participar no estudo, foi entregue uma versão de um plano de parto. Enquanto participavam nas sessões iniciais e nas finais, foi-lhes solicitado que preenchessem o plano de parto com diversas opções relativas ao primeiro e segundo estádios</p>	<p>Os resultados do estudo mostraram que a presença e participação nas sessões de preparação para o parto influenciam significativamente as preferências e as expectativas maternas, como foi expresso nos planos de parto. Presume-se, portanto, que os cuidados prestados pelos profissionais de saúde desta área podem influenciar as expectativas das mulheres grávidas. Além disso, um nível superior de educação parece estar relacionado com uma melhor utilização dos recursos de saúde.</p> <p>Os aspetos mais importantes que foram relatados nos planos de parto foram: ser capaz de ingerir líquidos durante o trabalho de parto, liberdade de movimentos, puxar espontaneamente durante o segundo estadio do trabalho de parto, evitar a episiotomia por rotina, contacto pele-a-pele e amamentar o mais cedo possível. Aumentar o envolvimento das enfermeiras parteiras na elaboração dos planos de parto pode potenciar o início de uma discussão à</p>	<p>III</p>
---	------------------------------	--	---	---	------------

			<p>do trabalho de parto, cuidados prestados ao recém-nascido, momento do parto e variáveis socioeconômicas.</p> <p>Todos os dados foram processados na base de dados SPSS.</p>	<p>cerca das expectativas da mulher, uma vez que as mesmas acompanham o processo pré-natal, trabalho de parto e parto. Dar início a esta discussão o mais cedo possível, especialmente quando as mulheres expressam as suas preferências e expectativas, permite o conhecimento das suas necessidades durante a gravidez e no parto.</p>	
13. Records & Wilson, 2011	Journal of Obstetric & Gynecologic & Neonatal Nursing Arizona, Phoenix	Comparar as expectativas de mulheres da sociedade contemporânea com as de há 40 anos, em relação a cuidados dignificados.	Revisão Integrativa da Literatura	<p>Há 40 anos atrás, as parturientes esperavam sentir uma sensação de valorização pessoal durante a gravidez e parto, mas apercebiam-se de que essa expectativa não era atendida. Em vez de serem encorajadas(os) como participantes competentes e ativas(os) no processo, esperava-se que os casais deixassem que o médico determinasse como e quando seria melhor proceder com o seu parto. Hoje em dia, as mulheres são encorajadas a participar nas sessões de preparação para o parto para aumentarem os seus conhecimentos relativos à gravidez, ao trabalho de parto e parto e sobre o período</p>	IV

				<p>do pós-parto imediato. As aulas podem oferecer informações ou a oportunidade de adquirir competências para cuidar do recém-nascido e, frequentemente, podem envolver a participação de membros da família. As grávidas aprendem, também, o leque de opções de cuidados que têm disponíveis e conseguem ter respostas para as suas dúvidas.</p> <p>Uma vez que a composição étnica e racial da população está a sofrer alterações, há um desafio maior por parte dos prestadores de cuidados para atenderem às expectativas das mulheres grávidas. As diferenças no acesso à informação podem influenciar a criação de expectativas durante a gravidez por parte das mulheres. Isto é, o acesso limitado a achados que descrevem a eficácia de intervenções durante o parto ou a falta delas pode, inadvertidamente, influenciar as expectativas para grupos específicos, sendo eles, indivíduos que não têm ou têm um acesso limitado a computadores ou à</p>	
--	--	--	--	--	--

				internet ou pessoas que têm barreiras linguísticas.	
14. Andersson [et al.], 2016	Sexual & Reproductive Healthcare  Suécia	Identificar as expectativas de futuros pais relativamente ao conteúdo dos cuidados pré-natais durante a gravidez e examinar as associações entre as expectativas e os fatores sociais.	Estudo Exploratório num Ensaio Controlado  O estudo compara dois modelos de acompanhamento pré-natal na Suécia entre 2009 e 2010. As enfermeiras parteiras foram randomizadas para prestar cuidados em grupo ou individualmente e, no final, os pais avaliaram o atendimento/cuidados recebidos. Os dados sobre as expectativas desses cuidados foram colhidos quer às mulheres grávidas, quer aos seus acompanhantes, antes da intervenção através de um questionário. Esse questionário podia ser preenchido na primeira visita da parteira ou levado para preencher em casa. Se o futuro pai não estivesse presente na visita pré-natal quando o questionário fosse entregue, a grávida poderia levar para casa e trazer depois preenchido, se ele desejasse participar. Foram entregues 637 questionários, 95% participou. Os participantes foram recrutados de 12 clínicas de acompanhamento pré-natal quer urbanas quer rurais e foram alocados a um dos modelos de	As principais conclusões deste estudo foram que os futuros pais tinham expectativas mais baixas em relação a receber atenção para o seu próprio bem-estar emocional, conhecer as perspetivas de outros futuros pais e participar nas sessões de preparação.  Por outro lado, tinham expectativas elevadas de que o atendimento pré-natal iria fornecer uma avaliação médica tanto da sua mulher grávida como do recém-nascido. Menos de metade dos pais tinham a grande expectativa de serem tratados com respeito, receberem informações e apoio nos seus sentimentos e emoções durante o processo da gravidez.  Além disso, os futuros pais pela primeira vez, futuros pais jovens e futuros pais com boa saúde psicológica e emocional, tinham grandes expectativas em relação a diversos aspetos relacionados com o atendimento pré-natal.	II

			<p>atendimentos no primeiro trimestre. Só eram incluídos no estudo os pais que falassem sueco, de resto, não havia mais critérios de inclusão ou exclusão.</p> <p>O questionário era constituído por 12 itens que avaliavam as expectativas durante o período pré-natal e que foram agrupados em cinco temas: avaliações médicas, informação fornecida, conteúdo dos cuidados prestados, trato das parteiras e conhecer outros pais.</p>		
--	--	--	--	--	--

## **Anexo 2 - Níveis de Evidencia JBI**



JOANNA BRIGGS INSTITUTE

## JBI Levels of Evidence

---

*Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013*

PLEASE NOTE: These levels are intended to be used alongside the supporting document outlining their use. Using Levels of Evidence does not preclude the need for careful reading, critical appraisal and clinical reasoning when applying evidence.

### LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS

#### **Level 1 – Experimental Designs**

Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)

Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs

Level 1.c – RCT

Level 1.d – Pseudo-RCTs

#### **Level 2 – Quasi-experimental Designs**

Level 2.a – Systematic review of quasi-experimental studies

Level 2.b – Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs Level 2.c –

Quasi-experimental prospectively controlled study

Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study



JOANNA BRIGGS INSTITUTE

**Level 3 – Observational – Analytic Designs**

Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies

Level 3.b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs Level 3.c –

Cohort study with control group

Level 3.d – Case – controlled study

Level 3.e – Observational study without a control group

**Level 4 – Observational – Descriptive Studies** Level 4.a

– Systematic review of descriptive studies Level 4.b –

Cross-sectional study

Level 4.c – Case series

Level 4.d – Case study

**Level 5 – Expert Opinion and Bench Research** Level

5.a – Systematic review of expert opinion Level 5.b

– Expert consensus

Level 5.c – Bench research/ single expert opinion



## LEVELS OF EVIDENCE FOR DIAGNOSIS

### **Level 1 – Studies of Test Accuracy among consecutive patients**

Level 1.a – Systematic review of studies of test accuracy among consecutive patients Level 1.b –

Study of test accuracy among consecutive patients

### **Level 2 – Studies of Test Accuracy among non-consecutive patients**

Level 2.a – Systematic review of studies of test accuracy among non-consecutive patients Level 2.b –

Study of test accuracy among non-consecutive patients

### **Level 3 – Diagnostic Case control studies**

Level 3.a – Systematic review of diagnostic case control studies Level 3.b –

Diagnostic case-control study

### **Level 4 – Diagnostic yield studies**

Level 4.a – Systematic review of diagnostic yield studies Level

4.b – Individual diagnostic yield study

### **Level 5 – Expert Opinion and Bench Research Level**

5.a – Systematic review of expert opinion Level 5.b

– Expert consensus

Level 5.c – Bench research/ single expert opinion



JOANNA BRIGGS INSTITUTE

## LEVELS OF EVIDENCE FOR PROGNOSIS

### **Level 1 – Inception Cohort Studies**

Level 1.a – Systematic review of inception cohort studies

Level 1.b – Inception cohort study

### **Level 2 – Studies of All or None**

Level 2.a – Systematic review of all or none studies

Level 2.b – All or none studies

### **Level 3 – Cohort studies**

Level 3.a – Systematic review of cohort studies (or control arm of RCT) Level 3.b –

Cohort study (or control arm of RCT)

### **Level 4 – Case series/Case Controlled/ Historically Controlled studies**

Level 4.a – Systematic review of Case series/Case Controlled/ Historically Controlled studies Level 4.b –

Individual Case series/Case Controlled/ Historically Controlled study

### **Level 5 – Expert Opinion and Bench Research Level**

5.a – Systematic review of expert opinion Level 5.b

– Expert consensus

Level 5.c – Bench research/ single expert opinion



## JOANNA BRIGGS INSTITUTE

### LEVELS OF EVIDENCE FOR ECONOMIC EVALUATIONS

#### Levels

1. Decision model with assumptions and variables informed by systematic review and tailored to fit the decision making context.
2. Systematic review of economic evaluations conducted in a setting similar to the decision makers.
3. Synthesis/review of economic evaluations undertaken in a setting similar to that in which the decision is to be made and which are of high quality (comprehensive and credible measurement of costs and health outcomes, sufficient time period covered, discounting, and sensitivity testing).
4. Economic evaluation of high quality (comprehensive and credible measurement of costs and health outcomes, sufficient time period covered, discounting and sensitivity testing) and conducted in setting similar to the decision making context.
5. Synthesis / review of economic evaluations of moderate and/or poor quality (insufficient coverage of costs and health effects, no discounting, no sensitivity testing, time period covered insufficient).
6. Single economic evaluation of moderate or poor quality (see directly above level 5 description of studies).
7. Expert opinion on incremental cost effectiveness of intervention and comparator.

### LEVELS OF EVIDENCE FOR MEANINGFULNESS

1. Qualitative or mixed-methods systematic review
2. Qualitative or mixed-methods synthesis
3. Single qualitative study
4. Systematic review of expert opinion
5. Expert opinion