

0. INTRODUÇÃO

O regulamento do segundo ciclo de estudos da ESEP, aprovado em 19 de Novembro de 2010, entende no artigo 2.º, que para a obtenção do grau académico de mestre, seja contemplado a realização de um estágio de natureza profissional, em que a formação será efetivada através da integração do estudante no exercício da atividade profissional numa instituição de saúde. Este processo de estágio implica a elaboração de um projeto de estágio que justifique a relevância do mesmo para a prática clínica e um relatório final de estágio, em que se dê conta das atividades desenvolvidas e das mais-valias adquiridas durante o processo formativo.

Este relatório pretende colocar em evidência as competências adquiridas durante o processo de estágio, demonstrando os conhecimentos, aptidões e capacidades inerentes ao processo de cuidar, e conduzidas às atitudes/ respostas da mulher no âmbito da saúde materna. Neste sentido, esteve sempre presente o processo de enfermagem no seu todo, as atividades diagnósticas e os focos de atenção, a formulação dos juízos diagnósticos, as vertentes terapêuticas e éticas e os resultados que se pretenderam obter.

A realização deste relatório constituiu uma etapa importante da minha formação académica, no sentido que potenciou o raciocínio crítico, face à prática desenvolvida. Durante o percurso formativo, existiram inicialmente espaços teóricos, e este estágio clínico, assumiu-se como um espaço prático, onde a prática da ação levou a uma melhor reflexão sobre os conteúdos apreendidos.

Este processo de aprendizagem teórico-prático, que culmina com o estágio clínico de gravidez com complicações, trabalho de parto e parto, pós-parto e parentalidade, pretende artilhar o estudante de estratégias necessárias à aquisição e certificação de competências específicas regulamentadas pelo colégio da especialidade. Assim sendo, este relatório pretende também, sintetizar o projeto de desenvolvimento de competências do EEESMO.

Este relatório tem como objetivos, demonstrar a sistematização do projeto individual de estágio e o próprio estágio, através da explanação das atividades

desenvolvidas para a aquisição das competências específicas, e ainda, a pesquisa de uma temática de interesse para a prática clínica, exposta sob a forma de uma revisão integrativa da literatura, em que se reflete sobre as implicações da intervenção do EEESMO e na sua tomada de decisão assente em evidências recentes.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO) assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Assim, foi nesta perspetiva de aquisição de competências que o todo o processo formativo decorreu, com o intuito de desenvolver a conceção dos cuidados ao alvo da nossa intervenção - a mulher em todo o seu ciclo reprodutivo. Neste sentido, foi importante, desenvolver a autonomia na prestação de cuidados através da gestão dos projetos de saúde individuais que cada mulher assume, trabalhando a promoção da saúde e a mudança de comportamentos para estilos de vida saudáveis, facilitando os processos de transição individuais e adaptação da mulher ao seu novo papel na sociedade, tendo em conta o seu contexto cultural e social próprios.

Relativamente à temática desenvolvida na revisão integrativa da literatura, pareceu-me pertinente abordar a prevenção das infeções do trato urinário na gravidez, isto porque, as suas consequências podem ser nefastas quer para a mãe quer para o feto. Segundo Roura (2003) a infeção urinária é a complicação mais frequente na gravidez, podendo alcançar especial gravidade tanto para a mãe como para o feto. Posto isto, pareceu-me importante sensibilizar os EEESMO para esta patologia, e para o papel ativo que podem ter na sua prevenção.

Este relatório está dividido em quatro capítulos, que pretendem colocar em evidência o meu percurso formativo e a aquisição das competências, dando cumprimento ao regulamento do curso de mestrado e refletindo sobre o trajeto e processo de realização do estágio. No primeiro capítulo, é abordado o projeto individual de estágio e os objetivos inicialmente propostos; seguidamente são descritas as atividades desenvolvidas e explanadas as mais recentes evidências científicas que justificaram a tomada de decisão refletida e esclarecida. Seguidamente, é abordado o tema da prevenção das infeções do trato urinário na

gravidez e qual o papel do EEESMO a adotar nestas situações. Por último, é feita uma síntese com uma vertente crítico reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio e a aquisição das competências específicas, cumprindo os requisitos da Lei n.º 9/2009 de 4 de Março que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro.

A metodologia utilizada como suporte ao desenvolvimento do estágio e deste relatório assenta na prática baseada em evidências, com uma extensa pesquisa bibliográfica em bases de dados como a Medclatina, a Academic Search Complete, a Cochrane Database of Systematic Reviews, a Medline e a Cinhall, entre outras, usando como motores de busca, a plataforma EBSCOhost e o Google académico.

1. PROJETO DE ESTÁGIO

Este estágio decorreu no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde, no período compreendido entre 05 de Dezembro de 2011 e 26 de Julho de 2012, no serviço de Internamento de Obstetrícia, que comporta o serviço de puerpério, o serviço de grávidas de risco e ainda o serviço de bloco de partos. Apesar de serem 3 espaços físicos diferentes e com orgânica diferente, a integração torna-se facilitada pois a chefia é a mesma e a equipa multidisciplinar também o é. Os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e assistente operacionais) são os mesmos, sendo a orgânica institucional mais espontaneamente apreendida, quer ao nível da linguagem, protocolos de atuação e sistema de registos semelhantes. As enfermeiras especialistas usam a mesma dinâmica de cuidados nos três serviços, começando pela avaliação inicial e observação sistematizada, passando depois para as atividades diagnósticas e processo de enfermagem, tendo em conta a individualidade da mulher alvo dos cuidados especializados.

A equipa é a mesma, rodando as profissionais pelas diferentes unidade de cuidados, e o plano de trabalho é delineado para cada semana, sendo que no bloco de partos e grávidas de risco ficam apenas enfermeiras especialistas e no serviço de puerpério ficam enfermeiras especialistas e / ou enfermeiras de cuidados gerais. A orientação do estágio clínico ficou a cargo de várias enfermeiras especialistas, para assim, permitir um número maior de experiências.

Os objetivos foram exequíveis de acordo com o plano de estudos do curso de mestrado, contemplando os números exigíveis para a aquisição das competências específicas durante o desenvolvimento do estágio, e tendo por base o regulamento específico do EEESMO.

Remetendo para os objetivos deste estágio, foi proposto:

- Adquirir competências para intervir nos domínios dos cuidados à mulher no seu ciclo reprodutivo, especificamente, em situação de gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério.
- Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família na saúde reprodutora,

gravidez, processo de maternidade e exercício de parentalidade em contexto hospitalar.

- Desenvolver competências nos domínios da prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional.
- Integrar os conhecimentos teóricos de investigação em enfermagem, ministrados no 2.º ano do curso de mestrado, com uma problemática pertinente e com interesse para a prática assistencial de cuidados à mulher grávida integrando as mais recentes evidências científicas e, refletindo sobre a intervenção do EEESMO.

Foi importante estabelecer prioridades, e inicialmente foi essencial compreender a estrutura orgânico-funcional, dinâmicas do serviço, e organização do trabalho. Tendo sido uma tarefa facilitada, pois já conhecia a realidade do CHPVVC e mais especificamente do serviço de obstetrícia. Todavia, as funções do EEESMO foram um ponto a explorar, pois só agora, com o ensino clínico e contacto com a realidade da prestação de cuidados especializados, é que a perspectiva da dinâmica da equipa especializada se tornou mais clara. Foi feita, ainda a minha integração nos projetos do resto da equipa, como sejam cursos de preparação para a parentalidade e preparação para o parto, ou ainda as consultas de vigilância da gravidez com patologia e gravidez em adolescentes, também nos registos e sistemas de informação atuais vigentes nos serviços, contribuindo para a produção de indicadores atuais e recentes.

Constantemente era realizada uma análise crítica, do processo de aprendizagem com as diferentes tutoras, fazendo uma introspeção dos cuidados especializados prestados, fundamentados em conhecimentos teóricos e nas mais recentes evidências científicas. Assim sendo, era efetuada uma operacionalização das práticas e simultaneamente uma recontextualização de saberes e conhecimentos, integrando-os nas intervenções específicas do processo de cuidar a mulher, no decurso do seu processo de transição. No CHPVVC, há uma filosofia para a humanização dos cuidados a prestar, tendo em conta a singularidade da pessoa e a especificidade do período de transição vivenciado, apostando em cuidados especializados de qualidade e excelência à mulher em processo de maternidade, o que facilitou a exploração e aquisição das competências no âmbito da mulher em situação de gravidez, trabalho de parto e puerpério, permitindo a aplicação do meu projeto de intervenção para este estágio clínico.

Como estratégias de implementação do projeto de estágio, recorri às evidências científicas atuais que traduzem o estado da arte da enfermagem

especializada, e ainda documentos científicos de outras ciências como a medicina e a psicologia. Foram ainda consultados os protocolos existentes no serviço, que estão de acordo, com os protocolos de medicina materno-fetal do HSJ publicados por Ayres de Campos [et al.] (2008).

Para atingir os objetivos propostos necessários à obtenção do título de enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia, é importante cumprir os requisitos sustentadas na Lei n.º 9/2009 de 4 de Março que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro, isto é, a realização de 40 partos, 100 exames pré-natais e cuidar e vigiar 100 puerpéras e 100 recém-nascidos. Tarefa que arduamente foi alcançada com o apoio e orientação das tutoras.

Ao longo do estágio e suportadas pela multiplicidade de situações e experiências, surgiram algumas dúvidas sobre a importância que os EEESMO cedem à temática das ITU na gravidez, e quais as intervenções destes enfermeiros que podem ajudar a prevenir as ITU. Assim sendo, resolvi explorar este tema com o intuito de sensibilizar o EEESMO para a sua intervenção na prevenção das ITU na gravidez. Após análise das evidências mais recentes, sobre a temática a explorar, foi possível delinear um plano de intervenção de cuidados de enfermagem atualizados, de forma a modificar as práticas, operacionalizando a recontextualização dos conhecimentos dessas mesmas práticas de cuidados especializados. Para dar resposta às questões sobre a problemática, foi então realizada uma prática baseada em evidências, na forma de uma revisão integrativa da literatura.

O período de realização do estágio estipulado pela ESEP foi cumprido, assim como a carga horária contemplada no plano de estudos que foi planeada mês a mês, de acordo com o horário das tutoras. As aulas de orientação tutorial, pela docente de estágio da ESEP, serviram, além do acompanhamento e suporte do processo de aprendizagem, para construção do projeto individual, e operacionalização das estratégias usadas para a obtenção dos resultados no campo de estágio.

Seguidamente, serão explanadas as atividades planeadas e desenvolvidas durante o estágio, constituintes do próprio projeto individual, que visaram a aquisição das competências específicas do EEESMO.

2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DO ESTÁGIO: GRAVIDEZ, TRABALHO DE PARTO E PÓS-PARTO

A realização de um relatório passa por captar uma realidade e transpô-la para um texto, de uma forma autêntica e inconfundível. Não é certamente uma tarefa simples, descrever e explanar experiências e sentimentos da ação desenvolvida ao longo de trinta e duas semanas de experiência clínica. Contudo, parece interessante, para quem não esteve presente, perceber os cuidados especializados que foram desenvolvidos nos três locais de estágio no CHPVVC, perfazendo 50 ECTS.

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO), que procura promover a excelência do exercício profissional, decorreu a Unidade Curricular: estágio de gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e autocuidado pós-parto e parentalidade no serviço de obstetrícia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde, nas unidades de puerpério, grávidas de risco e bloco de partos. Conforme o plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, este estágio correspondeu à última etapa do curso de mestrado de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, e perdurou por 32 semanas de experiência clínica, desde 5 de Dezembro de 2011 a 26 de Julho de 2012.

Este estágio emerge como espaço / tempo para o aperfeiçoamento de saberes, capacidades e competências inerentes à intervenção de enfermagem especializada à grávida, à parturiente e à puérpera / recém-nascido / pai e família.

Há uma tentativa em descrever as atividades concretizadas, os métodos de trabalho, as estratégias utilizadas, as experiências vivenciadas e os cuidados especializados realizados ao longo deste estágio, todavia pretendi evidenciar que este caminho foi suportado por um corpo de conhecimentos teóricos baseados nas mais recentes evidências científicas, o que permitiu fundamentar as práticas e a tomada de decisão. E deste modo, consolidar as capacidades e competências específicas adquiridas para a prestação dos cuidados especializados.

Este percurso foi baseado, na análise do conhecimento existente que sustenta as práticas de enfermagem, tendo em conta as dimensões éticas, sociocultural, política e económica da prática de cuidados de enfermagem em Portugal, recorrendo sempre que necessário a outras disciplinas nos diversos contextos da prática.

Queirós (2007) afirma que para o enfermeiro cuidar da Pessoa, precisa de desenvolver as competências existênciais, isto é, as que fazem de cada enfermeiro um profissional capaz de se envolver com os seu utentes, permitindo-lhes e permitindo-se manter a distância certa para ser útil e eficaz nos vários domínios que cada situação concreta requer, especialmente nos momentos de crise e transição. É essencial adquirir sempre mais competências, e é preciso ter consciência de que esta aprendizagem se faz muitas vezes através do diálogo, quer com o utente, quer com os colegas, quer com os conhecimentos mais recentes. Neste sentido, é importante ter sempre um espírito crítico-reflexivo que acompanhe a tomada de decisão na prática dos cuidados especializados, para adquirir as competências específicas para bem cuidar o outro.

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (Ordem dos Enfermeiros, 2010) (pág.1), definindo-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstetrícia. Assim, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando-se a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual se vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, culturais e organizacionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro assume a responsabilidade pelo exercício em várias áreas de atividade de intervenção. Assim, importou neste estágio, a *gravidez* - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde / doença durante o período pré-natal; o *parto* - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde / doença durante o trabalho de parto e parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido; e o *puerpério* - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde / doença durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Neste sentido, considerando os objetivos propostos para o estágio de natureza profissionalizante, as competências desenvolvidas foram suportados no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, tendo em conta, os domínios, as unidades de competência, e os critérios de avaliação descritos (Anexo I).

2.1. Aquisição E Desenvolvimento Das Competências Específicas Do EEESMO

O estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto teve como principal objetivo a aquisição e desenvolvimento de competências no domínio da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, recontextualizando e mobilizando um corpo de conhecimentos tendo por base, a prática baseada em evidências e o pensamento crítico-reflexivo na tomada de decisão.

Desta forma, serão descritas neste relatório as experiências e atividades desenvolvidas neste percurso, de modo a materializar e comprovar as competências do EEESMO adquiridas durante o estágio. Os componentes deste estágio não se realizaram pela ordem natural dos acontecimentos (gravidez, parto e pós-parto), por questões de articulação entre a instituição local de estágio e o número de estudantes. Assim, iniciei o estágio pelo período pós-parto, seguidamente gravidez com complicações e por fim trabalho de parto e parto. Contudo, a exposição das atividades de estágio neste relatório será realizada de forma sequencial, desde a entrada da mulher grávida no internamento de grávidas de risco, passando pela sala de partos, e por último no internamento de puerpério do serviço de obstetrícia.

2.1.1 Gravidez Com Complicações

O período de estágio de Gravidez com Complicações teve por finalidade oferecer a oportunidade de um espaço/tempo para a mobilização, integração e

aplicação prática de saberes que permitiram o desenvolvimento de competências técnico-científicas, sócio relacionais, crítico-reflexivas e ético-deontológicas.

Este momento de estágio foi dirigido ao cuidado de enfermagem especializado, autónomo e interdependente à mulher grávida / família em situações de risco no âmbito dos cuidados de saúde diferenciados. Neste sentido, serviu para mobilizar e cimentar os conhecimentos adquiridos no ensino teórico, e numa fase mais avançada, serviu para refletir sobre a pertinência dos cuidados prestados.

Toda a intervenção levada a cabo pela EEESMO visa o bem-estar materno-fetal, e o principal objetivo é a prevenção precoce de complicações associadas à gravidez. O EEESMO atua mediante intervenções autónomas de vigilância e monitorização e, intervenções interdependentes de administração de fármacos e colheitas analíticas.

No CHPVVC, a EEESMO recebe a grávida com complicações no serviço de internamento e, procede imediatamente, à avaliação inicial. Seguidamente, faz a monitorização de sinais vitais e monitorização cardiotocográfica para avaliar o bem-estar fetal, procedimento que é efetuado em todos os turnos, se assim for pertinente. Mantém a vigilância da grávida, administra medicação, colhe espécimes para estudo analítico, prepara-a para exames auxiliares de diagnóstico e efetua educação e promoção da saúde da grávida e prevenção de complicações.

As intervenções técnicas fazem parte do ser enfermeira, assim como cumprir intervenções interdependentes. A essência neste estágio é a antecipação dos problemas, de forma a preveni-los precocemente ou evitar complicações de situações de risco.

Tudo em obstetrícia passa pela antecipação... A qualquer momento os acontecimentos podem alterar-se. Assim, o papel da EEESMO passa, pela prevenção dos problemas e minimização das complicações. Toda a atuação da EEESMO baseia-se na mobilização dos saberes técnico-científicos, do conhecimento da gravidez fisiológica e de todas as variações à normalidade. O EEESMO deve estar presente, ajudar a grávida a adaptar-se ao seu estado gravídico, e educar para hábitos de procura de saúde.

O ensino clínico passou por aconselhar a grávida a adotar comportamentos de procura de saúde, e comportamentos de prevenção de complicações; além das atividades interdependentes inerentes.

Foi útil abordar temas de forma a proporcionar à grávida informação oportuna e adequada ao seu estado gravídico, no que concerne ao desenvolvimento fetal, alterações/adaptações físicas e psicológicas, alimentação adequada, desconfortos da gravidez, fisiologia do trabalho de parto e, sinais de alarme na gravidez para recorrer ao SU. Foram ainda incluídas abordagens à problemática da amamentação e orientação da grávida no que diz respeito ao período pós-natal, planeamento familiar e assistência global de saúde.

Todo o tempo de gravidez deve ser de preparação e adaptação progressiva a um novo papel, o de mãe. É uma fase de dúvidas, incertezas e medo do desconhecido. A simples atitude de monitorizar a frequência cardíaca fetal, para avaliar o bem-estar fetal foi reconfortante e apaziguador de ansiedades e receios por parte da grávida, naquele momento ela sabia que tudo estava bem com o seu bebé.

Foram momentos excelentes do estabelecimento de uma relação entre a enfermeira especialista e grávida/família. Foram ainda aproveitados esses momentos de comunicação privilegiados com a grávida para ensiná-la a estar atenta ao seu corpo e a todos os sinais que ela deveria reconhecer.

Neste estágio de gravidez com complicações tive a oportunidade de cuidar de grávidas com Pielonefrite, Hipertensão Gestacional e Ameaça de Parto Pré-termo, e foi deste estágio que surgiu a problemática para o meu estudo, a prevenção das infeções urinárias de modo a minimizar possíveis complicações para a grávida e para o feto. Sabe-se que as infeções urinárias são responsáveis por 5 a 10% dos Partos Pré-Termo (Graça, 2000), e todas as consequências que daí advêm. Por isso, este tema será explorado em capítulo próprio.

Nas grávidas com hipertensão gestacional, existe o risco aumentado de desenvolver uma pré-eclâmpsia. A hipertensão gestacional e a pré-eclâmpsia são doenças que afetam vários órgãos em graus intensidade diferentes (Ávila-Esparza, et al., 2012).

É importante distinguir estes diferentes conceitos. De acordo com Graça (2000), *Hipertensão pré-existente à gravidez*, identifica todos os quadros de HTA presentes antes da 20.^a semana de gravidez, independentemente da causa, desde que não esteja presente uma mola hidatiforme, designando também, as situações em que a HTA persiste após a 6.^a semana do puerpério. Ainda segundo Graça (2000), a *Hipertensão Transitória da Gravidez*, corresponde ao quadro de HTA, não acompanhada por proteinúria, que ocorre nas semanas finais da gravidez e

desaparece até ao 10.º dia pós-parto. Graça (2000), define *Pré-eclampsia* como o termo que designa o aparecimento de HTA associado a proteinúria e/ou edema persistente após a 20.ª semana da gravidez em mulheres previamente normotensas.

Segundo Graça (2000) a HTA induzida pela gravidez é, atualmente, considerada apenas como um sintoma duma *doença multissistémica* característica do estado gestacional na espécie humana, designada genericamente, por pré-eclâmpsia, a qual se pode manifestar de modos muito diversos, inclusivamente sem elevação significativa da pressão arterial. De acordo com Ávila-Esparza [et al.] (2012), tem sido sugerido que a hipertensão gestacional é considerado o sintoma inicial da pré-eclâmpsia, pois surge antes da lesão renal e proteinúria secundária.

A HTA associada à gravidez é uma complicação relativamente frequente, pois ocorre em 3 a 5% das gestações na Europa, constituindo um dos principais fatores causais de morbilidade e mortalidade materna e perinatais (Graça, 2000). A síndrome hipertensiva induzida ou agravada pela gravidez pode apresentar-se inicialmente, com sintomas e sinais habitualmente presentes em outras situações, como por exemplo, epigastralgias, púrpura ou alterações visuais. Assim, o não reconhecimento da situação de base pode resultar num adiamento das medidas terapêuticas necessárias ao controlo precoce do quadro, agravando o prognóstico materno e fetal (Graça, 2000).

O conhecimento destes sintomas deve ser transmitido à grávida. Ela deve reconhecer os sintomas, assim se surgirem cefaleias, alterações visuais, epigastralgias, edemas palpebrais e das extremidades, ou o aumento súbito de peso, deve comunicar à EEESMO ou dirigir-se ao SU, a fim de se agir adequadamente, para evitar complicações. É na transmissão desses conhecimentos à grávida que assenta o papel da EEESMO, prevenindo ou minimizando complicações materno-fetais. Segundo o estudo de Laura Solís-Flores [et al] (2009), com a intervenção da enfermeira especialista, de vigilância e aconselhamento personalizado na gravidez, obtêm-se melhores condições de saúde materna no fim da gravidez, sobretudo na prevenção das complicações resultantes da hipertensão arterial. O que resulta também de uma maior probabilidade em obter um recém-nascido saudável.

A estratégia de consulta específica de HTA na gravidez diminui o risco de complicações associadas à hipertensão arterial no momento do parto (Laura Solís-

Flores, 2009). As estratégias passam por aconselhamento específico da mulher grávida, resolução de dúvidas, sugestões de melhorias na alimentação, implementação de exercício e realização de atividades recreativas durante a gravidez (Laura Solís-Flores, 2009).

No decurso do estágio também cuidei de grávidas com ITU (pielonefrites), patologia também frequente no internamento de grávidas com complicações, do CHPVVC. Daí, julgo pertinente, explicar a temática e atuação do EEESMO.

As ITU são frequentes na gravidez. Isto porque, durante a gestação, a árvore excretora urinária se encontra dilatada por ação da progesterona sendo a estase urinária agravada pela compressão dos ureteres pelo útero grávido, o que contribui para facilitar a instalação das infeções urinárias (Graça, 2000). Ainda de acordo com o mesmo autor, a incidência da bacteriúria assintomática durante a gravidez varia consoante os estudos, entre 4 e 10%. Cerca de um quarto dos casos, se não detetados e tratados virão a evoluir para pielonefrite. Normalmente a contaminação dá-se por via ascendente a partir do períneo, facilitada pelo encurtamento da uretra, característico da gravidez (Graça, 2000).

São estas, as alterações morfológicas, facilitadoras das ITU's, que as grávidas devem conhecer para evitar as possíveis complicações.

O tratamento das ITU passa pela realização de intervenções interdependentes, entre elas, a administração de terapêutica. O marco que distingue a atuação do EEESMO é a educação para a saúde, com a finalidade de prevenir as ITU. A diferença dos cuidados de enfermagem especializados passa pelas intervenções autónomas de colheita de dados e identificação do problema e na procura de soluções para o mesmo dentro da equipa multidisciplinar.

Depois de diagnosticada uma ITU na grávida e decidido o seu internamento, o enfermeiro especialista colabora no seu tratamento. Contudo, a atuação do EEESMO, não se pode limitar a cumprir prescrições, o enfermeiro especialista deve marcar a diferença e partir para a prevenção de uma ITU futuramente. A prevenção das infeções urinárias passa pela educação para a saúde. A educação é uma ferramenta considerada relevante para o autocuidado e promoção da saúde (Laura Solís-Flores, 2009).

Na educação para a saúde, preocupei-me em alertar a grávida para os riscos tanto para ela, como para o feto, sendo essencial a prevenção e o tratamento precoce. Para isso, aconselhei as mulheres a informarem o EEESMO se ocorrer hematúria ou dor ao urinar. Neste sentido de prevenção, foi importante

sensibilizar a mulher relativamente à técnica de lavagem das mãos antes e após as micções e fazê-la reconhecer a importância de limpar a região perineal da frente para trás (da uretra para o ânus). Também foi explicado que é preferível a utilização de papel higiénico macio, absorvente, idealmente branco e não perfumado, dado que o papel áspero, perfumado ou com desenhos pode provocar irritações na uretra, assim, a espuma ou outros óleos de banho devem ser evitados porque podem causar irritações da uretra. Também é ainda importante, as grávidas usarem cuecas e collants com reforço de algodão e evitem o uso de cintas, *jeans* e cuecas muito apertadas, por longos períodos, ou seja, tudo o que possa produzir calor e humidade na área genital pode contribuir para o crescimento de microorganismos (Lowdermilk, et al., 2008). É importante ainda, incentivar o reforço da ingestão hídrica (cerca de 8 copos de água / dia), para manter uma adequada ingestão e assegurar um bom débito urinário. É essencial que a grávida compreenda que face à presença de urina com um aspeto mais escuro (concentrada) é importante ingerir maior quantidade de líquidos. Também o consumo de iogurte e leite acidificado pode, contribuir para a prevenção das infeções vaginais e do trato urinário. É essencial a grávida entender que não pode reter a urina, e não deve atrasar as micções, deve urinar sempre à noite, antes de se deitar. Existe a possibilidade de as bactérias serem introduzidas durante as relações sexuais, razão pela qual as mulheres devem ser aconselhadas a urinar, antes e após o ato sexual e a beber um grande copo de água para aumentar o débito urinário (Lowdermilk, et al., 2008).

Foi um estágio rico em experiências, pois surgiram alguns casos de grávidas com Ameaça de Parto Pré-termo.

Estas grávidas ficaram internadas porque antes da 37ª semana de gestação, apresentavam contrações uterinas frequentes, regulares, dolorosas, com o segmento inferior uterino distendido, e com alguma extinção e dilatação do colo uterino (Graça, 2000), sendo estes, sinais de Ameaça de Parto Pré-Termo. O nascimento antes do termo é uma das mais significativas causas de morbilidade e mortalidade perinatais (Graça, 2000), portanto, a prevenção o diagnóstico e o tratamento destas situações exigem premência de toda a equipa multidisciplinar.

O tratamento destas situações no CHPVVC, passou pela medicação tocolítica profilática, para diminuir as contrações - administração de acetato de atosibano IV, segundo protocolo do serviço (1.º bólus, seguidamente a perfusão até um máximo de 48 horas), complementado se necessário pela administração de nifedipina oral de 8/8horas e pelo aceleração da maturação pulmonar através

da administração de dexametasona 6 mg de 12/12, durante 48 horas. Para além destas medidas terapêuticas prescritas, a grávida deveria manter repouso absoluto no leito.

Enquanto estudante do MESMO, além de cumprir as intervenções interdependentes, mantive o bem-estar materno e vigiei o bem-estar fetal. Em todos os turnos foi efetuada a monitorização cardiotocográfica para avaliar o bem estar fetal, e vigiar a contractilidade uterina, avaliando assim o efeito pretendido da medicação tocolítica. Mas a intervenção da enfermeira especialista não se resume a estas intervenções interdependentes. Informar a grávida, escutá-la, apoiá-la e tranquilizá-la fazem parte das competências do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia. Além das competências técnicas, são necessárias as competências humanas, culturais e sociais. Assim, toda a área da vigilância da gravidez, tem como objetivos, promover uma gravidez saudável e prevenir complicações associadas à gravidez.

Segundo Lindsay (2006), as consultas e conversas informais das enfermeiras especialistas com as grávidas, são vistas como uma arena para uma troca mútua de informações e compreensão das experiências da grávida com complicações, bem como conhecimento da própria gravidez. São momentos por excelência para a avaliação, interpretação e intervenção sobre os primeiros sinais de complicações, bem como a promoção da gravidez, permitindo que a mulher tenha uma experiência normal e saudável da gravidez (Risa, et al., 2011).

De acordo com Lowdermilk & Perry (2008), uma das principais responsabilidades dos profissionais de saúde é alertar a grávida para sinais e sintomas que indiquem uma potencial complicação da gravidez; a mulher necessita de saber como e a quem deve comunicar esses sinais de alerta. Por essa razão a grávida e a família podem sentir-se mais seguros, se conhecerem os sinais e sintomas que justifiquem um exame no SU e tiverem acesso aos números de telefone de emergência, aquando da alta.

A grávida tem muitas vezes, dificuldade em decidir quando comunicar os sinais e sintomas (Lowdermilk, et al., 2008). Portanto, existiu a preocupação em encorajá-las a consultar a lista de sinais e sintomas de possíveis complicações existente, por exemplo, no Boletim de Saúde da Grávida, e a estar atenta ao seu corpo. É fundamental informar todas as grávidas a reconhecerem os sinais de trabalho de parto pré-termo com vista a um diagnóstico e tratamento precoce (Lowdermilk, et al., 2008). De acordo com o mesmo autor, embora a etiologia

exacta do trabalho de parto pré-termo seja desconhecida, é consensual a existência de múltiplas causas, assim sendo, independentemente de apresentarem ou não fatores de risco, todas as grávidas têm a responsabilidade de conhecer a sintomatologia da APPT.

No CHPVVC, como em muitos outros centros obstétricos, além do tratamento medicamentoso, um dos procedimentos de atuação na APPT passa pelo repouso e relaxamento. Independentemente de a grávida apresentar APPT ou não, ela é aconselhada a planejar períodos de repouso, sobretudo à medida que a gravidez avança (Lowdermilk, et al., 2008). A grávida é aconselhada a adotar a posição de decúbito lateral, dado que promove a perfusão uterina e a oxigenação fetoplacentária, diminuindo a pressão sobre a veia cava ascendente e a aorta abdominal, situação que pode levar à hipotensão de decúbito (Lowdermilk, et al., 2008). Foi importante demonstrar à grávida o modo como se deve levantar da posição de decúbito lateral (devagar e gradualmente), de modo a minimizar a tensão exercida no dorso e a hipotensão ortostática condicionada pelas mudanças de posição, tão comuns no último período da gravidez (Lowdermilk, et al., 2008). Ainda segundo este autor, o relaxamento consciente é o processo de libertação da tensão do corpo e da mente, através de um esforço e práticas deliberadas e voluntárias, que vão permitir: aliviar desconfortos normais relacionados com a gravidez; diminuir o esforço e, conseqüentemente, minimizar a percepção dolorosa durante o trabalho de parto, potenciar a auto-consciencialização e confiança nas suas próprias capacidades para controlar as reacções e funções; ajudando a lidar com o stress

Sabe-se que, o repouso no leito no hospital ou em casa é amplamente recomendado para a prevenção do parto prematuro, e é o primeiro passo de tratamento em muitos livros de texto de obstetrícia (Crowther, 1991; Cunningham, 1993; Schwarcz, 1995; Cit. por Claudio Sosa, 2010). Este conselho é baseado na observação de que o trabalho árduo e a atividade física intensa durante a gravidez pode estar associado com o nascimento pré-termo (Saurel, 1985; Teitelman, 1990), e com a ideia de que o repouso poderia reduzir a atividade uterina (Goldenberg, 1994) cit. por (Sosa, et al., 2010).

O repouso na cama é uma intervenção muito comum em obstetrícia. Cerca de 95% dos obstetras, recomendam o repouso na sua prática, para uma variedade de indicações (Bigelow, et al., 2011), tais como ameaça de parto pré-termo, perdas hemáticas na gravidez, restrição de crescimento intra-uterino, oligoâmnios, pré-eclâmpsia, etc. Por outro lado, o repouso na cama pode ter alguns efeitos

adversos sobre a mulher grávida. Pode aumentar a probabilidade de trombose venosa (Kovacevich, 2000), atrofia muscular, e os sintomas músculo-esqueléticos (Maloni, 2002), alterações cardiovasculares (Maloni, 1993; Gupton, 1997) e perda de peso materno (Maloni, 1993). Pode ser stressante para a mulher (Maloni, 1993; Gupton, 1997) e suas famílias (Maloni, 1993; May, 1994), induzindo sentimentos contraditórios sobre a gravidez, ou sentimentos de culpa em caso de incumprimento da prescrição (Schroeder, 1996), que pode aumentar os custos das famílias, diretamente por causa das despesas para o cuidados dos outros filhos, ou indiretamente, através de absentismo laboral (Mamelle, 1984; Maloni, 2001). E por fim, aumentando os custos da saúde (Goldenberg, 1994; Aleen, 1999) (Citados por Sosa [et al] (2010).

Contudo, uma revisão sistemática recente, afirma que, “Não há nenhuma evidência, seja apoiando ou refutando o uso do repouso em casa ou no hospital, para evitar o nascimento prematuro. Embora, o repouso no hospital ou em casa, seja amplamente usado como o 1.º passo no tratamento, não há nenhuma evidência de que esta prática possa ser benéfica. Devido aos potenciais efeitos adversos que o repouso poderia ter sobre as mulheres e suas famílias, e os aumentos de custos para o sistema de saúde, os médicos não devem rotineiramente aconselhar as mulheres a repousar na cama para evitar o parto prematuro. Os potenciais benefícios e prejuízos devem ser discutidos com as mulheres que enfrentam um maior risco de parto prematuro. Adequada investigação é obrigatória” (Sosa, et al., 2010).

Um dos problemas deste repouso terapêutico, são as consequências da imobilidade imposta, já acima descritas. Assim, as mulheres grávidas foram instruídas e treinaram exercícios ativos das diferentes partes do corpo, sem grande esforço físico, com vista a minimizar os efeitos da imobilidade e com o intuito de prestar a melhor assistência possível. Os efeitos físicos e psicológicos adversos do repouso na cama, juntamente com o seu impacto sobre o bem-estar neonatal e dos familiares, ultrapassam qualquer benefício, que a restrição da atividade materna pode proporcionar (Bigelow, et al., 2011).

No decurso do estágio fui-me apercebendo também, que estes internamentos prolongados, com repouso no leito, provocam sentimentos de impotência, tristeza, e ansiedade por estarem longe das famílias e de outros filhos. Assim, procurei incentivá-las a ocuparem-se com o que mais apreciavam e de acordo com as necessidades identificadas. Foi-lhes explicado e reforçado a necessidade do internamento para a sua saúde e a do feto.

Foram também, momentos privilegiados para explorar temas como a amamentação, cuidados ao bebé, o enxoval, o banho, cuidados ao coto umbilical, o choro do bebé, etc. Depreendi que a presença da enfermeira de um modo mais constante, produziu sentimentos de confiança e aumento de auto-estima por parte da grávida. Pois esta, não se sentia tão isolada, tinha apoio da equipa de enfermagem, nesta fase de insegurança, de medos e receios, motivando-a para uma gravidez responsável. De acordo com Risa [et al.] (2011), a enfermeira especialista deve facilitar a participação da mulher no seu próprio cuidado, e ver a grávida como sujeito ativo no processo de promoção da gravidez. Portanto, as enfermeiras especialistas carecem de reflexão sobre o seu próprio comportamento, de forma a facilitar a capacidade das mães em se expressarem, assegurando o fornecimento dos recursos necessários (Hildingsson & Haggstrom, 1999) cit. por (Risa, et al., 2011). Ainda segundo os mesmos autores, este apoio é especialmente significativo para os que cuidam de mulheres em situações de risco, pois elas são descritas como mais preocupadas, ansiosas e vulneráveis em comparação com mulheres com gravidezes de baixo de risco.

Estas alterações nos padrões de vida de uma pessoa implicam saber adaptar-se e saber lidar com conjunturas de mudança. Enquanto estudante do MESMO pretendi autonomizar o indivíduo (mulher grávida) face aos conhecimentos que lhes foram transmitidos, de forma, a que esta seja capaz, de tomar decisões e desenvolver ações que promovam a sua saúde. Para tal foi preponderante estabelecer relações de apoio, onde foi dada a oportunidade para a mulher grávida poder optar, escolher e decidir; após lhe ter fornecido informação adequada e desejada, facilitando a sua expressão emocional através da minha disponibilidade demonstrada para escutar.

De acordo com Risa [et al.] (2011), a partir de uma perspetiva profissional, a comunicação é uma habilidade importante para a prestação de cuidados e ajuda a estabelecer bons relacionamentos entre as mulheres grávidas e as suas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia. Analisando todo o decurso desta etapa de estágio considero ter atingido este patamar de relacionamento na díade enfermeira especialista/mulher grávida, assumindo a responsabilidade pelo exercício da atividade de intervenção na área da gravidez, como aconselha o regulamento das competências Específicas do EEESMO, no ponto 2. Gravidez - Assistência à mulher a vivenciar processos de saúde / doença durante o período pré-natal (Diário da República, 2011).

2.1.2 Trabalho De Parto E Parto

Sendo a atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, e a saúde da parturiente / recém-nascido / família indissociáveis, a conceptualização desta etapa do estágio que contempla o Trabalho de Parto e Parto vai ao encontro das diretrizes propostas pelo Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, que preveem que as competências do EEESMO devem sublinhar o cuidado “... à 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 extra-uterina.”

De facto, na atualidade, a maioria da população nasce com a ajuda da intervenção de um EEESMO. Posto isto, como poderemos voltar costas a tal evidência e acima de tudo, responsabilidade? O domínio das competências, e o campo de ação do EEESMO, define um compromisso profissional perante uma sociedade cada vez mais exigente. E, esse compromisso inicia-se, desde logo, no período de formação, através da obtenção de uma experiência clínica adequada.

Por ser a etapa de estágio mais longa, e a que maior visibilidade transmite sobre o EEESMO, carece de uma explanação mais demorada e minuciosa. Foram diferentes elementos circunstanciais que envolveram múltiplas vigilâncias de trabalho de parto e partos realizados. Para assegurar uma caracterização abrangente, descreverei a ação praticada desde a admissão da grávida / parturiente e seu acompanhante no bloco de partos até à saída para o serviço de internamento de obstetrícia.

Confirmada a decisão sobre o internamento da grávida / parturiente, esta conjuntamente com o acompanhante eram conduzidos para o bloco de partos, apresentava-os, e encaminhava-os para a sala atribuída, sendo um espaço individualizado, com uma cama adaptável a todos os estadios do trabalho de parto. A mulher e o seu acompanhante/convivente significativo eram acolhidos pelo nome e procedia, também, à minha apresentação, referindo-me ao nome, à condição de estudante do Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e

Obstetrícia e ao período de tempo em que estaria envolvida na prestação de cuidados. Depois de instalados, era realizada uma história clínica detalhada da grávida/parturiente, através de entrevista e consulta do Boletim de Saúde da Grávida. Às mulheres, era-lhes pedido para vestirem uma bata específica do serviço, embora lhes fosse informado que podiam permanecer com alguns dos seus objetos pessoais, designadamente: a aliança, relógio, colar ou terço. Posteriormente, a mulher era instalada na sua cama, ficando monitorizada (contínua ou intermitentemente) ao cardiocógrafa e colocando, por norma, um soro com glicose 5% em SF 1000 ml. Importa referir que as parturientes mantinham jejum, embora lhes fosse permitido beber água ou chá em pequenas quantidades, mascar chicletes ou chupar rebuçados.

Procurei informar a parturiente e o convivente significativo de todos os procedimentos (pedindo autorização para a sua realização), sobre a evolução do trabalho de parto e a importância da colaboração da mulher, assim como da do convivente significativo, no desenrolar de todo o processo. Junto de algumas mulheres/acompanhantes, alguns dos fenómenos associados ao trabalho de parto foram explicados através da utilização de um livro (existente no serviço), com ilustrações alusivas ao processo do trabalho de parto. Foram clarificadas informações por vezes confusas ou erróneas e incentivado o questionamento acerca daquilo que os preocupasse ou desconhecassem, demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas e para estar junto da parturiente/acompanhante.

Foram criados momentos para discutir e refletir sobre assuntos relacionados com o nascimento da criança e a participação ativa da mulher/casal/convivente significativo neste momento, respeitando os seus desejos e expectativas e o seu direito à privacidade. Constituiu-se como preocupação, o proporcionar um ambiente calmo e acolhedor, tanto no aspeto físico como no humano, controlando a luminosidade e o ruído, colocando música ambiente e desligando os telemóveis.

A presença do acompanhante junto da grávida/parturiente durante a sua permanência no bloco de partos foi uma constante durante 24 horas, o que se revelou numa medida efetiva no suporte à mulher, porque esta figura significativa, só pela sua presença, tinha desde logo a poder de lhe conseguir oferecer um apoio emocional muito especial, único e insubstituível. O convivente significativo mais frequentemente escolhido pela mulher foi o seu companheiro/pai do recém-nascido (RN), seguida da figura da mãe. Se fosse seu desejo (manifestado e conversado previamente) e, sempre que as circunstâncias o

permitissem, esta figura era chamada a intervir, para cortar o cordão umbilical, ver e tocar no RN logo a seguir ao seu nascimento, facilitando a vinculação precoce desta tríade.

Embora sem dados estatísticos, é possível assumir que uma percentagem expressiva das mulheres que pariram foi devido a um processo de maturação cervical, indução de trabalho de parto ou aceleração do trabalho de parto (Figura 1). Numa percentagem menos significativa de mulheres, o trabalho de parto se iniciou espontaneamente. Considerando a ação do medicamento, simultaneamente, na parturiente, na evolução do parto e feto foram desenvolvidas capacidades ao nível da administração e gestão da terapêutica.

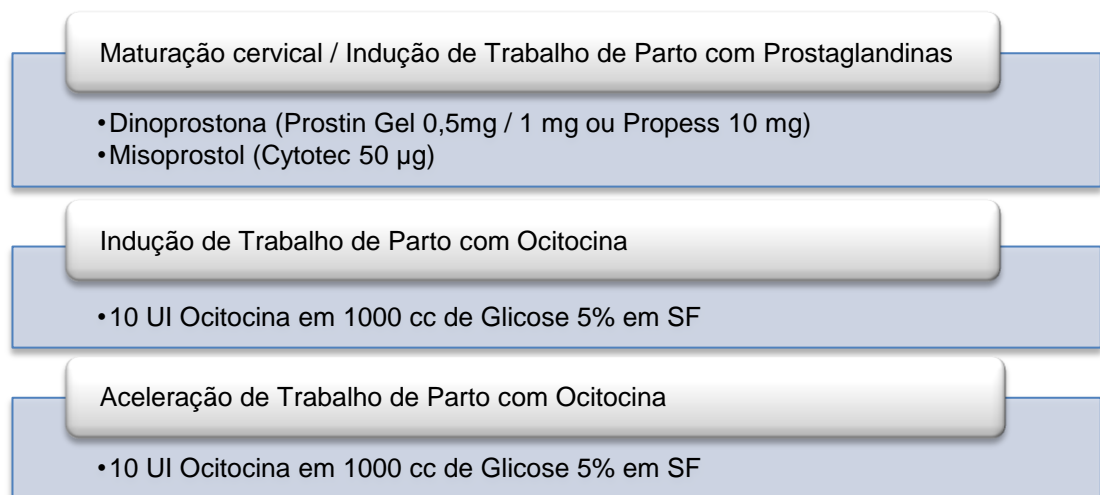


Figura 1 - Terapêutica utilizada na indução e evolução do trabalho de parto

Ao longo do estágio foram múltiplas as vigilâncias de trabalho de parto realizadas, todavia foram executados 44 partos eutócicos no total. Na avaliação e condução do trabalho de parto, a execução do toque vaginal revelou ser um exame/ferramenta eficaz para fornecer informações preciosas sobre o desenvolvimento de todo processo. Neste sentido, os objetivos do toque vaginal orientaram-se para a determinação da evolução do trabalho de parto, através da aferição do Índice de Bishop; estática fetal; estrutura da bacia (Figura 2) e integridade das membranas.

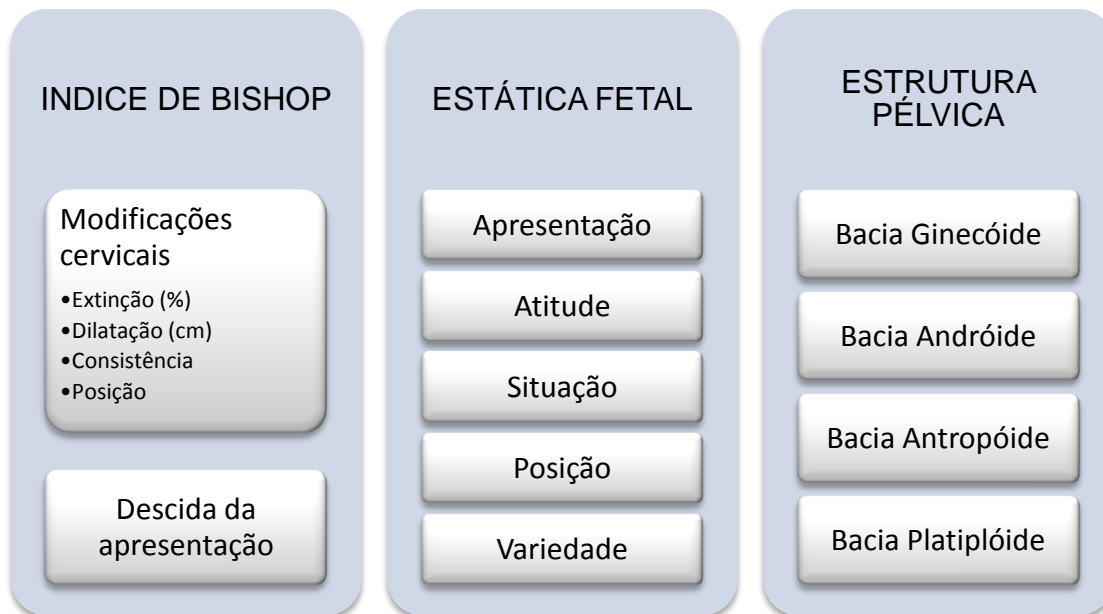


Figura 2 - Parâmetros em avaliação durante a evolução do trabalho de parto

A capacidade para avaliar corretamente os parâmetros apresentados na figura 2 resultou de um processo de aprendizagem paulatino e consistente. Da multiplicidade de trabalhos de parto vigiados, destaca-se, indubitavelmente, a especificidade de cada um deles e daí a diversidade de experiências ao nível da avaliação do colo uterino, estática fetal, tipo de bacia e integridade da bolsa amniótica e que, neste momento, se traduz na capacidade de proceder a uma avaliação completa e crítica sobre a evolução do trabalho de parto.

Em relação à monitorização cardiotocográfica (CTG) foi possível observar e interpretar diferentes traçados, com os objetivos de avaliar concomitantemente o bem-estar fetal e a atividade uterina intraparto e reconhecer um padrão anormal de CTG e possíveis causas, potencializando uma intervenção atempada e adequada. Na figura 3, constam as principais situações não tranquilizadoras identificadas no âmbito da cardiotocografia.

SITUAÇÕES ANÓMALAS DETETADAS AO NÍVEL DA CARDIOGRAFIA

- Desacelerações precoces presentes, mas sem significado patológico;
- Desacelerações precoces durante o 2.º período do trabalho de parto, relacionadas com o fenómeno da descida da apresentação e devido à existência de circulares cervicais ou cordões umbilicais curtos.
- Desacelerações precoces e reduzida variabilidade;
- Reduzida variabilidade;
- Desacelerações tardias, mas não abaixo dos limites fisiológicos;
- Desacelerações tardias abaixo dos limites fisiológicos e que motivaram a realização de cesareana;
- Acelerações, que atingiram valores acima dos limites fisiológicos;
- Segmentos de taquicardia fetal associados a hipertermia materna.

SITUAÇÕES ANÓMALAS DETETADAS AO NÍVEL DA TOCOGRAFIA

- Taquissístolia uterina.

Figura 3 - Anomalias detetadas ao nível da cardiotocografia

De acordo com cada situação, foi adotada a conduta apropriada no sentido de reverter a anomalia detetada, mantendo uma atitude de vigia permanente até à sua resolução.

De entre as intervenções realizadas destacam-se a:

- Mudança de decúbito (decúbito lateral esquerdo).
- Administração de Glicose 5%.
- Incentivo da toma de chá ou água açucarado/a.
- Suspensão imediata da medicação útero-estimulante (terapêutica mais prevalente: perfusão de ocitocina).
- Administração de antipirético (Paracetamol 1gr EV).

Importa ainda acrescentar que, foram respeitadas as normas de identificação do traçado cardiotocográfico, assim como, o registo de eventos como a administração de ocitocina, prostaglandinas, ou analgesia por via epidural, ou a ocorrência de rotura espontânea/ artificial da bolsa amniótica.

Foram executadas um número vasto de amniotomias (rotura artificial da bolsa de água) e em diferentes circunstâncias da evolução de trabalho de parto. Embora tenham surgido dificuldades em confirmar a rotura de membranas quando estas se encontravam muito aderentes e a apresentação muito apoiada.

No que concerne às técnicas de alívio do desconforto / dor, foram adotadas medidas farmacológicas, através da administração de analgesia epidural, em complementaridade com medidas não farmacológicas. Desta forma, as mulheres foram informadas a responder às contrações uterinas e a encontrar conforto através da adoção de variadas formas, incluindo técnicas de respiração e relaxamento, a deambulação, mudanças de posição, aplicação de contrapressão na região sagrada e utilização da bola de nascimento. Todas estas estratégias de conforto ativo mostraram-se essenciais, uma vez que para além de promoverem o conforto, fomentaram, simultaneamente, a progressão do trabalho de parto.

Aquando do 2º período de trabalho de parto foram vários os procedimentos executados, embora, nem todos os descritos tenham sido realizados de uma forma sistemática:

- Verificação / confirmação da posição e variedade da apresentação fetal.
- Incentivar a parturiente ao esvaziamento vesical, ou realizar o esvaziamento vesical se necessário.
- Perceção dos movimentos de rotação cefálica da apresentação.
- Posicionamento da parturiente para o período expulsivo - posição de litotomia.
- Execução de episiotomia (médio-lateral esquerda).
- Realização das manobras do parto: manobra de Ritgen, pesquisa de circulares¹, desencravamento dos ombros e exteriorização lenta do resto do corpo do RN, clampagem e corte do cordão umbilical.
- Realização de colheita de sangue do cordão umbilical para determinação do grupo ABO/Rh e recolha de células estaminais.

Aquando da realização do 3º estágio do trabalho de parto que compreende ao período entre o nascimento do RN e a saída da placenta, foram identificados os sinais prodrómicos de desprendimento placentar e os mecanismos de descolamento da placenta, tendo sido claramente o mais frequente: o mecanismo

¹ É de salientar que em alguns partos realizados, os RN apresentavam circular cervical larga que foi desfeita ou acompanhada ao longo da exteriorização do corpo do RN e circular apertada que exigiu a realização de laqueação prévia do cordão umbilical.

de Schultze. Inspecionei cada placenta, câmara amniótica e cordão umbilical, observando-se algumas anomalias (Figura 4).

INSPEÇÃO / OBSERVAÇÃO DA PLACENTA, MEMBRANAS E CORDÃO UMBILICAL		
	<i>Características inspecionadas</i>	<i>Anomalias observadas</i>
Placenta	Forma Tipo de inserção Integridade dos Cotilédones Presença de anomalias	Placenta de Battledore e sucenturiada Microcalcificações e microenfartes placentares
Membranas	Presença dos 2 folhetos completos: 1 amnión + 1 córion	Membranas fragmentadas
Cordão Umbilical	Existência de 3 vasos umbilicais Tamanho do cordão Tipo de inserção Presença de anomalias	Cordão curto/ extremamente longo Nós falsos Nó verdadeiro

Figura 4 - Aspetos inspecionados em cada placenta, membranas e cordão umbilical e registo de anomalias identificadas

Após a extração da placenta, foi aumentado o débito da perfusão de ocitocina diluída para promover a contração uterina, facilitando a hemostase dos vasos sanguíneos uterinos, impedindo assim, a atonia do útero, responsável pela maioria das hemorragias pós-parto. Procedeu-se também à revisão do canal vaginal e de seguida à reparação da vagina e períneo, sempre que necessário. Durante o 4º período do trabalho de parto foi vigiada atentamente a puérpera no sentido de avaliar a presença do globo de segurança de Pinard e detetar precocemente qualquer sinal de hemorragia pós-parto, o que não aconteceu em nenhuma das experiências vivenciadas. Foi realizada educação para a saúde à puérpera no sentido de massajar o seu útero, com o intuito de facilitar a contração uterina, e prevenir a hemorragia e foram ainda monitorizados os sinais vitais. Mais de 80% das hemorragias obstétricas acontecem no período pós-parto (McIntock, [et al.],

2011). Segundo estes autores, a maioria das mulheres não apresentam fatores de risco. Uma característica fundamental da hemorragia pós-parto abundante é que facilmente ela evolui para uma coagulação intravascular disseminada (CID), que só consegue ser tratada em hospital central com serviço de imunohemoterapia adequado, com outros derivados do sangue além dos glóbulos rubros, pois muitas vezes estas situações exigem tratamento com plasma, plaquetas, fatores de coagulação etc. (McIntock, [et al.], 2011).

É uma situação de emergência, que deve ser evitada através da vigilância constante da puérpera e promoção da contração uterina.

O 4º período de trabalho de parto foi efetuado na sala de partos, tal como é norma no serviço, após o qual a puérpera foi encaminhada para o internamento de puerpério do serviço de obstetrícia. Foi uma preocupação constante informar sobre os cuidados de higiene no pós-parto e sobre a realização dos exercícios de Kegel por considerá-los de extrema importância na prevenção de futuros problemas ginecológicos. Acompanhei as puérperas ao internamento em maca, sempre que me foi possível, transmitindo todas as informações importantes acerca da puérpera/família para promover a continuidade de cuidados de enfermagem.

Os registos realizados durante a condução do trabalho de parto e parto foram executados em folha de partograma própria do serviço e em suporte informático, através do Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem, baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Após o parto, o parâmetro - *parto atual* da avaliação inicial foi preenchida e atualizado o processo de enfermagem.

Nos partos realizados ou assistidos, sempre que o estado do RN o permitiu, este foi colocado pele com pele em cima do abdómen da mãe, com um lençol esterilizado por cima, previamente aquecido, e um gorro na cabeça para evitar o seu arrefecimento, sendo dada a oportunidade ao pai, mãe ou outro convivente significativo de cortar o cordão umbilical, se fosse essa a sua vontade. Enquanto o RN estável permanecia em cima do abdómen da mãe, era avaliada a resposta do RN à vida extra-uterina através da avaliação do Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos, esta avaliação era feita através dos parâmetros frequência cardíaca, frequência respiratória, tónus muscular, irritabilidade reflexa e cor (Lowdermilk, et al., 2008). De seguida, eram prestados os cuidados imediatos ao RN, dos quais se incluíam a:

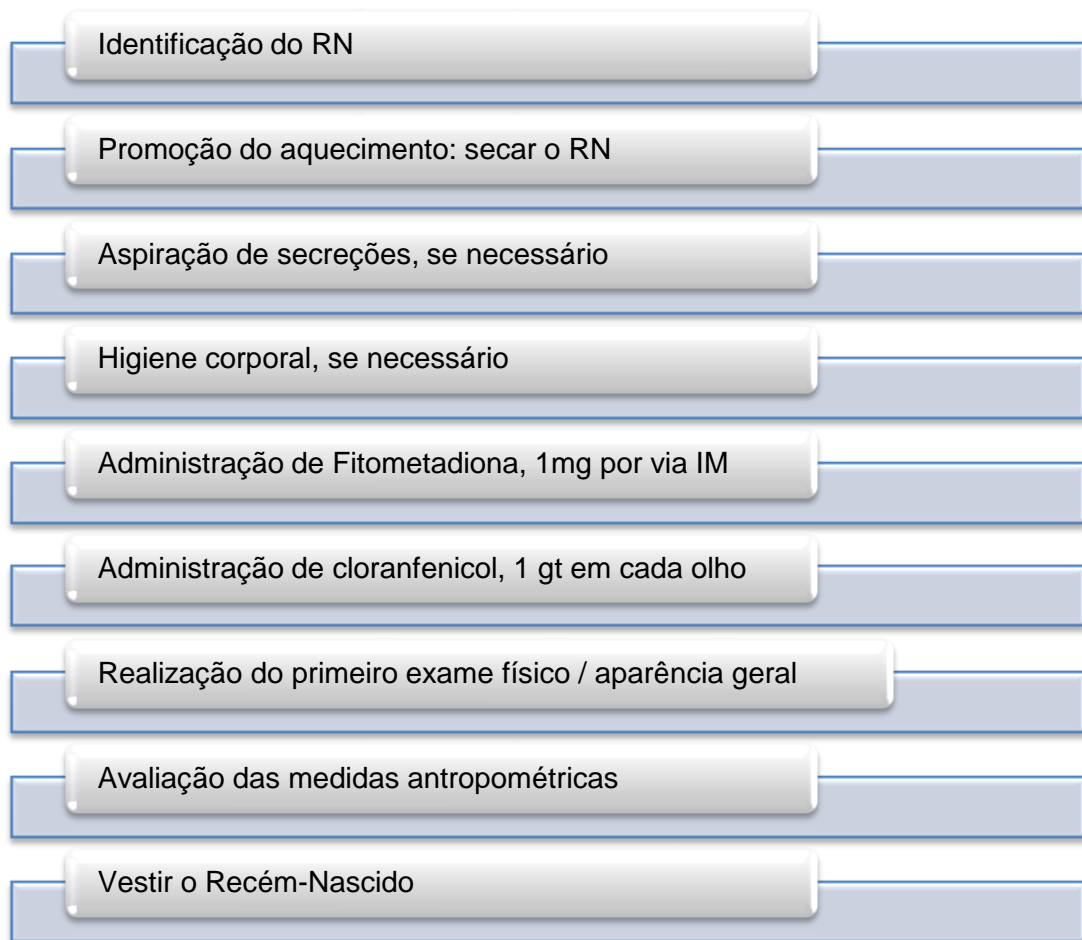


Figura 5 - Cuidados imediatos ao recém-nascido

Foi promovido, sempre que possível, a participação do pai / acompanhante, explicando-lhe os procedimentos que iam sendo efetuados e fazendo educações para a saúde que se mostrassem oportunas e de acordo com o estado do RN. Terminados os cuidados imediatos aos RN, este era colocado à mama, promovendo o aleitamento materno assim que o estado geral da mãe e do RN o permitissem, colaborando com a mãe no início da amamentação, promovendo igualmente a vinculação precoce, a parentalidade e os afetos e, prevenindo a ansiedade da separação.

Os registos relativos ao RN eram efetuados no SAPE, ao nível do preenchimento da avaliação inicial e do processo de enfermagem.

Acresce-me referir e realçar ainda a importância da passagem de turno que se apresenta como um momento de reunião da equipa de enfermagem, tendo como objetivos assegurar a continuidade de cuidados pela transmissão verbal da informação utilizando a linguagem da CIPE e promovendo momentos de reflexão

no seio da equipa, numa perspectiva de promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço.

O processo de reflexão é indispensável no percurso formativo, agora terminado. Permitindo assim, níveis de desenvolvimento nos contextos de trabalho, conduzindo a um incremento da autonomia, desempenho livre e responsável da atividade profissional do enfermeiro especialista. Tudo isto num processo dinâmico de certificação de competências, e tomada de decisão refletida e justificada, em que o princípio orientador é a articulação efetiva entre a teoria e a prática.

O pensamento sobre a ação desenvolvida e experiências vivenciadas remetem-me para uma análise crítica-reflexiva sobre a compreensão do processo formativo levado a cabo no bloco de partos do CHPVVC. Objetivamente, proponho-me colocar em evidência uma atitude reflexiva, cientificamente crítica, e facilitadora de uma assimilação consciente e eficiente das experiências mais pertinentes, que foram emergindo no decurso deste estágio em contexto de bloco de partos

A preocupação com uma prática sustentada no conhecimento científico, reporta-nos para a necessidade do enfermeiro especialista, possuir um corpo de conhecimentos próprios, que suporte a sua atuação e modifique as prática assentes na rotina e repetição.

As experiências foram diversas, no entanto, ouve circunstâncias, condutas, ou momentos que carecem de uma narrativa mais extensa.

Segundo a Associação Europeia de Parteiras cit. pela Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2009) - pág. 10, (...) “as parteiras em todos os países da Europa devem promover de uma forma ativa o seu papel autónomo tal como profissional experiente, preparado para cuidar da mulher e do seu bebé durante a gravidez, parto e puerpério”. Como profissionais detentores de competências, deveríamos seguir os conselhos da Organização Mundial de Saúde (OMS) [publicitadas pela (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009):

- Elaborar um plano de nascimento determinando onde, como e por quem será realizado o parto;

- Respeitar a escolha da mãe / casal sobre o local do parto, após ter recebido as necessárias informações;
- Oferecer à mulher / casal todas as informações e explicações que necessitar e desejar;
- Dar liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Facultar o contato precoce, pele a pele, entre a mãe e o bebé, e o início da amamentação na primeira hora do pós-parto;
- Evitar procedimentos desaconselhados como:
 - a. O uso rotineiro de enema, exame retal e tricotomia;
 - b. O uso rotineiro da posição deitada durante o trabalho de parto e parto;
 - c. O uso excessivo ou rotineiro de episiotomias;
 - d. Os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante o período expulsivo (Manobra de Valsava);
 - e. O uso abusivo de ocitocina.

Alguns destes procedimentos desaconselhados ainda ocorrem nos nossos hospitais. No CHPVVC, os procedimentos rotineiros mais frequente com que eu me deparei, foram relativamente à posição da parturiente (esta permanecia deitada durante o trabalho de parto), o uso excessivo das episiotomias e a manobra de Valsava. Todavia, constato que cada vez mais, há profissionais de saúde, nomeadamente EEESMO, que se preocupam em cumprir os conselhos da Organização Mundial de Saúde (OMS). Por exemplo, incluem a parturiente nas decisões, dando-lhes oportunidades para expressar as suas expectativas e preocupações, tirando dúvidas em relação ao parto, explicam-lhes todos os procedimentos, promovem a deambulação, incentivam o esvaziamento vesical natural, etc..

Atualmente, existe uma preocupação dos EEESMO em encontrar novas formas que possibilitem à mulher um maior controlo sobre o seu próprio parto, com direito à opção fundamentada e escolha informada. Considero que no decurso deste estágio no CHPVVC, enquanto estudante, preocupei-me com a promoção do parto normal, mais natural, mais humanizado e mais seguro, assente no respeito mútuo entre a equipa de profissionais e a parturiente / família.

“O parto é um evento marcante na vida um(a) mulher / casal, inserido numa determinada cultura e num determinado espaço de tempo, daí que o seu modelo de assistência tenha evoluído, ao longo dos tempos, com o objetivo de melhorar a saúde perinatal” (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009 - pág.13).

O nascimento é, historicamente um evento natural, considerado mobilizador e marcante na vida da mulher e da família. A experiência do parto difere amplamente de cultura para cultura e é influenciada por valores, crenças e contextos de práticas de cuidados. Atualmente discute-se um modelo de trabalho de parto menos intervencionista e mais humanizado, em que o parto fisiológico, como pressuposto, é o principal desafio para cuidar do nascimento (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009). Mas será que verificamos estas orientações na nossa prática assistencial?

Os cuidados especializados devem incluir o respeito pelo processo fisiológico e pela dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009).

De acordo com a mesma associação, algumas mulheres, com acesso a outra informação, querem que o nascimento dos filhos ocorra, num espaço, onde seja possível um parto com poucas ou sem intervenções, e num ambiente agradável, mas com a segurança de um hospital. Será possível esta atuação na nossa realidade?

Considero que existem duas filosofias de assistência à mulher em trabalho de parto, uma atitude intervencionista e uma atitude mais humanizada. O bom deste achado, é que cada vez mais, se formam enfermeiras especialistas em saúde materna com este espírito, em que o processo de nascimento deve ser controlado pela parturiente, dentro do exequível. Nós, EEESMO, detentoras de um corpo de conhecimentos próprios sustentados na evidência, e que orienta a nossa prática, devemos ter a capacidade para seguir estes pressupostos, numa articulação efetiva entre a teoria e a prática.

Ao debater criticamente a qualidade da prática obstétrica durante esta etapa do estágio, exige-se as mais pertinentes comparações com os referenciais de conduta na assistência ao parto normal. Assim, comparando a ação desenvolvida com as práticas assistenciais que envolvem o parto normal, definidas pela OMS (2003), verifica-se que se praticam, de forma rotineira, algumas intervenções que a evidência considera prejudiciais, ineficazes ou inadequadas. Este paradoxo, marca o debate sobre os lapsos existentes entre o conhecimento científico e a conduta prática na assistência à mulher/casal e família em trabalho de parto e parto e recém-nascido.

Contudo a realidade do CHPVVC, parece-me um pouco diferente da realidade das outras maternidades do distrito do Porto². Houve um contexto facilitador da adoção de práticas de qualidade, constituindo manifestações de atitude singelas capazes de estabelecer um diferencial em termos de cuidados de qualidade. Sempre sob a orientação das “*guidelines*” da OMS, na assistência ao parto normal, foi possível: oferecer à mulher/casal informações sobre o decurso do trabalho de parto; dar liberdade (relativa) de movimento e posição durante o trabalho de parto; incentivar a presença do acompanhante significativo escolhido pela mulher; promover a micção espontânea, excluindo perentoriamente as cateterizações vesicais permanentes; possibilitar o uso da bola de nascimento; promover o apoio físico e emocional constante durante os 4 estádios do trabalho de parto; oferecer líquidos; facultar sempre que possível o contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido e o início da amamentação na 1.^a hora do pós-parto. Encaro, portanto, esta experiência de assistência à mulher/casal e família em trabalho de parto e parto, como uma intervenção de enfermagem especializada, situada a um nível bastante auspicioso.

Apesar de longe do ideal, destaca-se pela intenção da adoção de comportamentos de mudança na prática assistencial, por parte da equipa de especialistas recém-formadas, e de algumas especialistas com experiência prática contundente, mas que estão recetivas à mudança e à vanguarda das condutas de assistência ao parto normal aconselhadas pela OMS. Neste ponto, tem importante relevância a atitude da chefia de enfermagem com uma atitude vanguardista e empreendedora, preocupada na melhor assistência à mulher/casal em trabalho de parto e parto, tendo como lema, um serviço de excelência a servir a população.

No entanto, existem ainda pequenas intervenções e atitudes rotineiras, que carecem de esclarecimento científico e alterações da conduta prática desatualizada na assistência ao parto normal, e que será analisada ponto a ponto seguidamente.

Historicamente, as mulheres têm sido atendidas e apoiadas por outras mulheres durante o parto. No entanto, em hospitais em todo o mundo, o suporte contínuo durante o trabalho de parto, tornou-se uma exceção à rotina (Hodnett, et al., 2011).

O apoio contínuo no trabalho de parto, é um termo usado para descrever a presença de uma pessoa capaz de oferecer informações, medidas de conforto, e

² Esta afirmação é resultante da partilha de experiências com as restantes colegas do MESMO, em estágio de trabalho de parto e parto, noutras maternidades do distrito do Porto.

outras formas de assistência para ajudar uma mulher a lidar com o *stress* do parto e nascimento [Hodnett, (2002) cit. por (Iliadou, 2012)], e é também um dos compromissos definidos pela OMS (2003) na assistência durante o trabalho de parto.

Durante o estágio foi preocupação constante manter este suporte, permitindo a presença contínua, durante todo o trabalho de parto e parto por parte do convivente significativo. O apoio emocional na forma de elogio, incentivo, confiança, escuta e presença física contínua têm sido reconhecidos como um dos componentes dos cuidados intrapartos (Iliadou, 2012).

Já o Instituto Internacional Lamaze, durante os anos 60, defendeu com sucesso, a permissão da presença dos pais nas salas de parto. Os pais fornecem apoio emocional especial, às mulheres durante o trabalho de parto, e merecem estar presentes no nascimento do seu filho (Green, et al., 2007).

O Instituto Internacional Lamaze, conjuntamente com OMS, reconhecem o valor do suporte contínuo, como um elemento chave, no parto normal. Lamaze acredita que todas as mulheres devem ter acesso ao suporte contínuo, sem qualquer obstáculo. Lamaze incentiva a mulher a planejar, qual o seu apoio contínuo, que inclui, apoio emocional contínuo, físico e informacional (Green, et al., 2007).

Como referem Hodnett [et al] (2011), também no CHPVVC, o apoio contínuo é fornecido, pelas enfermeiras especialistas e também pelos companheiros das parturientes (podendo além do marido, ser o parceiro, a mãe ou um amigo(a)).

Nos seus estudos, (Hodnett, et al., 2011), concluíram que as mulheres que recebem o apoio contínuo durante o trabalho de parto, têm maior probabilidade de “dar à luz” espontaneamente. Ou seja, menos partos, por cesareana, ventosa ou fórceps. Além disso, essas mulheres eram menos propensas a usar medicamentos para a dor, e atingiam níveis mais elevados de satisfação, com trabalhos de parto, mais curtos, e seus bebês eram menos propensos a terem níveis de Apgar mais baixos. Nenhum efeito adverso foi identificado, concluindo que todas as mulheres devem ter o apoio contínuo durante o trabalho de parto.

Nas salas de parto do CHPVVC, é política comum, a presença do acompanhante. Como estudante em estágio, foi meu dever facilitar esta orientação preconizada pela OMS. Assim, apercebi-me mesmo da satisfação e confiança que as parturientes demonstravam, quando se encontravam acompanhadas. Hodnett, [et al.] (2011), no seu estudo conclui que, “o apoio à

parturiente, por um membro da família escolhido por ela, parece aumentar a sua satisfação com a experiência de parto”.

Uma outra vertente do apoio contínuo é o Apoio Informativo. Iliadou (2012), no seu estudo afirma que, o suporte informativo na forma de aulas de preparação para o parto e parentalidade, está relacionado com a diminuição das complicações físicas maternas durante o trabalho de parto e um incremento na saúde física e mental no pós-parto.

Logo, o apoio contínuo deve iniciar-se já na gravidez. Os programas de educação para a parentalidade, devem proporcionar às grávidas, instrumentos e estratégias para enfrentar a dor e o *stress* do trabalho do parto, tais como as respirações lentas, técnicas de relaxamento e mudanças de posição (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009). Nas salas de parto, os EEESMO, podem incentivar as parturientes a utilizar as estratégias adquiridas nos referidos programas. Além desta vertente educacional, o apoio informativo consiste em informar e aconselhar as parturientes numa linguagem compreensível, sobre as variadas atividade que se realizam, a sua finalidade e as suas limitações, a evolução do trabalho de parto e o estado do feto (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009).

A mulher/casal devidamente informada/o sobre o trabalho de parto e parto encontra-se em posição privilegiada para participar na tomada de decisões. Tornando-se, assim, parceiros ativos no nascimento do seu filho. É criada uma união de interesses, entre o casal e os profissionais, com o intuito de um parto mais satisfatório e responsável.

A prática da restrição da ingestão oral durante o trabalho de parto, sempre foi controvérsia (Beggs, et al., 2002). Contudo, o trabalho de parto, é um processo extremo que requer energia (Beggs, et al., 2002).

De acordo com as normas da OMS (2003), devemos encorajar as parturientes a comer e beber, se assim o desejarem, durante o trabalho de parto. A ingestão de líquidos nutritivos, são importantes durante o trabalho de parto, se a mulher estiver cansada, é importante assegurar-nos que ela se alimenta.

No CHPVVC são as enfermeiras especialistas de saúde materna e obstetrícia, que gerem a alimentação/jejum das parturientes. Com parturientes de baixo risco, não se impede a ingestão de alimentos ou líquidos, durante o trabalho de parto. As enfermeiras especialistas fazem uma análise criteriosa do risco de trabalho de parto, permitindo a ingestão de líquidos e alguns alimentos sólidos

leves, às mulheres em trabalho de parto, que progridem com normalidade (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009). Neste campo de estágio respeita-se as orientações da OMS, pois não existe evidência para manter a rotina do jejum institucional.

De facto, à medida que avança o trabalho de parto, existe uma regulação natural das mulheres para uma diminuição progressiva e espontânea do consumo de comida. As preferências das mulheres orientam-se fundamentalmente para um regime mais líquido do que sólido, e o seu consumo inclui-se, mesmo, depois de episódios de náuseas e vômitos associados a analgesia epidural (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009).

De acordo com Beggs [*et al.*] (2002) , não foram encontrados estudos, que referem se é seguro comer e beber durante o parto. No entanto, não encontram efeitos prejudiciais sobre os resultados maternos ou neonatais relatados.

Uma revisão recente de Singata [*et al.*] (2012), afirma que não existem estudos a identificar benefícios ou prejuízos associados à restrição da ingestão oral de líquidos e alimentos em mulheres em trabalho de parto de baixo risco, e em trabalhos de parto que não se espera uma anestesia geral no imediato.

Os mesmos autores referem que as mulheres devem ter autonomia e liberdade para escolher se querem, ou não comer ou beber durante o trabalho de parto. Não se conhece nenhum impacto adverso, sobre o parto e os resultados maternos ou fetais, em mulheres que ingerem alimentos líquidos e sólidos leves. As mulheres parecem naturalmente, reduzir a ingestão oral à medida que o trabalho de parto progride, e se torna mais intenso (Singata, et al., 2012).

A evidência científica atual não apoia intervenções de rotina nas parturientes de baixo risco (OMS , 2003). Dessas intervenções destacam-se: a tricotomia perineal; os enemas; a utilização sistemática de soros; a ocitocina; a restrição da alimentação líquida, a restrição de movimentos e da posição do parto; o uso recorrente da episiotomia. A OMS (2003) afirma mesmo, “Não realizar episiotomia de rotina”. É um dos casos mais pragmáticos quando se abordam questões de práticas rotineiras nas salas de parto.

Tradicionalmente, a episiotomia tem sido uma componente da rotina no parto vaginal, com o objetivo de evitar lesionar o esfíncter anal e minimizar o risco de nascimento traumático para o bebé (Murphy, et al., 2008).

Os mesmos autores (Murphy, et al., 2008) afirmam que ensaios randomizados, comparando o uso restritivo da episiotomia com o uso rotineiro da

mesma, durante o parto vaginal, sugerem que há benefícios significativos na adoção de uma política restritiva, especificamente uma redução na dor no períneo posterior (Murphy, et al., 2008). Também Montenegro [et al.] (2011) declara que “Tanto a episiotomia mediana como a mediolateral aumentam a dispareunia quando comparadas a lacerações espontâneas” (pág. 210).

No estudo de Karaçam [et al.] (2003) para prevenir a episiotomia, as parteiras incentivaram as parturientes a executar os esforços expulsivos de forma espontânea, a fim de facilitar o trabalho de parto e a diminuir a possibilidade de laceração e a necessidade de episiotomia. Associadas a esta medida, também fizeram a massagem perineal, executaram a Manobra de *Ritgen*³ e desencorajaram o esforço vigoroso no período expulsivo (Karaçam, et al., 2003). Estes autores concluíram que a “Episiotomia não deve ser usada, a menos que indicado. As medidas devem ser adotadas a fim de evitar o trauma perineal durante o trabalho de parto, permitir o estabelecimento do vínculo entre a mãe e o recém-nascido logo que possível, e a minimizar o desconforto perineal após o parto” (Karaçam, et al., 2003) (Pág.384).

Respeitando estes pressupostos, nesta etapa de estágio, no bloco de partos, no CHPVVC, tive como objetivo durante a prática clínica diária evitar as episiotomias. Analisando os registos efetuados dos partos executados, observa-se uma taxa de episiotomias de 50%, o que considero elevado, dado a minha inquietação em cumprir as orientações da OMS (2003) e tendo conhecimento dos estudos a cima referenciados. Contudo, tenho a percepção que algumas dessas episiotomias foram executadas sob a pressão das orientadoras de estágio ou da equipa de obstetras presentes na sala de partos. Considero que na parte final de estágio adquiri competências acerca da percepção dos partos que apresentavam a necessidade da episiotomia, por pouca elasticidade do períneo e laceração eminente.

Quando as enfermeiras especialistas mostram compromisso, empatia e respeito, e estão presentes durante o trabalho de parto, promovem a participação ativa das mulheres, tanto quanto elas querem (Wilde-Larsson, et al., 2010).

³ Manobra de *Ritgen* – consiste na aplicação de contrapressão moderada da apresentação fetal pela mão esquerda da parteira, impondo a lenta e progressiva saída da apresentação, e evitando o movimento abrupto do desprendimento cefálico e lesão dos órgãos maternos, enquanto a mão direita faz pressão no períneo, de forma a prevenir lacerações perineais graves. (Montenegro, et al., 2011).

De Jong [et al.] (2004), descobriu nos seus estudos, que o conselho dado pelas enfermeiras especialistas foi o fator mais importante a influenciar a escolha de posições de parto. Concluem, que se medicamente possível, as mulheres beneficiam em ter autonomia para encontrar as posições que eram mais úteis para elas. As suas escolhas variam muito, assim como a sua experiência de dor em relação ao tipo de posição, mas valorizam muito as informações práticas sobre as suas opções. Como a posição supina é dominante nas sociedades ocidentais, as parteiras têm um papel fundamental a desempenhar no sentido de alargar o leque de escolha das mulheres. As enfermeiras especialistas devem capacitar as mulheres para encontrar posições que sejam mais adequadas ao seu contexto, dando conselhos práticos durante a gravidez e o trabalho de parto (De Jong, et al., 2004).

De Jong [et al.] (2004), nos seus estudos afirmam que as mulheres apreciam ter um leque variado de opções para as posições no seu trabalho de parto.

Apesar de nossa sociedade ser mais frequente a posição supina, começam a surgir mulheres com conhecimentos sobre a importância da livre escolha das posições no trabalho de parto. Também no CHPVVC é frequente observarmos as mulheres na posição supina, contudo esse tabu, começa a ser desmistificado com o acréscimo de conhecimentos atualizados e esclarecidos.

Fazia parte da prática diária de vigilância do trabalho de parto a parturiente, poder deambular, estar sentada, deitada ou em movimentos de búscula sentadas nas bolas de parto. Assim, sempre que o estado clínico da parturiente o permitia estas movimentações e mudanças de posição eram permitidas.

Seguindo as orientações da OMS (2003), desde que a apresentação estivesse encravada nas situações de rotura de bolsa de águas, ou com membranas íntegras, a parturiente era incentivada a deambular e a adotar as posições mais benéficas para si, do ponto de vista de alívio da dor, e do decurso do trabalho de parto. Não havia uma obrigatoriedade da posição supina, a parturiente, tinha liberdade de escolha na adoção das posições facilitadoras do seu bem-estar e do feto.

No entanto, no segundo estadio do trabalho de parto, a maioria das parturientes, senão mesmo, a totalidade das mesmas, adotava a posição de semi-fowler. Isto era permitido e facilitado, pois todas as camas das salas de partos do CHPVVC eram



Figura 6- Posição adotada pela maioria das parturientes no CHPVVC

desmontáveis. A cama da sala de partos, transformava-se numa “cadeira de parto”. Permitindo assim, à parturiente, adotar uma posição mais fisiológica para o período expulsivo.

Esta posição também nos permite uma maior liberdade de movimentos e execução das manobras de parto. Pois na possibilidade da ocorrência de uma distócia de ombros⁴, esta posição permite uma atuação mais rápida e eficiente, usando como 1.ª medida a Manobra de *McRoberts*⁵ e a pressão suprapúbica.

Relativamente a outras posições existentes, não encontrei nenhuma parturiente que optasse por outra posição para o período expulsivo, que não a posição de semi-sentada. No entanto, nas situações em que a descida da apresentação se dava de forma mais demorada, as parturientes foram incentivadas a puxar na posição de “*Sims*”, na posição vertical e na posição de cócaras.

Os resultados de uma revisão executada por Gupta [*et al.*] (2012), sugerem vários benefícios possíveis para a posição de pé em mulheres sem epidural. Contudo, apresentam a possibilidade de aumento de risco de perdas de sangue superior a 500ml.

Sistematizando toda esta problemática e seguindo as orientações da OMS (2003), “Sempre que os riscos e os benefícios são adequadamente ponderados, as mulheres devem ter a possibilidade de fazer escolhas sobre as posições de parto que pretendem assumir para o nascimento dos seus filhos” (Gupta, et al., 2012).

A Manobra de Valsalva utiliza-se quando as parturientes estão sedadas durante o período expulsivo e não sentem vontade em puxar. Esta manobra, desencadeia uma série de alterações fisiológicas que podem produzir efeitos negativos, progressivos no bem-estar fetal (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, 2009). Apesar dos efeitos negativos, esta prática é usual quando as parturientes se encontram sob efeito de analgesia epidural, e não apresentam o Reflexo de Ferguson. No CHPVVC, esta prática é rotineiramente usada pelos obstetras de serviço. Enquanto enfermeira, em estágio da especialidade, foi importante incentivar o puxo espontâneo, em detrimento da Manobra de Valsalva.

⁴ Distócia de ombros configura-se quando a extração dos ombros não se realiza após a tração de rotina, sendo necessárias manobras adicionais (Montenegro, et al., 2011).

⁵ Manobra de McRoberts – flexão e abdução das coxas em direção ao abdómen materno. Esta posição retifica o ângulo lombos sacro e roda a sínfise púbica em direção cefálica, fazendo com que o ombro posterior caia na concavidade do sacro. Apresenta uma taxa de êxito de 90% (Montenegro, et al., 2011).

Estudos recentes sugerem que a Manobra de Valsalva interfere no equilíbrio ácido-base fetal e potencialmente no bem-estar do neonato. Aconselham estratégias de orientações respiratórias para o puxo durante o trabalho de parto para minimizar os potenciais riscos para a mãe e para o recém-nascido (Lemos, et al., 2011).

As enfermeiras especialistas devem focar-se na sua adaptação à nova realidade, instruindo as mulheres a puxar (Martin, 2009). De acordo com o mesmo autor, os efeitos negativos da manobra de Valsalva incluem: um aumento do sofrimento fetal, sofrimento materno e trauma perineal, quando comparado com o puxo espontâneo, fazendo pouca diferença na duração do segundo estagio do trabalho de parto. Também segundo esta revisão da literatura (Martin, 2009), refere que as mulheres devem ser incentivadas a puxar instintivamente, o que muitas vezes abrange a vocalização natural. Aconselha a não impor restrições de tempo se a mãe e o feto estiverem bem.

O puxo espontâneo é um puxo de curta duração, de múltiplas repetições e sem apneia prolongada (Jahdi, et al., 2011). Incentivando a parturiente para o puxo espontâneo, reduz-se a incidência de trauma do sistema urinário e assoalho pélvico assim como o trauma perineal (Martin, 2009).

Investigação efetuada por Jahdi [*et al.*] (2011), conclui que o puxo espontâneo, não foi associado com nenhum resultado adverso demonstrável. Esta técnica, pode reduzir a duração da segunda fase do trabalho de parto, é um método seguro do segundo estagio do trabalho de parto, sem qualquer dano para a mãe e para o recém-nascido.

Compreendendo o puxo espontâneo, as parturientes devem ser incentivadas a escolher o seu próprio método de puxo, sendo esta, a melhor prática clínica aceite (Prins, et al., 2011).

Relativamente às induções do trabalho de parto, numa perspetiva objetiva e analítica após o término do estágio, considero que a partir do momento em que o trabalho de parto é induzido, a legitimidade das orientações internacionais para o parto normal é defraudada. Logo a sua aplicabilidade passa ser questionada.

Durante o decurso do estágio, constatei que, algumas vezes o trabalho de parto foi induzido. A maior parte das induções de trabalho de parto ocorreram por razões médicas, ou se a grávida apresentasse um “Bishop” favorável, o que levaria a prever um prognóstico favorável ao parto vaginal. Contudo, persistem as

mulheres que estão cansadas de estar grávidas, e querem que a criança nasça o mais cedo possível.

Todavia, o serviço de Obstetrícia do CHPVVC tem preocupações e tenta cumprir as normas impostas pela Direção Geral de Saúde (DGS), na redução das taxas de cesareana e dos partos instrumentados.

De facto, lidar com o pensamento atual de algumas mulheres que consideram que podem escolher o dia em o seu filho vai nascer é bastante complexo. Induzir o trabalho de parto, foi uma prática corrente e comum em obstetrícia, durante os últimos anos. A indução do trabalho de parto tornou-se uma das mais comuns intervenções na obstetrícia moderna, devido à constatação da deterioração dos resultados maternos e neonatais em gestações que se prolongam além das 41-42 semanas de gestação (Nader, et al., 2012).

Mudar a ideia destas mulheres é delicado e muitas vezes mal interpretado. Não compreendem porque é que é necessário esperar até às 40s+6d, para depois induzir o trabalho de parto. A maioria delas continua com a ideia fixa, de quererem que a criança nasça em determinado dia, com determinado médico, ou simplesmente não querem mais estar grávidas.

Nos cursos de preparação para a parentalidade, estas ideias começam a ser questionados pelas enfermeiras especialistas, e para isso, é-lhes explicado toda a fisiologia do trabalho de parto e as vantagens de um trabalho de parto espontâneo. E assim, começam a surgir algumas mulheres mais informadas, melhor preparadas, e que recusam o internamento para indução do trabalho de parto. Pretendem iniciar o trabalho de parto espontâneo e, fazer parte do 1.º estadio do trabalho de parto no conforto das suas casas.

A indução do trabalho de parto destrói irreversivelmente, a possibilidade de o parto se iniciar por si só e conseqüentemente, todos os benefícios que poderiam daí advir. Posto isto, algumas das conseqüências dos nascimentos induzidos com fármacos, como foi evidente durante o exercício da prática clínica, foram: contrações mais precoces, partos mais dolorosos e necessidade de um maior intervencionismo. A partir do momento em que se administrava medicação uterotónica, iniciava-se uma sequência de procedimentos protocolados e descaracterizados. Uma atitude intervencionista com o intuito de acelerar o trabalho de parto era adotada inicialmente pela equipa médica de obstetras, e conseqüentemente pela equipa de enfermeiros especialistas. Foram anos de prática clínica em que este modelo paternalista dos profissionais de saúde

subjugou a mulher e o trabalho de parto; fornecendo uma visão distorcida da definição de parto normal, o que ilustra bem a confusão entre o que deveria ser fisiológico e se torna por vezes patológico.

Toda esta pressa em acelerar o nascimento da criança, quer por parte da equipa médica, ou mesmo por parte da mulher/casal, tem consequências quer na saúde do feto/recém-nascido, quer na saúde da parturiente. A indução do trabalho de parto está associada a uma alta taxa de mortalidade materna e complicações fetais e neonatais, assim com altas taxas de partos cirúrgicos de emergência (Nader, et al., 2012).

Já uma revisão “*Cochrane*” recente, (Gülmezoglu, et al., 2012), sugere que nos casos de gravidezes pós-termo, as induções entre as 41 e 42 semanas estão associadas com menos mortes perinatais (embora o risco absoluto seja pequeno), sem um aumento do risco de cesareana. Às mulheres deve ser oferecida a opção de indução de trabalho de parto, provavelmente entre as 41 e 42 semanas completas, com informações sobre os riscos absolutos e relativos de morte perinatal. Se a mulher escolher um início de trabalho de parto espontâneo, seria prudente uma monitorização fetal regular, pois estudos epidemiológicos longitudinais, sugerem um risco aumentado de morte perinatal, com o aumento da idade gestacional, para além das 42 semanas. Pode ser esta informação, dos riscos acrescidos de uma gravidez que se prolongue para além das 42 semanas de gestação, que levem as mulheres a desejarem o nascimento rápido de seus filhos.

Um outro estudo de Guerra [et al.] (2011), refere que a indução electiva do trabalho de parto, tem sido associada a uma maior necessidade de analgesia, o que interfere com o processo natural do parto, mesmo na ausência de complicações maternas, ou outras situações adversas, e também acrescenta riscos inerentes e aumento de custos. Estes autores, afirmam ainda, que neste estudo a indução do trabalho de parto se associou ao início tardio da amamentação, com tudo o que isso implica (Guerra, et al., 2011).

É pois, importante, uma mudança de filosofia, promovendo partos hospitalares mais satisfatórios, com qualidade e ambiente familiar, mas com a segurança técnica que o hospital confere. Isto encerra, o conforto e o respeito pelos desejos da mulher/casal por um parto menos intervencionado em contexto hospitalar. Deve existir bom senso, ao optar pela indução do trabalho de parto. Existem situações, em que não subsiste outra opção, mas a mulher/casal deve ter pleno conhecimento dos riscos de uma indução do trabalho de parto, e do

prolongamento de uma gravidez para além do que é considerado seguro, para assim, tomar uma decisão informada e esclarecida.

Todos sabemos, que para esta mudança acontecer por parte da mulher, anteriormente, tem que acontecer nas consciências individuais de cada profissional, nomeadamente no enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia. Enquanto enfermeiros especialistas sequiosos da excelência profissional, devemos mudar no interior a forma como encaramos o parto, e partilhar essa visão menos intervencionista da assistência ao parto normal. Assim, transformando os aspetos considerados desfavoráveis, a mudança coletiva acabará por emergir de forma espontânea.

O consenso entre os vários profissionais intervenientes no trabalho de parto é sem dúvida a melhor estratégia para garantir cuidados de qualidade em saúde materna e obstetrícia. A melhor forma desta mudança acontecer, é ser suportada pela evidência científica e recomendações internacionais, onde os cuidados de enfermagem especializados são reconhecidos. Preponderante para tal, é o processo de formação da competência profissional, no qual o enfermeiro especialista, tem de ter consciência do seu próprio saber, fundamentado num corpo de conhecimentos vasto e atualizado, que sustente a sua atuação e lhe crie autonomia para agir e argumentar.

No decurso desta etapa do estágio, em contexto de sala de partos, houve um episódio de prolapso do cordão umbilical que carece de uma análise crítico-reflexiva mais extensa.

O prolapso do cordão umbilical é uma complicação obstétrica rara, que pode resultar em morbilidade e mortalidade fetal e um risco aumentado para a mulher (Davood, et al., 2007). Apesar de rara, esta complicação é uma ameaça frequente. Num estudo de Hillemanns [et al.] (2005), o prolapso do cordão umbilical foi indicação para cesareana de emergência em 21,1% dos casos em estudo⁶. O que demonstra que, embora invulgar, devemos estar preparados para estas situações, pois as consequências podem ser fatais.

⁶ Estudo de Hillemanns [et al.] (2005), em que um dos pontos em análise foi a causa das cesareanas de emergência – Num total de 109 cesareanas, 23 realizaram-se por prolapso do cordão umbilical.

Durante uma vigilância de um trabalho de parto, ocorreu uma situação de prolapso do cordão umbilical, que felizmente teve um desfecho bastante positivo. Uma parturiente, de 29 anos de idade, 40 semanas, 1.^a Gesta, e com antecedentes de diabetes gestacional controlada com insulina, deu entrada no serviço de obstetrícia - sala de partos, para indução de trabalho de parto com dinoprostona 0,5 mg intracervical. Foi executada a amniotomia às 13:45h e observou-se saída de grande quantidade de LA com características normais. A monitorização cardiotocográfica contínua, não demonstrou nenhuma alteração no bem-estar fetal. Foi colocado um catéter epidural para analgesia. Por volta das 17h10, foi ao WC, onde urinou, foi novamente administrada nova dose de analgesia, e procedeu-se ao exame vaginal cerca das 17h20 (apresentava uma dilatação do colo uterino de 3cm, e extinção de 60%). Ao examinar a parturiente, senti uma ansa do cordão umbilical dentro do colo uterino, contudo o CTG mantinha-se sem alterações. Foi chamada a orientadora de estágio, onde foi comunicado o sucedido, entretanto, deixei de sentir o cordão e, pareceu-me que ele recuou. A orientadora, quis examinar a parturiente e também não sentiu o cordão, contudo, com a contração uterina o cordão exteriorizou-se novamente, e aí não houve dúvidas. Atuou-se de forma célere com o objetivo de impedir a compressão do cordão pela apresentação fetal. Neste momento, colocou-se a cama em Trendelenburg e chamamos os obstetras de urgência, suspendeu-se as perfusões de insulina e oxitocina. A cardiotocografia começou a registrar alterações (bradicardia). Levamos a parturiente para o bloco de partos que fica a escassos 20 metros, com a enfermeira orientadora a segurar a apresentação. Foi contactado o pediatra de urgência, e informado do sucedido. Realizou-se, então uma cesareana emergente na própria cama da utente, que entrou no bloco operatório. Cerca de 12 minutos após a confirmação da exteriorização do cordão umbilical, nasceu um recém-nascido nato-vivo com um índice de Apgar de 9 ao 1ºminuto/ 10 ao 5º minuto /e,10 ao 10ºminuto, peso: 3990 g; comp: 51cm; P.céf.: 36 cm., sem mais nenhuma complicação em todo internamento no serviço de puerpério.

Analisando esta situação, concluí que se interviu seguindo os procedimentos corretos de atuação nesta situação de emergência, aconselhados pela OMS em (2003). A única intervenção que não se realizou, foi colocar O2 por máscara ou cânula nasal, o que não me pareceu problemático, pois a parturiente, foi imediatamente encaminhada para o bloco operatório. As restantes intervenções foram realizadas: inserir a mão na vagina com luvas esterilizadas e segurar a

apresentação, de forma a evitar a compressão do cordão, suspender tocolíticos e realizar cesareana emergente.

É importante uma chamada de atenção, para a rapidez com que a criança nasceu. Foram no máximo 12 minutos, que separaram a detecção do prolapso do cordão umbilical até a criança nascer. No estudo de Hillemanns [et al.] (2005), aceitam um intervalo padrão inferior a 30 minutos, desde a decisão da cesareana até à sua execução, aconselhado pelos países anglo-americanos, pois são da opinião que a directriz da Sociedade Alemã de Ginecologia e Obstetrícia de um intervalo inferior a 20 minutos, não pode ser alcançado em todos os casos. Posto isto, é evidente, que o intervalo de tempo alcançado +/- 12 minutos foi admirável.

Agora o porquê de se ter dado o prolapso do cordão? Não sabemos. Após análise conjunta com a enfermeira orientadora, pensamos que talvez o hidrâmnios causado pela diabetes gestacional tenha contribuído para o sucedido. Um estudo de Dilbaz [et al.] (2006) sugere que o hidrâmnios se encontra entre um dos fatores de risco do prolapso do cordão umbilical. No entanto, no mesmo estudo encontraram evidências, que sugerem que uma amniotomia precoce impede o prolapso do cordão umbilical. Analisando todo o contexto, penso, que talvez a apresentação fetal não estivesse completamente apoiada devido ao hidrâmnios resultante da diabetes gestacional, o que permitiu a exteriorização do cordão.

Encaro este momento de aprendizagem com uma importância relevante. Pois permitiu agilidade na atuação e possibilitou momentos de reflexão sobre a vigilância do trabalho de parto. Considero que após esta vigilância do trabalho de parto, as minhas competências saíram valorizadas pelo análise crítico-reflexiva que daí emergiu. A atuação imediata, surgiu de forma automática, mas o pensamento crítico, e a análise reflexiva assombram toda a prática em contexto clínico, assimilando experiências e conhecimentos, com base em evidências científicas.

2.1.3. Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade

Esta etapa de estágio emerge como espaço / tempo para o aperfeiçoamento de saberes, capacidades e competências inerentes à intervenção de enfermagem

especializada à puérpera / recém-nascido / pai e família, pois, segundo o Regulamento das Competências específicas do EEESMO (2010), este no seu exercício profissional é responsável por cuidar 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. Nesta etapa de estágio no âmbito do autocuidado pós-parto e parentalidade, pretende-se materializar estas competências através da descrição crítico-reflexiva das atividades seguidamente explanadas.

No âmbito desta etapa de estágio, o alvo da nossa atenção, não são apenas os cuidados imediatos à mulher e recém-nascido, assim, deve englobar uma abordagem mais abrangente do processo de autocuidado e de transição e adaptação à parentalidade. Ao cuidar a puérpera/família durante o período puerperal e o recém-nascido normal e de risco, devo ter um desempenho especializado fundamentado na prática baseada na evidência, com o intento de aquisição das competências específicas do EEESMO,

De acordo com Lowdermilk [et al.] (2008), o período pós-parto compreende o intervalo entre o nascimento da criança e o retorno dos órgãos reprodutores da mãe ao seu estado normal não gravídico. Este período, por vezes é designado por puerpério ou quarto trimestre da gravidez. Apesar do puerpério, tradicionalmente, possuir a duração de 6 semanas, este tempo varia de mulher para mulher.

A máxima do desenvolvimento e aquisição das competências técnico-científicas e clínicas foca-se no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, tendo em conta o contexto cultural individual de cada sujeito, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e recém-nascido. Assim, devemos promover o auto cuidado e o processo de adaptação à parentalidade, com a finalidade de tornar a mãe e mulher, autónoma e independente, e com uma autoimagem adequada ao processo de transição que está a vivenciar.

Na prestação de cuidados foi importante integrar os modelos conceptuais aprendidos, privilegiando uma abordagem sistemática. A preocupação imediata era o desenvolvimento das capacidades e competências científicas, técnicas, humanas e culturais, na prestação dos cuidados especializados, ao nível do puerpério em contexto hospitalar. É evidente que este desenvolvimento foi

acontecendo de forma gradual e contínua, fomentando uma autonomia crescente das minhas competências.

O período de internamento no serviço puerpério oferece a oportunidade de proporcionar cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido e família, centrados na pessoa, na sua individualidade e unicidade, numa perspectiva holística e abrangente de todos componentes da mulher. Este momento de aprendizagem promoveu a oportunidade para discutir preocupações que emergem neste período específico. Sendo por isso importante, existir uma atitude de escuta ativa, e ir ao encontro das necessidades da mulher e da família promovendo a adaptação à parentalidade. É um período, em que temos que gerir os cuidados à tríade mãe/ filho/ pai.

O internamento no período de puerpério é muito curto, sendo que nos partos eutócicos ocorre até 48 horas, e nas cesareanas, até 72 horas. Daqui, advém a necessidade de rentabilizar este período, sem sobrecarregar a mulher com informações excessivas, mas sim, adequando as nossas intervenções às necessidades reais, de cada puérpera / recém-nascido / família.

De acordo com Dhaher, Mikolajczyk, Maxwell & Krämer, (2008), as novas mães experimentam frequentemente determinados problemas de saúde físicos no período pós-parto, o que pode afetar a sua qualidade de vida, a sua condição futura de saúde, e a saúde das suas crianças (Cit. por Hongwei [et al] 2011).

O puerpério, ou pós-parto, é um período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação do aparelho reprodutor materno havidas após o parto (Montenegro, et al., 2011). Há contemporaneamente importantes modificações gerais, que perduram até ao retorno do organismo às condições vigentes antes da gravidez (Montenegro, et al., 2011). E neste período, para além das atividades autónomas, foram desenvolvidas atividades interdependentes integradas numa equipa multidisciplinar, promovendo o trabalho em parceria com objetivos comuns, em que o sujeito alvo era tríade mãe/ filho/pai. O respeito pela individualidade, unicidade e tomada de decisão, pontuaram toda a prestação de cuidados especializados.

No internamento de puerpério, quando a puérpera chegava à unidade, vinda do bloco de partos, era-lhe efetuada uma entrevista informal, uma observação

pormenorizada e um exame físico, onde eram identificados os problemas e estabelecidas as prioridades; e seguidamente planeava as intervenções ajustadas a cada situação.

A puérpera/ família eram informados sobre os procedimentos habituais nesta fase do puerpério, iniciando simultaneamente a execução de cuidados de enfermagem especializados autónomos e interdependentes para vigilância e manutenção do bem-estar da mãe e filho. Como sejam eles, proporcionar medidas de higiene e conforto, avaliação da dor, do estado psicológico, do risco de hemorragia, da promoção da amamentação e vinculação precoce.

Neste período, procurei gerir as condições ambientais e humanas, prestando apoio e assistência ao longo do internamento, encorajando e tranquilizando a puérpera / família e procurando o equilíbrio emocional da puérpera, Foi importante ajudar a controlar a dor e o desconforto físico, bem como promover a participação ativa nos cuidados ao seu filho e no seu processo de recuperação. Também durante esta etapa do estágio, o EEESMO identifica e monitoriza o estado de saúde do recém-nascido relativamente a complicações ou alterações ao padrão fisiológico normal.

Após a avaliação do estado geral da puérpera, uma das grandes preocupações foi colocar o recém-nascido à mama, de acordo com a vontade da utente e da necessidade do recém-nascido. Foi importante incluir o pai e restante família no aleitamento materno, no sentido de aproveitar o envolvimento, como fator facilitador da amamentação.

Relativamente à prevenção da hemorragia, a intervenção principal é a manutenção do tónus uterino através de massagens suaves no fundo uterino até que este se apresente firme, assim como a prevenção da distensão vesical. A retenção da urina pode resultar numa distensão vesical, que pode levar a uma hemorragia pós-parto e uma maior suscetibilidade às infeções urinárias por distensão da bexiga e estase da urina (Lowdermilk, et al., 2008). Além de avaliar as condições do períneo, também foram observadas as características dos lóquios quanto à cor, quantidade, cheiro e composição, onde a puérpera foi inquirida sobre o número de pensos usados, no sentido de avaliar sobre o grau de saturação e ainda avaliação da altura uterina para despiste de situações de subinvolução uterina e de retenção de coágulos, e a avaliação da ferida relativamente ao despiste de infeção ou sinais inflamatórios. O valor atribuído aos dados recolhidos depende do intervalo entre o momento da avaliação e o parto. Nos primeiros dias

pós-parto importa a avaliação da perda sanguínea, a partir do 4º ou 5º dia importa avaliar os sinais de infecção.

Segundo Graça (2000), a atonia uterina é a principal causa de hemorragia pós-parto, sendo responsável por cerca de 75% dos casos e resulta da incapacidade do miométrio em se contrair ou de permanecer contraído após a expulsão da placenta, permitindo assim, que as perdas sanguíneas continuem a partir dos vasos arteriais e venosos do local de implantação. O diagnóstico de atonia uterina faz-se pela palpação de um útero grande, geralmente com o fundo acima da linha do umbigo e de consistência mole (Graça, 2000).

Devido à gravidade da hemorragia pós-parto, e das consequências que alcança, “é importante lembrar, que a tensão arterial não é um indicador fiel do choque iminente” (Lowdermilk, et al., 2008). Pois os sinais vitais podem não ser indicadores fiáveis do choque, no período pós-parto imediato, devido às adaptações fisiológicas características deste período. Contudo, a sua avaliação frequente durante as primeiras duas horas após o parto, pode identificar alterações relativas à perda de sangue (p.ex., taquicardia, taquipneia, diminuição da tensão arterial) (Lowdermilk, et al., 2008). É importante ensinar e instruir a puérpera a massajar o seu útero nas primeiras 24 horas pós-parto, e a comunicarnos qualquer alteração das características dos lóquios, permitindo-lhe também manter o controlo e diminuir a ansiedade (Lowdermilk, et al., 2008).

A prevenção da distensão da bexiga é uma forma de promover a contração uterina. Enquanto estudante em estágio, expliquei à puérpera que a bexiga cheia provoca a deslocação do útero acima do umbigo afastando-o da linha média, e impedido a sua contração normal. A intervenção do enfermeiro centra-se na ajuda à mulher para que esvazie espontaneamente a bexiga, mais ou menos de 2 em 2 horas. A prioridade é auxiliar a mulher na casa de banho, ou colocando a arrastadeira se esta estiver impossibilitada de deambular (Lowdermilk, et al., 2008). Relativamente à prevenção da incontinência urinária, o EESMO deve ensinar a mulher a realizar os exercícios pélvicos de kegel, pois são extremamente importantes para fortalecer a tonicidade muscular, sobretudo depois de um parto vaginal (Lowdermilk, et al., 2008). Pois os tecidos musculares e ligamentares foram forçados até à exaustão, e é preciso trabalhá-los para eles retornarem à sua condição de elasticidade.

Outro ponto, que por vezes, não é bem compreendido pelas mulheres no pós-parto é a deambulação precoce, 6 horas após os partos vaginais e 12 horas após os

partos por cesareana. No período pós-parto assiste-se a uma diminuição da mobilidade associada a um aumento da concentração da protrombina. Assim, as medidas favoráveis ao retorno venoso são: a deambulação precoce e a mobilização ativa e passiva dos membros inferiores.

É importante que as puérperas compreendam a necessidade da deambulação precoce, após o primeiro período de repouso necessário (Lowdermilk, et al., 2008). A estase sanguínea é, sem dúvida, a principal responsável pelo trombo embolismo no pós-parto (Graça, 2000). Mulheres com varizes devem ser encorajadas a usarem meias de descanso (Lowdermilk, et al., 2008).

Muitas das intervenções do EEESMO passa pela vigilância, quer da puérpera, quer do recém-nascido. Além de vigiar, identificar, estar atento, etc., é importante o EEESMO promover o autocuidado da puérpera e ensiná-la a identificar os sinais de alarme e comunicá-los o mais célere possível ao profissional de saúde, quer durante o internamento, quer no regresso a casa.

Outro ponto fulcral, nesta fase do estágio, foram os cuidados implícitos à ferida cirúrgica e a sua importância na educação para a saúde. Ao longo do estágio foram prestados cuidados de antissepsia perineal e examinado cuidadosamente o períneo da mulher, para verificar a integridade da sutura, aquando da sua existência, e a existência ou não de sinais de fatores de risco associados à cicatrização (equimose, edema) ou à evolução do processo de cicatrização (dor e presença de exsudado), é pois essencial prevenir a infeção. Segundo Lowdermilk [et al] (2008), uma medida importante é a manutenção de um ambiente limpo. As utentes devem evitar andar descalças, e os profissionais de saúde devem usar as precauções universais de controlo de infeção. Essenciais são os cuidados adequados ao local da episiorrafia ou a qualquer laceração do períneo, evitando assim infecções na área genito-urinária e favorecendo o processo de cicatrização (Lowdermilk, et al., 2008). Ainda, de acordo com estes autores, devemos ensinar a mulher a limpar-se da uretra para o ânus, após urinar ou defecar. De todas as vezes, as puérperas devem proceder à limpeza da área genital com água e sabão e mudar o penso higiénico, pelo menos de 3 em 3 horas. As puérperas devem realizar a lavagem cuidadosa das mãos, antes e depois de irem ao WC.

Nas situações das puérpera com patologia associada, na instituição onde desenvolvi o estágio, apenas me deparei com puérperas com diabetes gestacional e hipertensão gestacional. Isto porque as grávidas com outras patologias

associadas à gravidez são vigiadas em centros obstétricos com cuidados diferenciados especializados. Não tive assim a necessidade de transferir qualquer puérpera para centro especializado.

Contudo, cuidei de puérperas com diabetes gestacional controlado com dieta e com insulina e também de puérperas com hipertensão gestacional. As puérperas com pré-eclâmpsia durante a gravidez também são cuidadas no serviço de Obstetrícia do CHPVVC, mas durante o período de estágio, não surgiram puérperas com situações de pré-eclâmpsias.

De acordo com Sociedade Portuguesa de Diabetologia; Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal; Sociedade Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo (2011), a vigilância no puerpério imediato é semelhante à da puérpera sem diabetes com o objectivo de detectar e tratar precocemente prováveis complicações, como a hemorragia pós-parto secundária, a atonia uterina e infeção.

Durante o internamento da puérpera desenvolvi cuidados no sentido de promover a adopção de estilos de vida saudáveis, incentivei a amamentação precoce e informei sobre os métodos contraceptivos mais adequados. O progestativo isolado não está contra-indicado nas mulheres com diabetes gestacional ou diabetes gestacional prévio à gravidez. Assim é importante, incentivar a amamentação realçando-se, para além dos benefícios gerais conhecidos, a diminuição do risco de desenvolvimento futuro de diabetes.

Constatee a necessidade dos EEESMO terem especial atenção com as mulheres com diabetes gestacional ou diabetes gestacional prévio à gravidez, pois a depressão é mais frequente nestas mulheres (Relatório de Consensos da Diabetes, 2011). Também no puerpério imediato, é necessário seguir um esquema de vigilância glicémica pré e pós-prandial e terapêutica insulínica com valores de glicemia superiores a 140mg/dl. Normalmente deixa de ser necessária a administração de insulina e pode-se suspender a pesquisa das glicemias capilares após confirmação da sua normalidade sem soro glicosado 24 a 48 horas após o parto. Na grávida bem controlada sem necessidade de insulina, pode ser suspensa a vigilância glicémica. Antes da alta, o EEESMO tem que assegurar a marcação da PTOG de reclassificação, realizada de acordo com os critérios da OMS, para 6 a 8 semanas após o parto e a consulta de reavaliação (Sociedade Portuguesa de Diabetologia; Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal; Sociedade Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo, 2011).

De acordo com Lowdermilk & Perry (2008), os cuidados de enfermagem à mulher com doença hipertensiva são distintos, em inúmeros aspectos, dos habitualmente realizados no pós-parto. A vigilância cuidadosa da mulher com hipertensão carece de ser mantida após o parto.

Os cuidados de enfermagem incluíram a avaliação dos sinais vitais, balanço hídrico e monitorização dos sintomas. A pressão arterial é avaliada pelo menos de 4 em 4 horas durante 48 horas ou mais frequentemente se a situação da mulher assim o indicar. Assim, mesmo que não tenham ocorrido convulsões antes do parto, podem ocorrer no puerpério. A perfusão de sulfato de magnésio pode ser mantida 24 horas após o nascimento. A avaliação dos efeitos terapêuticos e secundários continua até a medicação ser suspensa (Lowdermilk, et al., 2008).

No puerpério o tratamento anti-hipertensor deve ser mantido no período pós-parto se a TA diastólica for consistentemente superior a 105mm Hg nas primeiras 24 horas. Se a HTA grave persiste mais de 3 a 5 dias pós-parto, então a probabilidade de HTA crónica subjacente é muito grande. Nestes casos a utente deverá precisar manter o anti-hipertensor oral e rever a necessidade de o manter após uma semana (Ayres de Campos, et al., 2008).

O período puerperal constitui uma fase de *stress* fisiológico e psicológico. Segundo Montenegro [et al] (2011) no pós-parto imediato (do 1.º ao 10.º dia) domina a “crise genital”; prevalecem os fenómenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas pela gravidez, especificamente das que abrigavam o feto, ao lado de alterações gerais e sobretudo endócrinas, quase todas referentes à regressão das modificações gestacionais do organismo. O cansaço causado pelo trabalho de parto, a perda de sangue e outras condições desencadeadas pelo nascimento podem causar complicações no período pós-parto, por vezes, muito críticas.

Importa o enfermeiro especialista estar particularmente atento, para a identificação precoce dessas complicações, para promover a recuperação da puérpera e assegurar a promoção/ manutenção da interacção entre a mãe e o recém-nascido; respeitando assim as Competências do EESMO durante o período pós-natal, cuidando da mulher inserida na família e comunidade, em H4.1, do Regulamento das Competências específicas do EESMO, ele deve promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.

Segundo, Hongwei [et al.], (2011), acredita-se que a preparação para a alta, inclui cuidados contínuos, coerentes, centrados na paciente, holísticos e individualizados às jovens mães. Sendo assim, as puérperas foram orientadas sobre recursos disponíveis na comunidade, passíveis de responder às suas necessidades e do recém-nascido. As mulheres que têm partos vaginais sem complicações necessitam de ser avaliadas 4 a 6 semanas pós-parto com o profissional de saúde que a vigiou na gravidez e importa alertá-las para o diagnóstico precoce entre o 3.º e o 6.º dia de vida e sobre a consulta de vigilância infantil do RN às duas semanas de vida (Lowdermilk, et al., 2008).

As mudanças físicas e emocionais têm efeitos nos sentimentos de intimidade. Após o parto, o adiamento da relação sexual está associado a: medo de dispareunia; necessidade de recuperação física e psicológica; infecções mamárias; e à amamentação em termos genéricos (Cowan e Cowan, 2000; Abuchaim e Silva, 2006; Mendes, 2007) Cit. por (Graça, et al., 2011).

Surgem sempre muitas dúvidas e receios sobre qual a data ideal para o início da atividade sexual, e sobre que método usar de forma adequada ao casal. Segundo, Lowdermilk [et al] (2008), é importante o enfermeiro discutir os efeitos físicos e psicológicos que o parto pode ter no ato sexual. Pois a relação com o cônjuge / companheiro é das dimensões mais confrontadas e desafiadas nesta transição, (re) organizando-se a vida familiar em função das necessidades da criança (Graça, et al., 2011).

Contudo é importante analisar com a mulher e o companheiro (se presente) as opções de contraceção, ainda antes da alta, para que possam tomar decisões informadas acerca do controlo da fertilidade antes de retomarem a atividade sexual. Neste sentido, é importante desmistificar, explicando à mulher que pode engravidar enquanto amamenta. É relevante ensinar à mulher como tomar a pílula progestativa (Cerazette® - toma contínua), e informar que é a única compatível com o aleitamento materno. Segundo a OMS, a mulher deve iniciar a toma da pílula progestativa, às 6 semanas pós-parto.

Convém também esclarecer, que não conseguimos determinar exatamente, quando é que a amamentação previne uma gravidez. Para inibir a ovulação é necessário que a amamentação seja exclusiva de dia e de noite (4 em 4 horas) para manter os níveis de prolactina elevados, e mesmo sem cataménio, a mulher pode estar a ovular, e não o sabe. Fisiologicamente, o retorno da ovulação no pós-parto, ocorre por volta do 27º dia em mulheres que não estão a amamentar. Nas

mulheres que amamentam, este intervalo é variável e pode ser ampliado por vários meses, enquanto o recém-nascido (RN) se encontrar em amamentação exclusiva. Assim, a duração da infertilidade provocada pela amamentação é imprevisível e não há maneira de prever a sua ocorrência. Mais da metade das lactantes apresentam ovulação antes da primeira menstruação pós-parto (Vieira, et al., 2009).

De acordo com Rea (2004), a amamentação fornece mais de 98% de proteção contra a gravidez nos primeiros seis meses depois do parto, se a mulher não tiver menstruado depois do 56.º dia e se estiver a amamentar exclusivamente ou quase exclusivamente. Define-se como método de amenorreia e lactação (na Conferência de Bellagio, Itália, 1988) o aleitamento materno, realizado regularmente durante o dia e à noite, como método contraceptivo em mulheres que permanecem em amenorreia, sem a oferta de suplemento alimentar aos RN's por até seis meses pós-parto, com efetividade de até 98% (Rea, 2004).

Desenvolveu-se intervenções no sentido de explicar à mulher, que não deve iniciar a atividade sexual antes das 2 a 4 semanas pós-parto, pelo risco de hemorragia e infeção. A mulher ao possuir estes conhecimentos pode depois decidir quando reiniciar a atividade sexual, pois não existe uma data estipulada. Será sempre quando ela se sentir preparada e não seja exposta a riscos. Ela sentir-se-á mais confiante, pois tomará uma decisão informada acerca do seu corpo e do controlo da fertilidade.

A transição para o período pós-parto representa um momento de *stress* emocional relevante. Interferem no processo de transição o suporte familiar, as expectativas e as experiências anteriores. Assim foram desenvolvidos processos formativos de educação para a saúde do casal sobre os eventuais sintomas de *blues pós-parto* e aconselhados os pais a relatarem imediatamente a ocorrência de quaisquer sintomas depressivos e a procurarem ajuda adequada. Abordagem deve ser feita no sentido de manter o suporte emocional adequado, compreensão e auxílio nos cuidados ao recém-nascido,

Por volta do 3º dia e até ao 10º dia pode surgir um período, denominado de *blues pós-parto*, em que as puérperas apresentam labilidade emocional, tristeza e choram frequentemente, facilmente e sem razão aparente. Inclui um estado depressivo, onde factores bioquímicos, psicológicos, sociais e culturais podem ser causadores da depressão pós-parto, no entanto, a sua etiologia parece ser desconhecida (Lowdermilk, et al., 2008).

Como afirmam Henshaw [et al] (2004), os *blues pós parto* graves são identificados como um fator de risco independente para a subsequente depressão pós-parto. É importante o jovem casal perceber que, os *blues pós-parto*, são episódios disfóricos, afectando 80% das novas mães e sintomaticamente assemelham-se a depressão (insónia, mau humor, choro fácil, fadiga, irritabilidade e instabilidade emocional), mas têm menor duração, de algumas horas a alguns dias (Henshaw, et al., 2004).

Ao reforçar a necessidade que a mulher tem em usufruir de momentos de descanso, está-se a promover e a potenciar uma parentalidade responsável e a prevenirmos estes episódios disfóricos. Os enfermeiros podem utilizar todo o período de internamento como uma fase de recuperação de modo a habilitar as púerperas com orientação antecipatória para a recuperação física, aleitamento materno, educação e cuidado da criança (Perla, 2002)

Segundo, Lowdermilk [et al] (2008), deve ser dispendida grande quantidade de tempo de hospitalização na educação para a saúde sobre os cuidados à mãe e ao recém-nascido, porque todas as mulheres devem ser capazes de prestar cuidados básicos a si mesmas e às suas crianças no momento da alta. É crucial, também que a mulher seja ensinada a reconhecer os sinais e sintomas que possam indicar problemas e como obter conselho e ajuda rapidamente se os mesmos aparecerem. Após o regresso a casa a mãe assume a responsabilidade pelo cuidado do filho, adaptando-se às exigências da criança e gerindo melhor o tempo, assume o seu autocuidado, e expressa as expectativas que tem em relação ao desempenho do papel maternal.

Relativamente aos cuidados imediatos ao recém-nascido a principal preocupação passa pela prevenção da hipotermia e todas as consequências que daí advém. A perda de calor no recém-nascido decorre por convecção, radiação, evaporação e condução (Lowdermilk, et al., 2008); assim, a perda de calor deve ser controlada para proteger a criança. O *stress* da exposição ao frio condiciona alterações metabólicas e fisiológicas em todos os recém-nascidos. A frequência respiratória aumenta, o consumo de oxigénio e energia é desviado das funções de normal manutenção do cérebro e do coração para a termogénese essencial à sobrevivência, tais alterações agravam a existência da síndrome da dificuldade respiratória (Lowdermilk, et al., 2008). Como EEESMO, é importante estar alerta e nas primeiras horas promover o aquecimento controlado do recém-nascido.

Outra atitude fundamental nos cuidados imediatos ao recém-nascido é o controlo das glicemias séricas. De acordo com Lowdermilk [et al] (2008), ao nascer o recém-nascido deixa de ter o fornecimento de glicose materna, originando no início uma diminuição dos níveis de glicemia. O aumento das necessidades energéticas do recém-nascido contribuem para uma rápida depleção das reservas de glicogénio nas primeiras 24 horas de vida. Na maioria dos recém-nascidos de termo saudáveis, os níveis de glicemia estabilizam entre os 40 e os 60 mg/dl durante as primeiras horas após o nascimento. O início da alimentação ajuda na estabilização dos níveis de glicemia. Os recém-nascidos foram vigiados e se estes apresentassem tremores ou estivessem agitados, eram determinados os valores da glicemia para despitar a hipoglicemia, e proceder de acordo, comunicando ao pediatra e oferecendo leite adaptado ou administrando glicose 5% oral, segundo indicação do mesmo.

Também o desenvolvimento infantil é alvo dos nossos cuidados. É importante verificar a eliminação de mecónio por parte do recém-nascido nas primeiras 48 horas, no entanto, a maioria elimina nas primeiras 12 horas de vida e a totalidade nas primeiras 24 horas (Lowdermilk, et al., 2008). A cor verde das fezes meconiais está relacionada com o tempo de permanência das fezes no intestino. Ao 3º dia surgem as fezes de transição que apresentam cor verde-acastanhada a amarelo-acastanhada, são mais líquidas do que o mecónio e contém restos alimentares (Lowdermilk, et al., 2008). A cor amarela está relacionada com a bilirrubina e a verde com a biliverdina. Espera-se também que o recém-nascido elimine urina nas primeiras 24 horas após o nascimento, de coloração normal e que o número de micções esperadas por dia seja de 6 a 8 (Lowdermilk, et al., 2008). A urina pode apresentar umas manchas alaranjadas/avermelhadas resultantes da eliminação dos cristais de urato (Lowdermilk, et al., 2008). Assim, qualquer alteração a este padrão de desenvolvimento infantil deve ser comunicado ao pediatra.

Após o nascimento do recém-nascido, o EEESMO tem a responsabilidade de realizar determinadas intervenções, para providenciar a sua segurança. Conforme Lowdermilk [et al] (2008), e como procedimento, na maternidade local de estágio, é obrigatório a profilaxia da infeção ocular, instilando um agente profilático nos olhos do recém-nascido como medida de precaução da conjuntivite neonatal (cloranfenicol colírio), assim como a administração da fitometadiona 1mg por via intramuscular para prevenção das hemorragias do recém-nascido, visto ainda não estarem fisiologicamente preparados para a síntese da vitamina K.

Durante o processo de adaptação à parentalidade, surgem os mais diversos sentimentos por parte da mulher, agora mãe. Além das alterações físicas que a mulher tem que ultrapassar, ela sofre um turbilhão de sentimentos, com uma mescla de hormonas, acrescidas da responsabilidade de cuidar de um recém-nascido frágil e indefeso. Ela sente-se muitas vezes insegura, incapaz e alvo de críticas, quer por parte dela, da família, amigos e muitas vezes, mesmo, dos profissionais de saúde.

As suas dúvidas e questões são inúmeras. Mesmo frequentando os cursos de preparação para o parto e parentalidade, as puérperas precisam de apoio, necessitam de cuidados especializados... Tanto profissionalmente, como pessoalmente os membros da família procuram os enfermeiros, quando um novo bebé é esperado (Melrose, 2010). Neste sentido, foram desenvolvidos cuidados na área de adaptação à parentalidade.

Uma das preocupações mais sentidas por parte das jovens mães foi a interpretação do choro do bebé e de como o acalmar. Foi um tema bastante abordado, tendo sido uma das dificuldades mais expressas por parte das mães e sobre a qual foi disponibilizado mais tempo.

É fundamental, as mães compreenderem que “o choro persistente no início de vida é um problema comum e tem sido relatado em aproximadamente 20% dos pais. Na maioria dos casos, nenhuma causa orgânica é encontrada, e o choro melhora passados os primeiros 3 a 4 meses de vida” (Batchet, 2010).

O mais importante é transmitir às mães que o choro é uma das principais formas de comunicação social do bebé e alguns bebés choram mais que os outros, mas todos eles o fazem (Lowdermilk, et al., 2008). Choram, para comunicar que têm fome, que se sentem desconfortáveis, que estão molhados, doentes ou aborrecidos e, por vezes, sem qualquer razão aparente. Também é importante a dinâmica da relação mãe / bebé, pois a ansiedade e depressão materna são conhecidas por se refletirem no comportamento do bebé (Batchet, 2010). O essencial é demonstrar aos pais, que quanto mais tempo, eles estão perto do bebé, mais fácil se torna interpretar o significado do choro (Lowdermilk, et al., 2008).

Devemos tranquilizar os pais, pois o choro é normal entre todos os bebés. No entanto o choro excessivo, geralmente, resolve-se por volta dos 3 a 4 meses de idade (Batchet, 2010).

De acordo com Batchet (2010), de entre outras medidas, podemos :

- Informar os pais sobre os padrões de sono normais, mas enfatizar que as exigências de sono diferem de acordo com a criança.
- Educar os pais sobre os sinais de cansaço, tais como franzir a testa, as mãos crispadas, empurrar os membros, chorar e gemer. Aconselhá-los que, levando isso em conta, se eles acham que o bebê está cansado, deveriam tentar colocá-lo a dormir.
- Falar sobre a necessidade de interação dos pais com o bebê - às vezes os pais podem desenvolver uma campanha para evitar o choro, direcionando toda a energia contra a sobrestimulação. Por exemplo, não permitir que o bebê brinque, se ele estiver cansado, ou mesmo levá-lo para um passeio. Alternativamente, os pais podem dar um banho morno ao bebê e em seguida colocá-lo a dormir.

Outra necessidade premente, devido principalmente ao receio por parte dos pais, são os cuidados ao coto umbilical. À medida que o coto umbilical seca, ele murcha e fica com uma coloração preta. Na área de separação entre o coto umbilical e a parede abdominal figura-se uma área de formação de leucócitos e glóbulos brancos. Durante o processo de separação normal do cordão umbilical mumificado, o material que se forma nesta junção, assemelha-se, por vezes, com pus, e é muitas vezes erroneamente identificado como uma infecção. Antes da separação, o coto remanescente, pode ser considerado uma via possível de infecção, através dos vasos de fluxo de sangue do recém-nascido (Zupan, et al., 2004).

Os pais foram informados sobre os sinais e sintomas de infecção do coto umbilical assim como a prestarem os cuidados ao mesmo, certificando-me que tiveram a oportunidade de treinarem. O coto umbilical é um excelente meio para o crescimento bacteriano, podendo ficar facilmente infetado (Lowdermilk, et al., 2008), portanto, deve ser avaliado relativamente à presença de edema, rubor e secreção purulenta. Informe os pais que o coto umbilical separa-se entre o 5.º e o 8.º dia pós-nascimento nos partos vaginais e um dia mais tarde nos partos por cesareana (Fraser, et al., 2006). E o mais importante, além da limpeza e antisepsia com prévia higienização das mãos é manter o coto umbilical seco, evitando mesmo os cremes hidratantes na zona circundante (Caple, 2011).

O tratamento ao coto umbilical, por rotina, consiste na frequente e cuidadosa observação do coto umbilical, assim como a limpeza e manutenção do coto a seco

(Caple, 2011). Ainda segundo esta autora, a limpeza difere, desde a utilização de água e sabão até a utilização de agentes antimicrobianos, como álcool e iodopovidona. Neste campo de estágio, faz-se a limpeza com água e sabão durante o banho e depois a antissepsia com álcool a 70°, 2 x dia.

É importante identificar e comunicar ao pediatra sinais e sintomas de infeção do coto umbilical (edema, rubor, ou secreção purulenta), e ainda ensinar os pais a prestarem cuidados de rotina ao coto umbilical, com uma solução antisséptica (álcool a 70%), e orientá-los a recorrer ao SU, caso surjam sinais de infeção. É essencial estar ciente das raras complicações, mas potencialmente letais da onfalite. O reconhecimento imediato da sintomatologia é crucial para a sobrevivência da criança (Fraser, et al., 2006).

Surgiu com frequência também situações de eritema tóxico no recém-nascido. Os pais foram tranquilizados, pois o Eritema Tóxico Neonatal (ETN) é uma erupção transitória neonatal comum e variável. (Ferahbas, et al., 2009). Ocasionalmente apresenta-se no momento do nascimento, mas a maioria dos casos de ETN, iniciam-se 24 a 48 horas após o parto, aumentam e diminuem passados alguns dias. As lesões na pele podem apresentar distintas e variadas combinações: máculas eritematosas, pápulas e pústulas (ou vesículas). A etiologia do ETN permanece desconhecida. Sabe-se apenas, que o eritema tóxico é o resultado da passagem dos linfócitos maternos para a circulação neonatal num determinado sistema de reconhecimento dos anticorpos, levando à erupção cutânea como processo inflamatório (Ferahbas, et al., 2009). O seu aparecimento não tem qualquer significado clínico e não requer tratamento (Lowdermilk, et al., 2008).

Também foi foco de atenção o despiste da hiperbilirrubinemia, pois é uma das principais fontes de ansiedade das jovens mães. A sua preocupação é saber se o recém-nascido necessita de ficar internado mais tempo a fazer fototerapia. Segundo Lowdermilk [et al] (2008), o melhor tratamento para a hiperbilirrubinemia é a prevenção, dado que a bilirrubina é principalmente excretada pelas fezes, esta situação pode ser prevenida alimentando precocemente o recém-nascido, estimulando assim a eliminação de mecónio através do qual é feita a excreção de bilirrubina. Contudo, os níveis de bilirrubina não-conjugada, podem elevar-se acima dos limites normais causando a hiperbilirrubinemia. O objectivo do tratamento é ajudar a reduzir os níveis séricos da bilirrubina não conjugada. A principal forma de o fazer é através da fototerapia. Assim, os pais foram esclarecidos e orientados quanto aos tratamentos e aos cuidados a ter durante a fototerapia. De acordo com

Lowdermilk [et al] (2008) é importante que o bebé seja adequadamente hidratado, pois a luz aumenta a perda insensível de água, colocando o bebé em risco de perder líquidos e desidratação. É importante a mãe perceber a necessidade de uma mamada eficiente para manter o equilíbrio hidro-electrolítico, e que a excreção de urina pode estar diminuída ou inalterada.

O aleitamento materno é um bom indicador de uma boa adaptação ou não, ao papel parental, isto porque, conforme foi percebido ao longo do estágio, se a amamentação corresse bem, a adaptação ao novo papel decorria sem grandes dificuldades. Como referem Dennis [et al.] (2007), no seu estudo, a identificação precoce de mães que amamentam com sintomatologia depressiva é necessária não só para reduzir a morbilidade associada à depressão pós-parto, como também, numa tentativa de promover o aumento das taxas de aleitamento materno.

A duração da amamentação foi estatisticamente associada a fatores psicológicos, incluindo otimismo, autoeficácia da amamentação, confiança no leite materno, expectativas na amamentação, ansiedade e planeamento da duração da amamentação (O'Brien, et al., 2008).

Estes autores concluem que o aumento do conhecimento dos fatores que influenciam a amamentação irá auxiliar na identificação de mulheres em risco de desmame precoce e na construção de programas de capazes de aumentar o período de tempo no qual as mulheres amamentam.

Os estudos recentes de Cross-Barnet [et al.] (2012) Cit. por (Tawia, 2012) concluem que as mães precisam de informações consistentes, sustentadas e apoio para desenvolver e cumprir as metas de amamentação pessoais. Também, de acordo com os estudos de Meedy [et al.] (2010) Cit. por (Tawia, 2012), o relato das intervenções mais eficazes inclui uma combinação do face-a-face, educação, apoio e orientação, abrangendo tanto o pré-natal, como o pós-natal.

Segundo a OMS, o leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções.

O aleitamento materno tem vantagens para a mãe e para o bebé: o leite materno previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; o leite materno tem um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca; o leite materno faz com que os bebés tenham uma melhor adaptação a outros alimentos. No que diz respeito às vantagens para a mãe, o aleitamento materno facilita uma involução uterina mais precoce, e associa-se a uma menor probabilidade de ter cancro da mama entre outros. Sobretudo, permite à mãe sentir o prazer único de amamentar. Para além de

todas estas vantagens, o leite materno constitui o método mais barato e seguro de alimentar os bebés (Levy, et al., 2008).

Segundo, Levy [et al] (2008), o sucesso do aleitamento materno, pode ainda ser definido pela qualidade da interação entre mãe e bebé, durante a mamada, pois este proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre a mãe e o bebé.

Durante o estágio do puerpério, constataram-se situações relativamente à maceração do mamilo e ao ingurgitamento mamário. São problemas comuns nas puérperas. Relativamente à maceração, isto acontece, na maior parte das vezes, devido à técnica da mamada incorreta (Lowdermilk, et al., 2008). As mulheres foram orientadas para corrigir a pega, colocarem colostro nos mamilos depois das mamadas, e deixarem os mamilos arejarem. O ingurgitamento mamário pode surgir no 3º ou 4º dia pós-parto (Lowdermilk, et al., 2008). As mamas apresentam-se edemaciadas, duras e dolorosas, a aréola pode ficar tão achatada que o bebé tem dificuldade na pega e pode surgir febre (> 38°C) nas primeiras 24 horas (Lowdermilk, et al., 2008). Foram realizados cuidados no sentido de promover o esvaziamento da mama; estimular o reflexo de ocitocina (a puérpera deve estar descontraída com o bebé ao lado); passar com o chuveiro água quente na mama; beber uma bebida morna (não tomar café, chá preto ou cacau); executar massagem da base para o mamilo; se entretanto apresentarem edema, pode-se aplicar água fria ou gelo, depois de retirar o leite.

A amamentação e a identificação dos sinais de fome e de saciedade que o bebé apresenta é um tópico problemático. Neste sentido, é importante que o EEESMO transmita esta informação à mãe e se certifique que ela compreenda estes sinais. De acordo com Lowdermilk [et al] (2008) quando os RN sentem fome, normalmente choram vigorosamente até que as suas necessidades sejam satisfeitas, não devemos esperar que o RN chore vigorosamente ou que fique sonolento para alimentá-lo, é melhor iniciar a alimentação quando o bebé manifesta algumas destas indicações: movimentos de mão-na-boca ou das mãos, movimentos de sucção, reflexo de rotação e movimentos de boca. É importante transmitir aos pais que o bebé fica satisfeito se mama no mínimo 8 vezes por dia, se ganha peso constante, em média 18 a 30 gramas por dia, se permanece bem hidratado (6 micções e 1 a 2 dejectões na fralda / dia), e se dorme ou parece satisfeito entre as mamadas. É indispensável lembrar à mãe da necessidade de alimentar o bebé em horário livre, ou seja, sempre que ele quiser.

3. PREVENÇÃO DAS INFEÇÕES URINÁRIAS NA GRAVIDEZ: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, foi produzida uma revisão integrativa da literatura de uma área de interesse dos cuidados especializados do EESMO, de forma a dar resposta à manifesta necessidade de mobilizar conhecimentos de suporte à prática baseada em evidências e a desenvolver competências na área da investigação.

Ao contactar com a realidade dos cuidados especializados, há sempre uma temática que suscita mais atenção. A problemática das infeções urinárias é pertinente por ser pouco valorizada pelos profissionais de saúde. Isto é, os EEESMO investem pouco, no âmbito da prevenção das infeções urinárias.

Ao contactar com a realidade da gravidez patológica ou complicada, apercebi-me da necessidade da inter-relação constante de saberes teóricos e práticos. A grávida é visualizada não somente como um processo de gravidez, mas também como mulher, foco de atenção dos nossos cuidados. Durante o percurso teórico, preocupei-me com os saberes, com a patologia, com os exames de diagnóstico, se foram realizados ou não, com a gestação, etc. Mas só ao contactar com a realidade prática, é que me apercebi que toda aquela panóplia de saberes é parte constituinte do nosso foco de atenção - a mulher num processo de transição, de indivíduo único, para mãe, e neste caso acrescido de um problema de saúde que pode interferir na gestação. Devo incluir todos os processos de adaptação daí inerentes. A mulher grávida tem de se adaptar à criança que está para nascer, à patologia que desenvolveu (ITU) e, aos riscos para si e para o seu filho.

Todo este conjunto de circunstâncias aumenta os níveis de ansiedade e insegurança da mulher grávida. Neste sentido, é fundamental, o EEESMO estar atento e minimizar estas preocupações, favorecendo uma gravidez, o mais saudável quanto possível.

3.1 Problemática Em Estudo

A infecção urinária é a complicação mais frequente na gravidez, podendo alcançar especial gravidade tanto para a mãe como para o feto (Roura, 2003).

Devido à gravidade das consequências das ITU, e à frequência com que ocorre (a ITU), é importante o EEESMO ter a sensibilidade de perceber o porquê da sua prevalência e como ajudar a prevenir, e quando presente, como tratar de forma a minimizar as consequências tanto para a mãe como para o feto/recém-nascido.

Para tal, foi pertinente recorrer à evidência científica para encontrar uma resposta às dúvidas e questões que esta problemática suscita.

A infecção do trato urinário (ITU) é uma patologia extremamente frequente, que ocorre em todas as idades (Heilberg, et al., 2003). Segundo estes autores, a incidência de ITU aumenta na idade adulta, com predomínio no sexo feminino, e mantém-se com picos no início da atividade sexual, durante a gestação e na menopausa. De forma que, 48% das mulheres apresentam pelo menos um episódio de ITU ao longo da vida.

De acordo com Heilberg [et al.] (2003) a prevalência de bacteriúria assintomática é de 10% na gravidez, podendo ser observada no início da gestação ao 3º trimestre. Como a incidência das ITU é, portanto, elevada e não existem intervenções de enfermagem definidas e exploradas na nossa prática diária, optei por esta problemática, de forma a dar um contributo efetivo para o conhecimento em enfermagem.

3.2. Enquadramento Teórico

Sistema Urinário: Modificações Morfológicas

As alterações na morfologia renal durante a gravidez resultam da atividade hormonal (estrogénios e progesterona), da pressão exercida pelo aumento de volume do útero e pelo aumento do volume de sangue (Lowdermilk, et al., 2008).

Segundo Lowdermilk [et al] (2008), logo por volta das 10 semanas de gravidez, o bacinete e os ureteres dilatam-se. Na fase final da gravidez, o bacinete e o ureter do lado direito estão mais dilatados do que os do lado esquerdo, em resultado da deslocação do útero para a direita provocada pelo cólon sigmóideo. Estas alterações levam a que o bacinete e o ureter armazenem uma grande quantidade de urina, o que diminui o débito urinário. A retenção, ou estase urinária daí resultante pode ter várias consequências:

- A urina estagnada constitui um meio ótimo para o desenvolvimento de microorganismos. Acresce que a urina da grávida contém grandes quantidades de nutrientes, incluindo glicose, o que lhe aumenta o pH (tornando-a mais alcalina). Por isso as grávidas são mais suscetíveis às infeções urinárias (Lowdermilk, et al., 2008).

De acordo com Lowdermilk [et al] (2008), no início da gravidez são comumente, referidos problemas de irritabilidade da bexiga, nictúria, frequência e urgência urinária (sem disúria). Perto do termo, estes sintomas acima referidos, podem voltar a surgir, especialmente depois do encravamento, pois o útero aumentado de volume provoca compressão da bexiga, o que acarreta maior frequência e urgência urinária, mesmo quando a bexiga só contém uma pequena quantidade de urina.

Infeções Do Trato Urinário Na Grávida

Podemos dizer, que existe uma infeção urinária quando aparecem, por um lado, bacteriúria, com a presença de microorganismos patogénicos na urina que atinge um nível significativo, e por outro lado, uma leucocitose, com a presença anormal de leucócitos (Roura, 2003).

Segundo o mesmo autor, as infeções sintomáticas do trato urinário encontram-se com maior frequência nas mulheres grávidas, se comparando com a população das mulheres não grávidas. Isto sugere, com o que referimos anteriormente, que existem determinados fatores, presentes na gravidez, que induzem as bactérias a multiplicarem-se proliferativamente e a ascender às vias urinárias altas. O trato urinário experimenta uma série de mudanças significativas, ainda que inicialmente normais na gravidez. Há que destacar a hipotonia muscular ao nível das paredes ureteral e vesical, mudanças nas propriedades físico-químicas da urina e mudanças ao nível do parênquima renal (Roura, 2003).

Bacteriúria Assintomática

A incidência de bacteriúria assintomática durante a gravidez varia consoante os estudos, entre 4 e 10%, sendo mais frequente nas mulheres diabéticas e nas doentes com drepanocitose. Cerca de um quarto dos casos se não detetados e tratados virão a evoluir para pielonefrite (Graça, 2000).

De acordo com Roura (2003), a frequência da bacteriúria assintomática na população feminina aumenta com a idade, mas também com a paridade e atividade sexual, e por vezes com alterações da hemoglobina. No que se refere à repercussão da bacteriúria assintomática sobre o feto, demonstrou-se a sua influência no parto prematuro e a restrição de crescimento fetal (baixo peso ao nascer e atraso no crescimento), sequelas neurológicas, e, em geral, aumento da mortalidade e morbidade perinatal.

Segundo Graça (2000), habitualmente a infeção urinária na grávida é causada por uma enterobacteriácea (*Escherichia coli* em 80% dos casos, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*) ou por enterococos, dando-se a contaminação por via ascendente a partir do períneo, facilitada pelo encurtamento da uretra, característico da gravidez. O rastreio da bacteriúria assintomática deve ser efetuado sistematicamente em todas as grávidas, independentemente de eventuais fatores de risco, com o objetivo de reduzir a incidência de pielonefrite (Graça, 2000).

Como Graça (2000) afirma, a terapêutica da bacteriúria assintomática deve ser, sempre, estabelecida com base no antibiograma. Cerca de uma semana após o término da terapêutica, deverá ser efetuada uma urocultura de controlo e repetida a terapêutica se a bacteriúria não tiver sido erradicada.

Cistite Aguda

Segundo Roura (2003), a cistite aguda na gravidez, tem características clínicas bastante distintas. Trata-se de um síndrome caracterizado por uma clínica de urgência e frequência miccional, disúria e desconforto supra púbico com a ausência de sintomas generalizados como são a febre e a dor lombar. Pode aparecer uma clara hematúria macroscópica e a urocultura é claramente positiva com níveis de crescimento superiores a 100.000 colónias/ml.

A incidência durante a gravidez é de 1% e cerca de dois terços dos casos apresentaram, precedentemente, um rastreio bacteriológico de urina negativo (Graça, 2000).

Pielonefrite

De acordo com Roura (2003), a pielonefrite é uma das complicações médicas mais frequentes durante a gravidez. A incidência geral tem sido referida como de 1-2% de todas as pacientes obstétricas com uma taxa de recorrência de 10-18% durante a mesma gravidez.

O estado grávidico diminui a tolerância às infecções urinárias altas, sendo mais frequente verificarem-se efeitos exagerados de endotoxemia, hipotensão, síndrome de dificuldade respiratória do adulto e anomalias hematológicas, hepáticas e renais. Além do significativo risco para a grávida, a pielonefrite aguda associa-se a rotura prematura das membranas, parto pré-termo, atraso de crescimento fetal e mortalidade perinatal aumentada (Graça, 2000).

De acordo com o mesmo autor, ocorre, mais frequentemente na 2ª metade da gravidez e manifesta-se por febre alta, calafrios, mal-estar e lombalgias, estando presentes por vezes, sintomas de cistite. Algumas grávidas doentes referem, náuseas e vômitos e contractilidade uterina. Na observação, a grávida apresenta-se prostrada, desidratada e frequentemente com oligúria.

O tratamento deve ser sempre efetuado em regime de internamento, iniciando-se a antibioterapia empírica antes de serem conhecidos os resultados microbiológicos da urina, cuja colheita, sempre que possível deve ser feita por algáliação sob estrita antissepsia. A reposição de fluidos e antibioterapia por via endovenosa são as pedras angulares do tratamento. A hidratação será feita com solutos de cristaloides. A antibioterapia inicial será sempre por via parentérica, utilizando-se um agente de largo espectro antes de se conhecerem os resultados do antibiograma. A maioria das doentes mostrará resposta à terapêutica, passadas 48 a 72 horas. Logo que as grávidas estejam apiréticas durante 24 a 48 horas, a terapêutica antibiótica passará a fazer-se por via oral, com a duração mínima de duas semanas, e com controlos bacteriológicos de urina regularmente (Graça, 2000).

De acordo com o mesmo autor, após o parto, continuará a vigilância bacteriológica e investigar-se-ão eventuais anomalias do aparelho urinário se tal for necessário.

Pontos-Chave no diagnóstico da infecção urinária na gravidez (Roura, 2003)

- Urocultura no início da gravidez é um procedimento diagnóstico de eleição da bacteriúria assintomática;
- As infecções urinárias apresentam uroculturas com mais de 100.000 colónias/ml de um só microorganismo, geralmente *E.coli*. As uroculturas mistas devem-se a contaminação ou má conservação das amostras;
- Em muitas bacteriúrias assintomáticas não aparece piúria.

Consequências das Infecções Urinárias

Segundo Graça (2000), as infecções extrauterinas, principalmente as infecções urinárias são responsáveis por 5 a 10 % dos PPT, provavelmente por um mecanismo semelhante ao da corioamniotite. Por esta razão, a pesquisa sistemática de bacteriúria, ainda que assintomática e o seu tratamento, devem ser feitos em todas as grávidas, pelo menos uma vez por trimestre (Graça, 2000).

As consequências das infecções urinárias poderão ser gravíssimas, desde o parto pré-termo, rotura prematura de membranas a morbimortalidade materno - fetal. É pois, importante verificar que existem medidas simples e fáceis de executar, quer pela grávida, quer pelo EEESMO, que possam evitar as consequências gravíssimas das ITU. Assim, é importante o EEESMO orientar as grávidas para a promoção do autocuidado, mais especificamente para a prevenção das infecções urinárias. Tais informações passam por reforçar a importância da lavagem das mãos, antes e após as micções; reconhecer a importância de limpar a região perineal da uretra para o ânus; preferência pela utilização de papel higiénico macio, absorvente, idealmente branco e não perfumado, pois podem causar irritação da uretra. É essencial, ainda aconselhar a grávida a usar cuecas e collants com reforço de algodão e evitar o uso de cintas, jeans e cuecas muito apertadas, por longos períodos, ou seja, tudo o que possa produzir calor e humidade na área genital pode contribuir para o crescimento de microorganismos. Na promoção do autocuidado o EEESMO aconselha a mulher a beber diariamente cerca de 2 litros (8 copos) de água, para manter uma adequada ingestão hídrica e assegurar um débito urinário correspondente. É ainda essencial, as mulheres

grávidas reconhecerem que face à presença de urina com aspeto mais escuro (concentrada) é importante ingerir maior quantidade de líquidos e recorrer aos cuidados de saúde, caso a urina se apresente com cheiro, hematúria ou dor durante a micção (Lowdermilk, et al., 2008).

Segundo, Shieve [et al.] (1994) as infecções urinárias na gravidez implicam um factor de risco para resultados perinatais adversos, sendo eles, parto prematuro, recém-nascidos de baixo peso e morte perinatal. Referem mesmo, que o risco de evolução da infecção urinária para pielonefrite aumenta exponencialmente durante a gravidez. Os resultados do seu estudo realçam a importância da urocultura para identificar as utentes com risco elevado de resultados adversos. Duarte [et al.] (2002) afirmam que a principal complicação é ameaça de parto pré-termo e o parto pré-termo.

Haram [et al.] (2003), referem que a bacteriúria assintomática pode evoluir para pielonefrite e parto pré-termo e deve ser tratada quanto antes. Eles próprios relatam que, o tratamento da bacteriúria assintomática reduz a incidência do parto pré-termo e dos recém-nascidos de baixo peso ao nascer, confirmado mais tarde por Widmer [et al.] (2011).

Duarte [et al.] (2002) acrescentam que após o diagnóstico clínico da infecção urinária aguda e confirmação com exame de urina tipo I, na maioria dos casos a instituição do tratamento requer urgência, sem tempo para a obtenção do resultado da urocultura e antibiograma. O seu estudo, entre outros, demonstra que, a *E. coli* é o microorganismo mais frequente; daí ser necessário agir empiricamente na implementação da antibioterapia. Actualmente, existem protocolos de actuação nas diversas instituições, para a administração da antibioterapia empírica, sendo consensual as orientações de Ayres de Campos [et al.] (2008) - antibioterapia EV (ceftriaxona 2g EV 1xdia) até 24 horas de apirexia e melhoria clínica, passando depois a PO (amoxicilina/clavulato 875/125mg PO 12/12horas) (duração total da antibioterapia 10 dias; se complicações 14 dias) (Ayres de Campos, et al., 2008):p.60.

Haram [et al.] (2003), asseguram que os antibióticos devem ser administrados quando as uroculturas são positivas, quer sejam a bacteriúria assintomática ou a pielonefrite.

3.3. Método

Este trabalho constitui um estudo de abordagem qualitativa, para a identificação de artigos sobre o tema da prevenção das infecções urinárias na gravidez. Para tal, foi adotada uma revisão integrativa da literatura que é um método de pesquisa utilizado na PBE, que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Este método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (Mendes, et al., 2008)

A prática baseada na evidência é uma abordagem que encoraja o desenvolvimento e/ou utilização de resultados de pesquisas na prática clínica. Devido à quantidade e complexidade de informações na área da saúde, há necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, dentro destes, destaca-se a revisão integrativa (Mendes, et al., 2008).

A revisão integrativa da literatura compreende as seguintes etapas: 1.^a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2.^a estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem na literatura; 3.^a definição de informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4.^a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5.^a interpretação dos resultados; 6.^a apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Mendes, et al., 2008).

A partir do exposto, evoluiu-se para a questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa. Assim, o tema em estudo apresentou algumas questões que permitiu problematizar as práticas de enfermagem e operacionalizar a mobilização de conhecimentos, quer em relação às complicações da ITU na gravidez, quer no que concerne ao planeamento de intervenções de enfermagem face à temática proposta para estudo.

A procura da evidência tem por finalidade, guiar a tomada de decisão nos cuidados a realizar, permitindo o desenvolvimento de competências através de práticas científicas.

A investigação sobre o tema teve como fio orientador as seguintes questões:

O que dizem as evidências científicas acerca desta problemática, e em relação à prevalência?

Como prevenir as infecções urinárias na gravidez?

Qual a intervenção do enfermeiro especialista?

O processo de encontrar a resposta adequada à dúvida surgida na prática, depende da forma como é elaborada a pergunta. É importante dar prioridade às questões para as quais se deve procurar a melhor evidência, e à informação de que se necessita e que é relevante para a prática de cuidados.

A pergunta formulada foi: ***Qual a intervenção do enfermeiro especialista para prevenir as infecções urinárias na gravidez?***

Após a formulação da pergunta, foi importante, para a pesquisa em bases de dados, encontrar as palavras-chave ou descritores que melhor escrutinem a questão de investigação. As palavras-chave utilizadas foram: “urinary infection”, “pregnancy”, “prevention”, “nurse” e “midwife”.

A estratégia da identificação da evidência existente e seleção dos estudos foi a pesquisa de publicações indexadas nas bases de dados científicos, através de motores de busca, sendo eles a “EBSCO” e a “SCIELO” e as bases de dados onde foi recolhida informação foram: “Mediclatina”, a “Academic Search Complete”, e a “Cochrane Database of Systematic Reviews”, desde Janeiro de 2012 a Outubro de 2012.

Depois de definida a problemática e as questões de pesquisa, estabeleceu-se os critérios de inclusão e exclusão dos estudos. Os critérios de inclusão englobam todos os artigos que abordam a temática estudada (prevenção, infecções urinárias, gravidez e enfermagem), apresentados em texto integral (full text), disponíveis para análise, de revisão de literatura ou ensaios clínicos, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, entre 2006 e 2012. Os artigos excluídos foram os estudos, que não atenderam aos critérios de inclusão acima mencionados.

Como nesta temática a investigação em enfermagem ainda é reduzida, não conseguimos identificar uma intervenção particular que produza um determinado resultado (prevenção das infecções urinárias). Pretendemos, sim, tentar descobrir qual a intervenção ou conjunto de intervenções que nos levem a obter o resultado pretendido. Para tal, nos estudos eleitos, comparou-se intervenções e atitudes por parte dos participantes, ou meios de diagnóstico, ou tratamentos em grupos que apresentaram infecções urinárias ou não durante a gravidez. Contudo, também já

começaram a surgir estudos com revisões de ensaios controlados comparativos e aleatórios, que proporcionam uma poderosa forma de evidência.

3.4 Resultados

Utilizando a estratégia de pesquisa já anteriormente descritas, foram identificados nas diferentes bases de dados inúmeros artigos, sendo alguns repetidos. Muitos foram rejeitados porque, não se relacionavam com o tema em estudo ou apresentavam conteúdos relacionados com outras disciplinas, afastando-se da investigação em enfermagem. Dos 10 artigos selecionados, selecionaram-se revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados, contudo 2 dos artigos foram rejeitados, 1 por não responder à questão de investigação e o outro por não ter um *design* de investigação que permita avaliar o nível de evidência. Em suma, 8 dos artigos foram incluídos nesta revisão integrativa da literatura, sendo 2 artigos de revisões sistemáticas, 2 artigos de ensaios clínicos singulares, 2 artigos de ensaios quasi-experimentais, 1 artigo de estudo não-experimental (qualitativo) e 1 artigo de revisão narrativa da literatura.

Na tabela seguinte é realizada a análises dos artigos selecionados para esta revisão da literatura, onde é especificada a informação referente ao título e nível de evidência dos artigos, passando pelo ano de publicação, fonte, país, objetivos do estudo, metodologia, resultados e conclusões dos autores.

É importante nesta revisão integrativa da literatura determinar o nível de evidência dos artigos selecionados. Assim, quando se procura a evidência sobre a eficácia das intervenções, as revisões sistemáticas de ensaios aleatórios controlados ou, ensaios aleatórios controlados, proporcionam a mais poderosa forma de evidência (Craig, et al., 2004). Isto porque, segundo os mesmos autores, o processo de amostragem aleatório significa que as diferenças observadas entre o grupo de intervenção e o grupo de comparação são provavelmente devidas às intervenções em análises e não a outros fatores.

Os níveis de evidência são apresentados por um esquema que permite a compreensão do valor da informação apresentada sobre a questão em estudo, aplicando-se a questões sobre a eficácia de terapias ou intervenções (Craig, et al., 2004), que é o que se pretende nesta revisão integrativa da literatura. Dos vários

esquemas disponíveis de hierarquia da evidência, optou-se pela estrutura hierárquica de Lewin [et al.] (2008), semelhante a uma pirâmide. Segundo esta classificação o nível mais alto da evidência está no topo da pirâmide e é caracterizada pelo aumento da relevância das provas para a situação clínica estudada.

Tabela 1: Análise dos artigos selecionados para a revisão integrativa da literatura

Título do artigo	Autores Ano	Publicação País	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões	N.E.
“Cranberries for preventing urinary tract Infections (review)”	Jepson R, Craig J, (2009)	Cochrane database of Systematic Reviews Reino Unido	Avaliar a efetividade dos produtos de arando (cranberry) na prevenção das infecções do trato urinário em populações suscetíveis.	Revisão sistemática da literatura Inclusão de 10 estudos com 1049 participantes. Ensaio clínicos randomizados e quasi-randomizados de produtos de cranberry para prevenir as ITU em populações suscetíveis, comparando a toma do sumo de cranberry com a toma de placebo.	Os produtos de cranberry reduzem significativamente a incidência de infecções sintomáticas do trato urinário, em 12 meses, quando comparadas com a toma de placebo.	Os produtos de cranberry foram mais eficazes na redução das infecções do trato urinário em mulheres com ITU de repetição, do que em homens idosos, ou pessoas que necessitam de cateterização.	I
“Duration of treatment for asymptomatic bacteriúria during pregnancy (review)”	Widmer M, Gülmezoglu M, Roganti A, Mignini L, (2011)	Cochrane database of Systematic Reviews Reino Unido	Identificar se uma dose única de antibiótico é tão eficaz, quanto os tratamentos mais longos, para os resultados maternos e neonatais.	Revisão sistemática da literatura Inclusão de 13 estudos com 1622 participantes. Ensaio clínicos randomizados e quasi-randomizados comparando regimes terapêuticos antimicrobianos, que diferem em termos de duração, em mulheres grávidas diagnosticadas com bacteriúria assintomática.	Não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de recorrência de bacteriúria assintomática entre os grupos tratamento e controle. Pequenas diferenças foram detetadas para nascimentos prematuros e pielonefrite.	Um regime antimicrobiano de um dia é menos eficaz do que um regime de sete dias. Mulheres com bacteriúria assintomática na gravidez devem ser tratadas pelo regime padrão de antibióticos.	I

<p>“El jugo de arándano y su papel em las infecciones de las vias urinárias”</p>	<p>Eduardo R, González C, Jaen S, Escoto P, Urquiza E, Rosenfield O, Ortiz C, Castellanos V. (2009)</p>	<p>Gynecologia y Obstetricia de México México</p>	<p>Perceber o efeito do sumo de arando na prevenção das infeções urinárias. Avaliar se a incidência das ITU diminui com a ingestão de sumo de arando</p>	<p>Revisão integrativa de ensaios clínicos singulares Análise e comparação de estudos científicos sobre a utilização do sumo de arando na prevenção das ITU desde 1995 a 2002</p>	<p>Nos utentes com bexiga neurogénica e com cateterização intermitente, não demonstrou prevenir a recorrência das infeções urinárias. Os estudos demonstram que o sumo de arando é mais eficaz nas mulheres do que nos homens, e mais nas mulheres mais jovens do que nas mais idosas.</p>	<p>O sumo de arando tem demonstrado ser eficaz na redução das ITU, particularmente em mulheres em idade reprodutiva. A dose recomendada é de 300 ml/ dia na concentração de 25% e pode reduzir até 50% a bacteriúria. O mecanismo de ação consiste em inibir a adesão bacteriana da E.coli no urotélio, através das proantocianidas tipo A, e não como se pensava pela acidificação da urina.</p>	<p>II</p>
<p>“Daily intake of 100mg ascorbic acid as urinary tract infection prophylatic agente during pregnancy”</p>	<p>Ochoa-Brust G, Fernández AM, Villanueva-Ruiz GJ, Velasco R, Trujillo-Hernández B, Vasquez C. (2007)</p>	<p>Acta Obstetricia et Gynecologica México</p>	<p>Avaliar o papel da toma diária de 100mg de ácido ascórbico e o seu efeito na profilaxia da infeção urinária da gravidez</p>	<p>Ensaio clínico simples aleatório e comparativo 2 grupos de grávidas ingeriram durante 3 meses: Grupo A – tratamento oral com sulfato ferroso, ácido fólico e ácido ascórbico. Grupo B – tratamento oral com sulfato ferroso e ácido fólico. Todas as grávidas foram avaliadas clinicamente e realizada urocultura mensalente, durante 3 meses</p>	<p>Presença de infeção urinária no grupo A = 12,7%. Presença de infeção urinária no grupo B = 29,1%.</p>	<p>A toma diária de 100mg de ácido ascórbico tem um papel importante na redução das infeções urinárias, aumentando o nível de saúde nas mulheres grávidas. Recomendam a toma adicional de vitamina C nas mulheres grávidas com antecedentes de incidência elevada de bacteriúrias e infeções urinárias.</p>	<p>II</p>

<p>“Condicionantes socioeconómicas, familiares e higiénicas de la infección urinária según las vivencias de las gestantes del hospital materno infantil «César Lopes Silva» de Villa el Salvador”</p>	<p>Shoji JL. (2007)</p>	<p>Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería Peru</p>	<p>Determinar a relação entre as condições socioeconómicas, familiares e higiénicas e as infeções urinárias na gravidez.</p>	<p>Estudo retrospectivo-comparativo Estudo qualitativo, com entrevista semi-estruturada, comparando dois grupos. Grupo experimental – urocultura positiva; Grupo controlo – urocultura negativa</p>	<p>As grávidas apresentavam conhecimentos escassos acerca da infeção urinária, Possuíam crenças populares referentes à prevenção, desenvolvimento e tratamento da doença, contexto social insatisfatório, identificando-se casas insalubres, desemprego e dificuldades económicas.</p>	<p>Inadequada higiene corporal é evidente no grupo com ITU. O grupo com urocultura positiva, referiu que a carência de água potável impossibilita uma adequada higiene corporal.</p>	<p>III</p>
<p>“Bacteriuria assintomática en mujeres embarazadas”</p>	<p>Quiroga-Feutcher G, Robles-Torres RE, Ruelas-Morán A, Gómez-Alcalá AV. (2007)</p>	<p>Revista Médica de Instituto Mexicano de Seguro Social México</p>	<p>Determinar a frequência de bacteriúria assintomática em mulheres grávidas que recorrem à Unidade de Medicina familiar 1 do Instituto Mexicano da Segurança Social de Obregon –</p>	<p>Ensaio clínico quasi-experimental Estudo prospetivo, longitudinal, descritivo e observacional, durante 4 meses (Setembro a Dezembro de 2004), em que foi feito controlo da urocultura a 72 grávidas, com menos de 24 semanas de gestação, no momento de inclusão no estudo, seleccionadas de forma aleatória.</p>	<p>Das 72 mulheres, 12 desenvolveram infeção urinária sintomática (16,7%) e 15 tiveram, pelo menos uma urocultura positiva, durante a vigilância, sem sintomas atribuídos a infeções urinárias, sendo assim diagnosticado, bacteriúria assintomática, pelo que receberam tratamento.</p>	<p>A cultura de urina é um elemento importante no controlo e vigilância pré-natal e ajuda a identificar um bom número de infeções urinárias que de outra forma passariam despercebidas.</p>	<p>III</p>

<p>“Creencias, prácticas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones urinarias”</p>	<p>Castro E, Caldas L, Cepeda C, Huertas B, Jiménez N (2008)</p>	<p>Aquichan – Universidade de Sabana Colômbia</p>	<p>Descrever as crenças, práticas e atitudes das mulheres grávidas, frente às infeções urinárias no Centro de Saúde Alfonso Lopez, Popayan, Colômbia</p>	<p>Estudo não experimental Método qualitativo, etnográfico em 21 mulheres grávidas, que vigiaram a gravidez no Centro de Saúde Alfonso Lopez.</p>	<p>A investigação permitiu conhecer o impacto que tem o saber cultural sobre a prática consciente do autocuidado durante a fase da gravidez. Da mesma forma, existe um forte desacordo sobre o uso dos antibióticos para o tratamento das ITU, por acreditarem nos efeitos nefastos que estas drogas podem causar no feto.</p>	<p>É a enfermeira durante a vigilância pré-natal, através de processos de comunicação eficaz e cumprimento da regulamentação em vigor, além dos testes laboratoriais de diagnóstico, e seguimento da cultura de urina para detecção precoce das ITU e prevenção de complicações, que faz educação para a saúde sobre comportamentos relevantes e estilos de vida saudáveis a serem adotados pelas mulheres grávidas, que resultarão em taxas de morbimortalidade materna e perinatal mais baixas.</p>	<p>IV</p>
<p>“Infecciones del tracto urinario”</p>	<p>Wurgaft A. (2010)</p>	<p>Revista Médica Clínica Las Condes Chile</p>	<p>Distinguir as diferentes ITU Saber atuar eficazmente em cada uma delas</p>	<p>Revisão Narrativa da literatura Análise de estudos científicos sobre o diagnóstico e tratamento das diferentes ITU desde 1990 a 2009</p>	<p>A ITU é das doenças infecciosas mais frequentes. O uso de exame da urina deve ser racional. A duração do tratamento antibiótico depende do quadro clínico e antecedentes.</p>	<p>A bacteriúria assintomática não deve ser investigada, nem tratada, exceto nas mulheres grávidas.</p>	<p>V</p>

3.5. Discussão

De seguida, procedeu-se à análise e interpretação dos estudos incluídos, comparando o conhecimento teórico já existente, com as implicações resultantes da revisão integrativa para a melhoria da assistência em saúde (Mendes, et al., 2008).

A seleção dos artigos que reuniram os critérios de inclusão nesta revisão integrativa permitiram perceber que a investigação nesta área, por parte dos enfermeiros é escassa. Sendo assim, consegue-se perceber que os elementos integrativos específicos de cada artigo diferem em termos de conteúdo. Havendo assim uma tentativa de incorporação dos resultados com o intuito de responder à questão de investigação.

Procedeu-se à extração das conclusões dos artigos em análise, comparando-as e agrupando-as por similaridade de conteúdo, identificando as implicações para melhoria de cuidados em saúde. Foram identificados para análise quatro momentos ou categorias, em que o enfermeiro especialista de saúde materna pode intervir no cuidado à mulher grávida com ITU, esquematizados na figura seguinte:



Figura 7 - Intervenção do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia

A **identificação dos fatores de risco**, durante a vigilância da gravidez integra as competências do enfermeiro especialista de saúde materna. As infeções do trato urinário são as doenças infecciosas mais frequentes (Wurgaft, 2010) e provocam complicações nefastas tanto para a mãe e como para o feto. Sendo assim, o enfermeiro especialista na consulta inicial de vigilância da gravidez, faz uma colheita de dados exaustiva, com o intuito de identificar possíveis complicações. Shoji (2007) no seu estudo qualitativo, concluiu que as grávidas com condições socioeconómicas mais desfavoráveis são mais propensas às ITU, pois a higiene corporal é dificultada pelos débeis recursos económicos, como casas insalubres, desemprego e dificuldades económicas. Esta investigadora, apercebeu-se que a inadequada higiene corporal é evidente no grupo em estudo que apresentou infeções do trato urinário. Este grupo com ITU, refere que a carência de água potável impossibilita uma adequada higiene corporal. Estas mulheres não têm acesso a água potável, possuem casas com fracas condições de habitabilidade, logo, apresentam um fator de risco acrescido para contraírem uma ITU, associado ao fator de risco inerente que é a gravidez. É na consulta de vigilância da gravidez que estes fatores são despistados e onde o enfermeiro inicia um plano intervenção adequado ao indivíduo alvo de cuidados e ao seu contexto socioeconómico.

É evidente que não podemos transpor exatamente as condições soioeconómicas do Peru para a realidade portuguesa, contudo, com o panorama atual, de crise socioeconómica que atravessam os países do sul da Europa, estas situações de dificuldades financeiras diminuem a qualidade de vida já atingida e criam situações que afetam as condições de saúde e higiene da população e das mulheres grávidas alvo dos nossos cuidados, pelas dificuldade em pagar contas de água, eletricidade, rendas e acesso a cuidados de saúde. Estas situações carecem de especial atenção e acompanhamento por parte da equipa multidisciplinar onde o enfermeiro apresenta um papel crucial de identificação de situações de risco e mobilização de recursos humanos da equipa multidisciplinar envolvendo o serviço social, caso a situação assim o exija.

Além destes fatores de risco, existem outros, como as ITU de repetição em mulheres em idade reprodutiva e que não têm dificuldades socioeconómicas. Estas situações exigem intervenção atempada pelos enfermeiros especialistas na consulta de vigilância da gravidez. Em Portugal, já é rotina a urocultura nos três

trimestres da gravidez, o que permite **diagnosticar** possíveis ITU. Segundo Quiroga-Feutcher [et al.] (2007), no seu estudo, que integrou esta revisão, a urocultura ou cultura de urina é um elemento importante no controlo e vigilância pré-natal, pois permite identificar um elevado número de infeções urinárias que de outra forma passariam despercebidas e não receberiam tratamento, o que implicaria um aumento das complicações resultantes das ITU, na mulher e feto. Também Wurgaft (2010), afirma que o uso do exame de urina deve ser racional na população em geral, porém, nas mulheres grávidas a bacteriúria assintomática deve ser investigada e tratada, corroborando a atuação do enfermeiro especialista na vigilância da gravidez. Assim, o EEESMO tem um papel preponderante no diagnóstico e prevenção das ITU, pois ele identifica os fatores de risco, ajudando no diagnóstico e tratamento das ITU. O enfermeiro especialista na vigilância da gravidez certifica-se que todas as grávidas fazem a cultura de urina nos três trimestres, realçando a sua importância no diagnóstico precoce de possíveis complicações maternas e fetais. A urocultura permite a identificação de situações de bacteriúria assintomática, em que é imperioso o seu tratamento na gravidez (Quiroga-Feutcher, et al., 2007); (Castro, et al., 2008); (Wurgaft, 2010); (Widmer, et al., 2011).

Relativamente à **manutenção do tratamento antibiótico** pelas grávidas com ITU, existe a crença, transformada em receio, de que os antibióticos são proibidos na gravidez pelos efeitos nefastos que podem provocar no feto (Castro, et al., 2008). Estes autores, no seu estudo, reconhecem que as crenças enraizadas na população e que passam de mães para filhas, impedem o tratamento adequado das infeções urinárias. É importante os enfermeiros na sua consulta de vigilância da gravidez, promover a educação para a saúde, entre outras coisas, através da promoção do tratamento adequado das ITU. O tratamento antibiótico deve persistir por cerca de 7 dias, de modo a tratar eficazmente a bacteriúria assintomática, e a evitar a progressão da doença (Widmer, et al., 2011). Uma bacteriúria assintomática ou cistite não tratada pode evoluir para pielonefrite. Segundo Strayer [et al.] (2012), uma pielonefrite complica 1 a 2% de todas as gravidezes e 25% das grávidas que tiveram pielonefrite desenvolvem disfunção renal. Sendo assim, o enfermeiro especialista durante a vigilância da gravidez deverá investir na comunicação com a mulher grávida, num sentido bidirecional, com o intuito de melhorar as práticas, as crenças e as atitudes das mulheres grávidas, no que diz respeito à promoção do autocuidado e de uma gravidez mais

saudável. É fundamental uma comunicação assertiva, em que a mulher participe e interaja com os profissionais de saúde de forma efetiva. Logo, para fazer cumprir os regimes terapêuticos, são necessárias estratégias de informação, educação e comunicação, em que a grávida reconheça a utilidade de realizar os exames de diagnóstico (urocultura) e a importância de cumprir o esquema de antibioterapia quando instalada a infecção urinária. É essencial que o enfermeiro, durante a vigilância da gravidez, lidere estes processos, através do cumprimento oportuno e eficaz do plano de vigilância pré-natal, da realização dos exames - urocultura trimestral - , e da prevenção. As grávidas devem adotar comportamentos e hábitos de vida saudáveis durante esta etapa das suas vidas, que se irão traduzir na diminuição das taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal (Castro, et al., 2008). As mulheres devem, ainda, reconhecer que a antibioterapia prescrita pelo médico está suficientemente estudada pelos investigadores e é segura para ela e para o feto. Os antibióticos prescritos pelo médico, durante a gravidez para tratar as infeções do trato urinário são seguros para o feto, e trazem menos risco para este, que as possíveis complicações de uma infecção urinária.

No último ponto abordado nesta revisão integrativa da literatura, temos a **prevenção** das infeções urinárias e o papel do enfermeiro especialista. Em estudos recentes, (nesta revisão - dois) é investigado os efeitos do sumo de cranberry ou sumo de arando na prevenção das ITU de repetição nas mulheres em idade reprodutiva, e ainda um ensaio clínico aleatório sobre a toma diária de vitamina C e o seu papel na redução das ITU nas mulheres grávidas.

São duas intervenções inovadoras, em que os resultados são animadores. Jepson [et al.] (2009), numa revisão de 10 estudos, com 1049 participantes, concluiu que os produtos de cranberry são eficazes na redução da incidência de ITU em mulheres com infeções urinárias de repetição, o que é frequente na gravidez. Também, Ruz [et al.] (2009) num ensaio clínico concluiu que o sumo de arando tem demonstrado ser eficaz na redução das infeções urinárias, particularmente em idades reprodutivas, sendo a dose recomendada de 300 ml/dia, na concentração de 25%, o que pode reduzir até 50% a bacteriúria assintomática. Interessante foi compreender o mecanismo de ação, em há uma inibição da adesão bacteriana da E.Coli no urotélio, através das proantocidinas tipo A, e não pela acidificação da urina. Já Ochoa-Brust [et al.] (2007), investigaram o

papel do da vitamina C na redução das ITU. Estes investigadores aconselham a toma adicional de 100 mg de vitamina C nas mulheres grávidas, em populações com uma incidência elevada de bacteriúrias assintomáticas e infeções sintomáticas. Reconhecem-lhe um papel importante, no aumento do nível de saúde das mulheres grávidas. Estes suplementos vitamínicos podem ser aconselhados pelo enfermeiro especialista durante as consultas de vigilância da gravidez nas mulheres que apresentam fatores de risco e antecedentes de ITU de repetição. Quer o sumo de arando, quer a vitamina C, em alimentos ou mesmo em suplementos vitamínicos não carecem de prescrição médica e podem ser aconselhados pelos enfermeiros de saúde materna e obstetrícia.

A intervenção do enfermeiro especialista deve assentar na prevenção das infeções urinárias e de possíveis complicações. Além da toma destes suplementos vitamínicos com resultados provados cientificamente, o enfermeiro especialista de saúde materna deve apostar na educação para a saúde, e promoção de hábitos de vida saudáveis, geradores de ganhos em saúde. É fundamental responsabilizar a grávida pelas atitudes e comportamentos adotados que coloquem em risco a sua saúde e a do feto, que vão desde a não realização dos exames de diagnóstico, o não cumprimento dos regimes antibióticos prescritos, e o desconhecimento ou incumprimento de medidas de higiene adequadas, que possam provocar ou agravar as ITU.

3.6. Implicações para a prática de Enfermagem

Esta revisão integrativa foi realizada com o objetivo de integrar a componente teórica da investigação com uma temática pertinente para a prática de enfermagem.

Na vigilância da gravidez o enfermeiro especialista tem uma posição ativa na deteção e tratamento precoce de complicações. Como afirma o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, publicado em diário da república em fevereiro de 2011, o EEESMO cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar

precocemente complicações, promovendo a bem-estar materno-fetal (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A partir da análise dos dados, constatou-se que o enfermeiro especialista em saúde materna tem competência para agir na identificação dos fatores de risco, no diagnóstico das ITU, na promoção do regime terapêutico e na prevenção das ITU através da educação para a saúde e aconselhamento de suplementos vitamínicos que têm efeitos comprovados na redução das taxas de ITU.

Como conclusão desta revisão integrativa, após a análise dos quatro momentos de intervenção do enfermeiro especialista, tendo em conta o conteúdo dos artigos analisados, pode-se esquematizar um plano intervenção para prevenção das ITU na gravidez, na consulta de vigilância pré-natal.

VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL: PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS ITU

Todas as grávidas têm como fator de risco as alterações morfológicas do sistema urinário, próprias da gravidez, logo apresentam risco acrescido de virem a desenvolver uma ITU.

• DIAGNÓSTICO E IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCO

• Colheita de dados:

- Identificação de fatores de risco, como carências sócioeconómicas, défice de cuidados de higiene, e dificuldade no acesso a cuidados de saúde.
- Exame clínico (sinais e sintomas)

• Exame bacteriológico de urina:

- Trimestralmente a todas as grávidas
- Mensalmente às grávidas com antecedentes de ITU de repetição.

• TRATAMENTO

- Manutenção do regime antibiótico prescrito durante pelo menos 7 dias.

- **PREVENÇÃO**

- Administração de suplementos vitamínicos a grávidas com ITU de repetição:
 - Sumo de cranberry (300 ml/ dia);
 - Ácido ascórbico (100mg /dia)
- Educação para a Saúde:
 - Ênfase na comunicação;
 - Promoção do autocuidado na grávida e integração da mesma nos cuidados prestados;
 - Esclarecimento de crenças sobre a gravidez;
 - Promoção de estilos de vida saudáveis (Heilberg, et al., 2003):
 - Ingestão adequada de água (8 copos/ dia).
 - Não usar roupas apertadas, evitar os jeans e os materiais sintéticos.
 - Usar cuecas de algodão.
 - Usar apenas papel higiênico branco, evitar papel colorido e com aromas.
 - Urinar em intervalos de 2 a 3 horas.
 - Urinar após a relação sexual e antes de ir dormir.
 - Limpar-se da uretra para o ânus.
 - Higiene corporal diária.
 - Higiene íntima após a relação sexual.
 - Evitar o uso de diafragma ou preservativo associado a espermicida (para não alterar o pH vaginal).
 - Evitar banhos de espuma ou aditivos químicos na água do banho (para não modificar a flora vaginal).

Com estas medidas pretende-se que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia promova práticas excelentes e obtenha ganhos em saúde. É pois essencial, avaliar o impacto que estas medidas podem ter na promoção de uma gravidez saudável e na prevenção de complicações, pois se aplicadas de forma sistemática e rigorosa permitirão

diminuir os custos com a saúde, e diminuir as taxas de morbimortalidade materna e fetal.

Apresenta-se como objetivo em cada consulta de vigilância pré-natal construir um plano de cuidados adequado ao indivíduo como ser único, no seu contexto social e cultural, baseado nas mais recentes evidências científicas, tendo em vista a promoção de uma gravidez saudável

3.7. Conclusão Da Revisão Integrativa

Esta revisão integrativa da literatura foi realizada com o objetivo de determinar e perceber de que forma o enfermeiro especialista pode intervir na prevenção da ITU na gravidez.

A partir da análise dos dados, dos estudos incluídos depreende-se que a investigação em enfermagem acerca da temática selecionada é reduzida. Os estudos de revisão sistemática na área da enfermagem são apenas do tipo retrospectivo e qualitativo, em que abordam as crenças das mulheres perante as ITU e as condições socioeconómicas das mesmas.

Torna-se pois essencial, a intervenção do enfermeiro especialista na prestação de cuidados específicos ao grupo populacional-alvo, tendo por base a capacidade de estabelecer empatia e respeito pelo saber cultural como uma estratégia para promover condutas e práticas. Ou seja, fomentando a interação e adoção de saberes culturais vão-se estimular nas grávidas comportamentos de autocuidado e, que as façam sentir que são participantes ativas do processo de cuidar.

Ao desenvolver empatia e uma comunicação bidirecional com o sujeito alvo dos nossos cuidados, transformamos a mulher grávida num aliado precioso, no processo de prevenção, diagnóstico e tratamento das infeções do trato urinário.

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

O desenvolvimento deste estágio profissionalizante desenrolou-se com fluidez, e foi resultante a um encadeamento de ações e situações experienciadas durante todo percurso formativo, conduzindo a um processo reflexivo, o que permitiu a integração dos conhecimentos adquiridos, dinamizando a tomada de decisão do apreendido de forma consciente e ponderada.

O guia de orientação adotado abraçou a perspectiva de Benner (2005). Pois abarca uma atitude cumulativa de experiências e saberes que emergem da consolidação dos conhecimentos adquiridos na teoria com a sistematização das próprias experiências.

A primeira parte deste relatório pretende refletir de modo singelo, a riqueza de experiências vivenciadas, nas três etapas do estágio clínico de gravidez, trabalho de parto e pós-parto e de que forma essas situações potencializaram a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, regulamentadas pela Ordem do Enfermeiros e promulgado em Diário da República em Fevereiro de 2011. Essas experiências e práticas foram fundamentadas com as evidências científicas mais recentes, permitindo uma exploração dos temas mais pertinentes ao desenvolvimento do estágio e à aquisição de competências.

Todo o modelo de aquisição de competências implica a interligação de duas visões: a formação teórica em contexto académico, e a formação prática no campo profissional. Sendo assim, estas duas vertentes foram abrangidas neste curso de mestrado, havendo uma construção e reconstrução dos saberes em função da problematização dos aspetos mais relevantes no processo formativo, assim como a avaliação crítica da construção do processo de cuidar em função do alvo da nossa assistência, a mulher grávida com complicações, a mulher em trabalho de parto e no pós-parto. Permitindo assim, a fundamentação e demonstração da aquisição de competências do EEESMO.

A ligação da teoria à prática tem sido alvo de reflexão crítica de vários intervenientes. Assumem, que a compreensão do mundo da prática não se esgota

na aplicação dos saberes adquiridos, antes deverá ser protagonizada por parceiros sérios, para os quais o trabalho e formação são vertentes inseparáveis da ação profissional (Costa, 1999) Cit. por (Silva, et al., 2011).

De acordo com Queirós (2007), o saber profissional de enfermagem é um saber de ação, e não somente de execução ou de reprodução de atos, e da capacidade de adaptar a conduta à situação fazendo apelo aos conhecimentos.

Ainda segundo o mesmo autor, este refere na pág.3, que “afirmar o nosso saber significa ir até ao fim no assumir das nossas competências. Traduz-se por um envolvimento explícito, um compromisso profissional e social de proteger a saúde pública, de promover e desenvolver uma grande autonomia das pessoas, das famílias e das comunidades em matéria de saúde”.

Com o modelo de desenvolvimento de competências baseado em autores como Dreyfus e Dreyfus (1986) e com as teorias do ensino experiencial, Benner chama a atenção para que as enfermeiras ao desenvolverem a sua aprendizagem em contextos de grandes especificidades e complexidades, em que encontram sofrimento e vulnerabilidade a todo o momento, precisam também de desenvolver um sentido de grande responsabilidade face às dimensões éticas e relacionais que devem estar inerentes às perícias clínicas (Queirós, 2007). Assim, estes princípios preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, enunciados por Benner e por nós respeitados, são orientadores, no sentido do enfermeiro ir ao encontro do utente como pessoa, preservando a sua dignidade e personalidade, com o indispensável compromisso na aprendizagem das boas práticas de enfermagem, afastando-se das práticas rotineiras, muitas delas questionáveis.

Para a aquisição de competências foi preciso consciência que a aprendizagem se faz muitas vezes através do diálogo, e da orientação dos colegas mais experientes nas diferentes situações clínicas. É pois essencial ter sempre presente a continuidade dos cuidados e a uniformização de saberes através da partilha da investigação e a procura de uma fundamentação da prática real dos cuidados, ajustados à utente como ser individual no seu contexto sociocultural.

Todas as atividades realizadas, incluindo este relatório, implicaram a mobilização de diversos saberes e competências adquiridas ao longo do curso, correspondentes a diferentes áreas do conhecimento: investigação em enfermagem, obstetrícia, farmacologia, psicologia da gravidez e maternidade, e ao cuidado de enfermagem na gravidez, trabalho de parto e pós-parto, e os cuidados ao recém-nascido.

Ao longo do Estágio: Gravidez, Trabalho de Parto e Pós Parto, tive a oportunidade de desenvolver atividades que me dotaram de competências para futuramente exercer a atividade de enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Esta aquisição e desenvolvimento das competências específicas foram sustentados pela regulamentação da Ordem dos Enfermeiros e pela legislação portuguesa em vigor (Regulamento n.º 127/2011 do Diário da República, 2.ª série - N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011), com o objetivo de cumprir as diretivas condicionantes à obtenção do título de enfermeiro especialista, sustentadas na Lei n.º 9/2009 de 4 de Março que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro. Tendo estes pressupostos, dos referidos documentos sempre presentes, considero que as competências necessárias à prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez, trabalho de parto e pós-parto, foram atingidas.

É óbvio, que o nível de perícia e mestria no final do estágio, não é o ambicionado, mas o alcançado, tendo em conta a aquisição das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e o número de experiências exigidas pela referida diretiva.

Além dos factos descritos anteriormente neste relatório, alvo de reflexão, os dados abaixo, na tabela 1, comprovam o número de mulheres com e sem gravidez de risco, que foram vigiadas, perfazendo um total de 100 grávidas, sendo 35 grávidas de risco e 65 grávidas saudáveis e na tabela 2, o número de puérperas e recém-nascidos alvo de cuidados e vigilância, perfazendo um total de 100 puérperas, em que 28 eram puérperas de risco e 72 puérperas saudáveis e relativamente aos recém-nascidos, foram 16 recém-nascidos de risco e 84 recém-nascidos saudáveis.

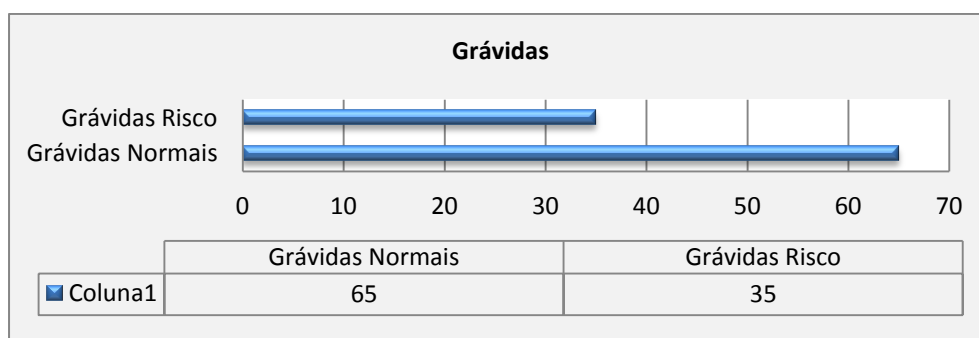


Tabela 2 - Número de grávidas alvo de cuidados e vigilância

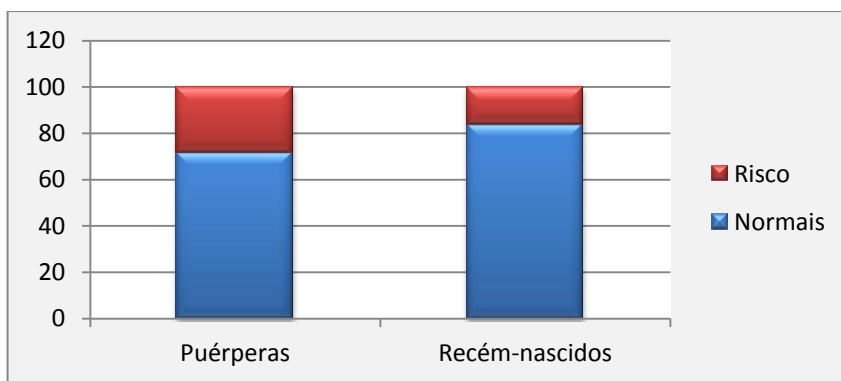


Tabela 3 - Número de puérperas e recém-nascidos alvos de cuidados e vigilância

Refletindo sobre as atividades desenvolvidas no Bloco de Partos, já descritas em capítulo anterior e complementadas com a tabela 4, foram executados 44 partos eutócicos, e assistidos 5 partos distócicos. Ponderando a especificidade da execução de um parto eutócico ou até mesmo da assistência realizada nos partos distócicos, pode afirmar-se que as competências específicas necessárias foram atingidas.

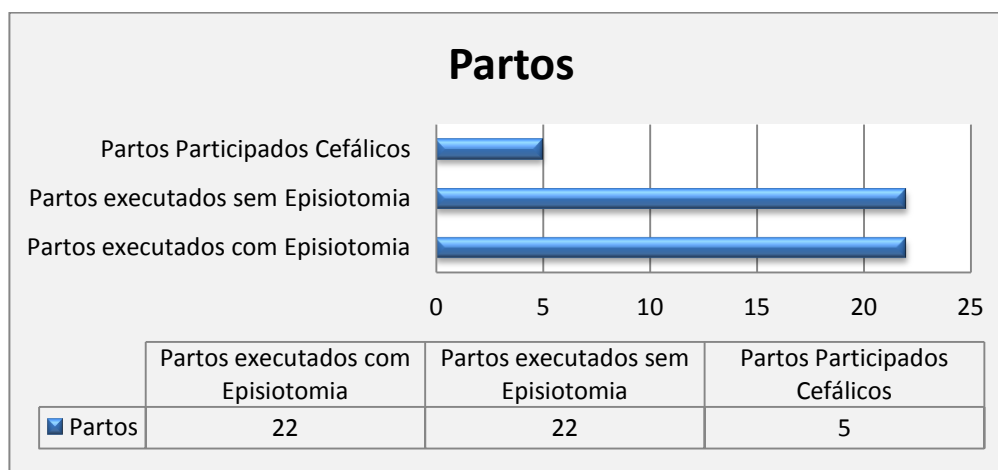


Tabela 4 - Número de Partos realizados e participados

Examinando todo o percurso de estágio com os seus fundamentos profissionalizantes e refletindo sobre as experiências e atividades realizadas com toda a sua especificidade, considero que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e de puerpério, foi cumprido de forma ordenada, assente numa prática baseada em evidências científicas, e dirigido para a responsabilização da mulher pela sua saúde e do seu filho, perspetivando a promoção da mesma.

Das competências específicas descritas no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros, no âmbito da prescrição de exames auxiliares de diagnóstico para a vigilância da gravidez, as nossas instituições locais e governamentais ainda não estão despertas e recetivas à mudança deste paradigma - Prescrições / Médico. Sendo assim, esta competência não foi desenvolvida, por questões de ordem legal e orgânico/institucional. Assim como não foi desenvolvida, a competência de orientação para a decisão esclarecida em caso de interrupção voluntária da gravidez, pois não contactei com a realidade desta consulta.

Relativamente à integração na equipa multidisciplinar, considero um elemento facilitador, pelo conhecimento de praticamente todos os membros da referida equipa, assim como, a preocupação constante da mesma equipa em proporcionar o maior número de experiências potenciadoras de conhecimentos e capacidades. As enfermeiras orientadoras potenciaram bastante a minha capacidade de autonomia, a partir do momento em que as competências técnicas já estavam bem desenvolvidas, e que era importante explorar a capacidade de vigiar autonomamente um trabalho de parto, como é apanágio neste campo de estágio.

As enfermeiras especialistas apresentam autonomia para vigiar o trabalho de parto de baixo risco a partir do momento do internamento, quer seja no controlo da dor, quer na decisão de deambulação da parturiente, quer na promoção do esvaziamento vesical de forma fisiológica ou com cateterização intermitente, etc. Isto sempre, com o intuito de promover a humanização do parto em ambiente hospitalar. Para tomar decisões de forma autónoma, as enfermeiras especialistas exploraram o pensamento crítico, em busca de argumentação sustentada em evidências científicas, para assim se prestarem cuidados de qualidade.

Na abordagem da componente relacional, durante os três momentos de estágio, foram aprimorados os conhecimentos e as capacidades de relacionamento entre enfermeiro/utente. Assim, houve uma evolução contínua e constante nesta componente relacional à medida que o estágio decorria, e a confiança nos conhecimentos adquiridos se foi cimentando. Isto é, o sentimento de segurança permitiu uma evolução gradual nos cuidados prestados, possibilitando o desenvolvimento de uma relação de confiança com a mulher alvo dos nossos cuidados, o que atualmente é indissociável das práticas de excelência.

Toda a filosofia de cuidados do serviço de Obstetrícia do CHPVVC é assente numa política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Desta forma, as

enfermeiras tutoras e as restantes profissionais incentivam a prestação de cuidados voltados para as reais necessidades das mulheres e das suas famílias, em todo o ciclo gravídico (gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério). Esta conduta é sustentada nas orientações da OMS (2003) e é corroborada por Dias [et al.] (2005), no que concerne à assistência ao parto, em que a atuação do profissional, respeite os aspetos da sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspetos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebé.

Sendo assim, todas as áreas de cuidados à mulher possibilitaram o desenvolvimento das competências, capacidades e conhecimentos para o desenvolvimento de relações interpessoais, com uma atitude mais expectante do que intervencionista, tornando a mulher parceira na prestação de cuidados. Todavia, o grande desafio da assistência à mulher foi no estágio de bloco de partos, pelo aprofundamento de laços e sentimentos, pelas expectativas que se criam conjuntamente com a parturiente, tentando minimizar o sofrimento delas, e transformando a vivência do trabalho de parto e parto em experiências de crescimento e realização pessoal para a mulher e sua família.

A realização do estágio no CHPVVC é recomendável, pelas condições organizacionais, filosofia de prestação de cuidados humanizados, recursos humanos de qualidade e autonomia das enfermeiras especialistas para vigilância do trabalho de parto. A única dificuldade encontrada foi talvez, a ansiedade desenvolvida durante o estágio para atingir o número necessário de partos para a aquisição de competências. Desta forma, considero, face à conjuntura económica atual, que esta dificuldade foi provocada pela baixa da taxa de natalidade, contudo, o número de partos pretendidos foi mesmo ultrapassado, como já foi referido anteriormente.

A segunda parte deste relatório aborda a temática das infeções urinárias na gravidez e surgiu da necessidade de integrar os conhecimentos teóricos de investigação em enfermagem com a problematização de uma temática de interesse para a prática do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, validando assim o estágio profissionalizante. Assim sendo, foi incentivada a realização de uma revisão integrativa da literatura sobre a temática eleita, com a finalidade de adquirir mais conhecimentos sobre as

infecções urinárias na gravidez para desenvolver as competências de cuidar as mulheres grávidas afetadas, a um nível de excelência.

Com esta revisão integrativa da literatura, consegui retirar algumas interpretações relacionadas com a atuação do enfermeiro especialista de saúde materna perante a mulher grávida com infecções do trato urinário, e a sua integração na prática clínica durante o estágio profissionalizante.

Numa primeira fase, foi essencial sensibilizar os enfermeiros de saúde materna e obstetrícia para as implicações e consequências que as infecções urinárias podem ter na gravidez, e no feto. Como consequências mais frequentes das ITU's, temos o parto pré-termo e a prematuridade e todas as complicações que daí advêm (Duarte, et al., 2002) (Shieve, et al., 1994). A partir do momento em que os profissionais encaram esta patologia com seriedade, é dever deles, envolverem a mulher grávida e a sua família na prevenção e tratamento da mesma.

Haram [et al.] (2003), referem que a bacteriúria assintomática pode evoluir para pielonefrite e parto pré-termo e deve ser tratada quanto antes. Eles próprios relatam que, o tratamento da bacteriúria assintomática reduz a incidência do parto pré-termo e dos recém-nascidos de baixo peso ao nascer, confirmado mais tarde por Widmer [et al.] (2011). Tendo em conta os resultados obtidos nesta revisão integrativa, considera-se pertinente esboçar um protocolo de atuação para prevenir as infecções urinárias na gravidez.

Na vigilância da gravidez o enfermeiro especialista tem uma posição ativa na deteção e tratamento precoce de complicações. Como afirma o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, publicado em diário da república em fevereiro de 2011, o EEESMO cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo a bem-estar materno-fetal (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Desta forma, os EEESMO na vigilância da gravidez com complicações podem intervir em quatro vertentes, na identificação de fatores de risco, na prevenção, no diagnóstico e manutenção do tratamento. Ao desenvolver empatia e uma comunicação bidirecional com o sujeito alvo dos nossos cuidados, transformamos a mulher grávida num aliado precioso, fazendo-as sentir participantes ativas no processo de cuidar, fomentando nas mesmas comportamentos de autocuidado com ganhos em saúde.

O que se observou na unidade de grávidas com complicações é que os profissionais são preocupadíssimos com o tratamento e prevenção de possíveis complicações. Todavia, as vertentes de identificação dos fatores do risco, e a prevenção de recorrência das ITU não são abordadas na educação para a saúde. Considero que deverá haver um maior investimento por parte dos mesmos profissionais em promover comportamentos saudáveis, por parte das mulheres grávidas. Assim sendo, é essencial responsabilizar a mulher grávida pela sua saúde e do seu filho e incentivá-la a adotar comportamentos, atitudes e crenças que não prejudiquem a sua saúde e o desenvolvimento do feto.

Como tal, considero essencial prestar cuidados de saúde baseados em evidências, pois são aqueles que melhor incorporam a evidência disponível na decisão clínica, promovendo a autonomia do EEESMO e o respeito pela mulher alvo dos nossos cuidados.

Em síntese, analisando os objetivos de estágio inicialmente planeados para o crescimento enquanto futuro EEESMO, no decurso do estágio profissionalizante, posso afirmar que foram adquiridas as capacidades, conhecimentos e competências determinadas como fundamentais à prática de cuidados especializados à mulher e família na gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério. Enfrento a participação neste estágio como uma experiência enriquecedora a nível pessoal e profissional, em que o empenho, dedicação e interesse foram essenciais para abarcar e desenvolver esta experiência de forma positiva, nos três momentos de estágio.

5. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório constituiu uma oportunidade para refletir sobre o percurso traçado, espelhando o empenho e esforços demonstrados em todo o processo formativo, desde a componente teórica até ao culminar deste estágio de natureza profissional.

Analisando de forma reflexiva todo o caminho percorrido ao longo do estágio, posso afiançar com convicção que este ciclo formativo acresceu em mim um autoconhecimento pessoal e profissional. Este processo de aprendizagem incutiu uma responsabilidade acrescida pela minha própria formação enquanto sujeito mobilizador dos conhecimentos adquiridos no processo teórico e mobilização dos mesmos para as situações da prática clínica de estágio, tendo por base as mais recentes evidências científicas. Desta forma, ao contactar com a realidade dos cuidados especializados e com a responsabilidade da nossa profissão, torna-se natural a procura da evidência para justificar as nossas intervenções perante os nossos pares, enaltecendo assim a nobreza e responsabilidade da arte.

Em suma, fazendo uma introspeção do percurso realizado ao longo do estágio posso assegurar que a mobilização dos conhecimentos de natureza teórica e a sua aplicabilidade na prática dos cuidados especializados foi uma certeza constante em todas as vertentes do estágio profissional. Considero que foi essencial os resultados obtidos da reflexão conjunta. Ao integrar as mais recentes evidências da literatura científica na prática de cuidados, permitiu a aquisição de novas competências, relativamente ao cuidar a mulher inserida na sua família e no seu contexto sociocultural, durante os processos de gravidez e maternidade, assistindo-a neste processo de transição. Pretendo com esta aquisição de competências, cuidar da mulher durante os períodos de gravidez, parto e puerpério, e potenciar a sua saúde, detetar e tratar precocemente complicações e promover o bem-estar da mulher, criança e família.

Considero que os objetivos propostos no projeto de estágio e que estão de acordo com o plano de estudos do curso de mestrado da ESEP foram atingidos. As competências específicas definidas para o EEESMO foram adquiridas durante o estágio profissionalizante através das atividades e experiências vivenciadas, e da

integração reflexiva das evidências recentes que sustentaram a tomada de decisão.

O esforço desenvolvido para cuidar a mulher como um todo, promovendo a sua saúde e detetando e tratando complicações, teve sempre por base a promoção do autocuidado, assistindo-a neste processo de transição para a maternidade. Para isso, foi efetuado o acompanhamento da gravidez em situações patológicas, tratando a patologia e promovendo o autocuidado e a promoção de hábitos de vida saudáveis, mas também, foi assumido a responsabilidade pela vigilância do trabalho de parto, condução do parto e do pós-parto, e pelos cuidados imediatos ao recém-nascido nas situações de baixo risco.

Com este novo leque de competências, acresce também a responsabilidade pela identificação atempada de situações de risco, que exigem outro nível de cuidados, aplicando medidas de emergência e trabalhando em equipa com profissionais mais habilitados.

Deste modo, foi importante interligar as experiências e atividades desenvolvidas que permitiram o aperfeiçoamento do projeto profissional de desenvolvimento de competências com a revisão integrativa da literatura realizada. Esta metodologia de aprendizagem foi coerente, pois permitiu uma compreensão do domínio das práticas específicas, relativamente a uma das maiores causas de morbimortalidade materna e fetal, as infeções do trato urinário na gravidez.

Considero então, esta metodologia como uma mais-valia no processo de aprendizagem, auxiliando na construção de uma identidade profissional. A integração da componente investigação neste relatório é um requisito indispensável para a realização do mestrado em enfermagem, como o exige o plano de estudos do curso de mestrado. Mas o mais importante é o facto, dos resultados da investigação, permitirem a implementação de boas práticas.

Para a prática emergem sugestões sobre o papel do EEESMO perante as ITU na gravidez. O contributo destes resultados pode e deve contribuir para alterações reais da prática de cuidados especializados.

Ao reconhecer que o EEESMO pode ter um papel interventivo e autónomo na vigilância da gravidez, conseguimos compreender que a sua atuação responsável e competente pode detetar precocemente situações de risco, e intervir adequadamente, diminuindo assim as taxas de morbimortalidade materno-fetal.

Sendo as ITU, na forma de bacteriúria assintomática frequentes em 10% das gravidezes (Heilberg, et al., 2003), e todas as complicações que daí advém, salienta-se a necessidade de implementação e desenvolvimento de programas de vigilância da gravidez que contemplem a prevenção e detecção precoce das ITU na gravidez. Programas estes, que poderão servir de base a futuras investigações, quer na vertente de estudos randomizados sobre mudanças comportamentais e promoção da saúde, quer na vertente da detecção precoce da patologia e assim prevenção de complicações como o parto pré-termo e prematuridade do recém-nascido.

Tendo em conta os factos anteriormente descritos, posso concluir que o último dos objetivos, também foi alcançado ao integrar a investigação em enfermagem na prática dos cuidados especializados de forma crítico-reflexiva.

Em síntese, considero que este estágio profissionalizante me trouxe uma soma de experiências positivas que possibilitaram a consolidação de conhecimentos e competências, e abriu novas perspetivas de investigação e argumentação baseadas nas mais recentes evidências. Foi criado um espírito crítico, de querer saber sempre mais, e de fontes fidedignas, aumentado o potencial argumentativo e justificando a tomada de decisão ponderada e atual. Permitiu ainda um crescimento pessoal e profissional no âmbito da aquisição de competências como futura enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia.

Consciente que este processo de aquisição de competências não se limita ao estágio profissionalizante e formação de base especializada, é antes um processo contínuo que teve agora o seu início, e que depende de mim, aumentar o nível de proficiência através do exercício continuado da prestação de cuidados à mulher e ao recém-nascido.

6. BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS. *Iniciativa Parto Normal*. Loures : Lusociência, 2009. ISBN: 978-84-934222-4-0.

ÁVILA-ESPARZA, Marina, CONTRERAS-SOLÍS, Rosa Emma e LEVARIO-CARILLO, Margarita. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. *Gynecologia y Obstetricia de México*. ISSN: 0300-9041. Ano 7, Vol. 80 (2012), p. 461-466.

AYRES DE CAMPOS, D., MONTENEGRO, N. E RODRIGUES, T. - *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa : Lidel - edições técnicas. lda., 2008. ISBN: 978-972-757-467-4.

BATCHET, L. Crying babies. *InnovAIT*. 2010, p. 95-101.

BEGGS, J.; STANTON, M.; COLLEN. Eat, - Drink and Be Labouring? *The Journal of Perinatal Education*. No.1, Vol. 11(2002).

BENNER, Patricia - *De iniciado a perito*. Coimbra: 2.^a edição. Quarteto, 2005.

BIGELOW, Catherine ; STONE, Joanne. - Bed Rest in Pregnancy. *Mount Sinai Journal Of Medicine*. 2011, p. 291-302.

CAPLE, Carita. Umbilical Cord Care. *Nursing Practice & Skill*. 23 de Setembro de 2011.

CASTRO, É., CALDAS, L., [et al.] - Creencias, prácticas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones urinarias. *Aquichan*. n.º 2, Vol. 8 (2008) ISSN: 1657-5997, p. 183-196.

CRAIG, J.; SMYTH, R. - *Prática Baseada na Evidência - Manual para enfermeiros*. Loures : Lusociência, 2004.

DAVOOD, S, KARIMFAR, MH E FARDIN, A. - Umbilical Cord Prolapse. *Journal of Biological Sciences*. n.º 7 (2007). ISSN: 1727-3048.

DE JONG, A.; LAGRO-JANSEN, A. - Birthing Position. A qualitative study into the views of womwn aboute variouis birthing position. *Journal of Psychosomatic*

Obstetrics Gynecology. n.º 25, DOI: 10.1080/01674820410001737432.(2004) P. 47-55

REGULAMENTO nº127/2011. *D.R. II Série* - Nº35 - (2011-02-18), p.8662-8666

DENNIS, C.; MCQUEEN, K. - Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica*. (2007) pp. 590-594.

DIAS, MA; DOMINGUES, RM. - Desafios na implementação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência e Saúde Coletiva*. n.º 3, Vol. 10 (2005) Pags: 669-705.

DILBAZ, B; OZTURKOGLU, E; DILBAZ,S - Risk factors and perinatal outcomes associated with umbilical cord prolapse. *Archives of Gynecology & Obstetrics*. DOI 10.1007/s00404-006-0142-2. n.º 274 (2006)

DUARTE, G [et al.] - Infecção Urinária na Gravidez: Análise dos Métodos para Diagnóstico e Tratamento. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. n.º7, Vol. 24 (2002) p.471-477.

EUROPEU, Parlamento; EUROPEIA, Conselho Da União. - *Directiva 2005/36/CE - Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais*. s.l. : Jornal Oficial da União Europeia, 2005. L 255/22.

FERAHBAS, A. [et al.] - Prevalence of Cutaneous Findings in Hospitalized Neonates: A Prospective Observational Study. *Pediatric Dermatology*. vol.26 (2009), p. 139-142.

FRASER, N.; DAVIES, B.; CUSACK, J.- Neonatal omphalitis: A review of its serious complications. *Acta Pediátrica*. (2006), p. 519-522.

GRAÇA, L; FIGUEIREDO, M; CARREIRA, M. - Contributos da Intervenção de Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*. (2011), pp. 27-35.

GRAÇA, Luís Mendes. - *Medicina Materno Fetal 2*. Lisboa : Lidel - Edições Técnicas, 2000. ISBN: 972-757-148-4.

GREEN, Jeanne, AMIS, Debby ; HOTELLING, Barbara. - Care Practice #3: Continuous Labor Support. *Journal of Perinatal Education*. ano 3, Vol. 16 (2007) doi: 10.1624 / 105812407X 21711110.

GUERRA, GV [et al] - Elective induction versus spontaneous labour in Latin America. *Bull World Health Organ*. Vol. 89 (2011). DOI:10.2471/BLT.08.061226.

GÜLMEZOĞLU, AM [et al.] Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term (review). *The Cochrane Collaboration*. Art.No.:CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub3. N.º6 (2012)

GUPTA, J; HOFMEYER, G; SHEHMAR, M. - Positiona in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Collaboration - Cochrane Database of Systematic Reviews*. nº 5 (2012) Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.

HARAM, K.; MORTENSEN, J; WOLLEN, A - Preterm delivery: an overview. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. ISSN 0001-6349, n.º 82 (2003), p.687-704.

HEILBERG, I; SCHOR, N - Abordagem diagnóstica e terapêutica na Infecção do Tracto Urinário. *Revista da Associação de Médicos Brasileiros*. n.º 49 (2003), p. 109-116.

HENSHAW, C; FOREMAN, D; COX, J - Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic OBstetrics & Gynecology*. (2004), p. 267-272.

HILLEMANN, P [et al.] - Crash emergency cesarean section: decision-to-delivery interval under 30 min and its effect on Apgar and umbilical artery pH. *Archives of Gynecology Obstetrics*., DOI 10.1007/s00404-005-0045-7. Vol. 273 (2005)

HODNETT, ED [et al.] - Continuous support for women during childbirth (review). *The Cochrane Collaboration*. Vol. 2 (2011) Art. No.: CD003766.

HONGWEI, W [et al.] - Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women. *Contemporary Nurse*. (2011), p. 149-159.

ILIADOU, Maria. - Supporting women in labour - Review. *Health Science Journal*. Julho Vol. 6 (Set. 2012,) E-ISSN:1791-809X.

JAHDI, F [et al.] - A randomized controlled trial comparing physiological and directed pushing on the duration of the second stage of labor, the mode of delivery and Apgar score. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. n.º2, Vol. 3 (2011), p. 159-165.

JEPSON, R; CRAIG, J - Cranberries for preventing urinary tract infections. *The Cochrane Collaboration*. Art. No.: Cd001321. DOI: 10.1002/14651858.CD001321.pub4. Vol. 1 (2009), pp. 1 - 30.

KARAÇAM, Zekiye; EROGLU, Kafiye. - Effects os episiotomy on bonding and mother's health. *Journal os Advanced Nursing*. 43 (4) (2003), p. 384-394.

LEMOS, Andrea; DEAN, Elizabeth; DE ANDRADE, Armèle - The Valsalva maneuver duration during labour expulsive stage: repercussion on the maternal and Neonathal birth condition. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. n.º1, Vol. 15 (2011) ISSN: 1413-3555.

LEVY, L; BÉRTOLO, H - *Manual de Aleitamento Materno - Edição Revista* . Lisboa : Comité Português para a UNICEF, 2008.

LOWDERMILK; PERRY - *Enfermagem na Maternidade*. Loures : Lusodidacta, 2008.

MARTIN, Caroline - Effects of Valsalve manoeuvre on maternal and fetal welbeing. *British Journal of Midwifery*. n.º 5, Vol. 17 (2009), p. 279-285.

MARTÍNÉZ-GARNICA, E; MARMOLEJO- MORENO, G - Infección Urinaria transgestacional asociada a sepsis neonatal. *Revista de sanidad Militar - México*. n.º 63, Vol. 1 (2009), p.14-17.

MCLINTOCK, C; JAMES, AH - Obstetrics hemorrhage. *Journal of thrombosis and Haemostasis*., DOI: 10.1111/j.1538-7836.2011.04398.x n.º9, (2011), p.1441-51.

MELROSE, S - Paternal postpartum depression: How can nurses begin to help? *Contemporary Nurse*. (2010), p. 199-210.

MENDES, K; SILVEIRA, R; GALVÃO, C - Revisão integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Text Contexto Enfermagem*. 17, Vol. 4 (2008), p. 758-764.

MONTENEGRO, C; REZENDE FILHO, J - *Rezende - Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MURPHY, DJ [et al.] - A randomized controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology - BJOG*. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.01960X. nº115 (2008) p. 1695-1703

NADER, R., SHEK, K. E DIETZ, H. - Predicting the outcome of induction of labour. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. n.º 50 (2012). DOI: 10.1111/j.1479-828X.2010.01169.x. p. 329-333

O'BRIEN, M; BUIKSTRA; E HEGNEY, D - The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *Journal od Advanced Nursing* . (2008), p. 397-408.

OCHOA-BRUST, G [et al.] - Daily intake of 100mg ascorbic acid as urinary tract infection prophylactic agent during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. ISSN 1600-0412, n.º 86 (2007), p. 783-787.

OMS - *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn care: A guide for essential practice*. Genebre: Organização Mundial de Saúde, (2003). ISBN: 92 4 159084X.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Desenvolvimento profissional - Certificação de competências. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. ISSN 1646-2629 (2007), Vol. 26, suplemento.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

PERLA, L. - Patient Compliance and Satisfaction with Nursing Care during Delivery and Recovery. *Journal Of Nursing Care Quality*. (Jan. 2002), p. 60-66.

PRINS, A [et al.] - Effect of spontaneous pushing versus valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomized trials. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. nº 118 (2011), DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque - As competências dos profissionais de enfermagem: como as afirmar e as desenvolver. www.forumenfermagem.org. [Online] 2 de Março de 2007. [Citação: 3 de Novembro de 2012.] <http://www.forumenfermagem.org/index.php?view=articlecatid=147&id=2770%3A>

QUIROGA-FEUTCHER, G [et al.] - Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas. *Revista de Medicina do Instituto Mexicano da Segurança Social*. nº 45, Vol. 2 (2007), p. 169-172.

REA, Marina - Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*. n.º80 (2004), p.142-146.

RISA, Christina; LIDÉN, Eva; FRIBERG, Febe - Communication patterns in antenatal diabetes care: an explorative and descriptive study of midwife-led consultations. *Journal of Clinical Nursing*. (2011), pp. 2053-2063.

ROURA, Luís cabero [et al.] - *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*. Madrid: Editorial Medica Panamericana, 2003.

RUZ, E [et al]. - El jugo de arándano y su papel en las infecciones de las vías urinarias. *Gynecologia y Obstetricia de México*. n.º 11, Vol. 77 (2009). ISSN - 0300-9041.

SHIEVE, L [et al.] Urinary Tract Infection during Pregnancy: Its Association with Maternal Morbidity and Perinatal Out

SHOJI, Julia Lam. - Condicionantes socioeconómicos, familiares e higiénicos de la infección urinaria según las vivencias de las gestantes del hospital materno infantil "César López Silva" de Villa El Salvador. *Revista Peruana de Obstetricia Y Enfermería*. Vol. 2 (2007), p.106-114.

SILVA, JP; MAGALHÃES, A; NUNES, L - A prática discursiva sobre a formação de enfermeiros em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. III, Vol. n.º3.(2011)

SINGATA, Mandisa; TRANMER, Joan; GYTE, Gyllian - Restricting oral fluid and food intake during labour. *The Cochrane Collaboration*. DOI: 10.1002/14651858.CD003930. nº 3 (2012)

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA; SOCIEDADE PORTUGUESA DE OBSTETRÍCIA E MEDICINA MATERNO FETAL; SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOCRINOLOGIA DIABETES E METABOLISMO. - *Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez*. s.l. : NovoNordisk, (Jan. 2011)

SOLÍS-FLORES, HERNÁNDEZ-ROSAS, QUINTERO-ESTUDILLO, PÉREZ-GARMENDIA, CORTÉS-POZA, LÓPEZ-ALVARENGA. - La consejería personalizada dirigida a mujeres embarazadas disminuye el riesgo de complicaciones secundarias a hipertensión. *Revista Médica del Hospital General de México*. (Out/Dez. 2009), p. 200-206.

SOSA, Claudio [et al.] - Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *The Cochrane Collaboration*. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. vol nº 1, (2010)

STRAYER, D; LAWRENCE, P - Pyelonephritis in Pregnancy. *Cinahl Information Systems*. (2012).

TAWIA, Susan. - Breastfeeding interventions that improve breastfeeding outcomes and Australian Breastfeeding Association services that support those interventions. *Australian Breastfeeding Association - Breastfeeding Review*. (Jul. 2012), p.48-51.

VIEIRA, Carolina; BRITO, Milena; YAZLLE, Marta - Contracepção no Puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Contracepção*. n.º 30 (2009), p.470-479.

WIDMER, M [et al.] - Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Art. No.: CD000491. DOI: 10.1002/14651858.CD000491.pub2.vol. 12 (2011), p.1-23.

WILDE-LARSSON, B [et al.] - Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03393.x. n.º 20 (2010), Pags. 1168-1177

WURGAFT, André - Infecciones del tracto urinário. *Revista Médica Clínica Las Condes*. n.º4, Vol. 21 (2010), p.629-633.

ZUPAN, J; GARNER, P; OMARI, A - Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Art. No.: CD001057. DOI: 10.1002/14651858.CD001057.pub2. n.º 3 (2004)

7. ANEXOS

7.1. Anexo 1 : Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia

7.2. Anexo 2: Listagem do número de partos realizados e participados.