



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

**A Assistência Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de
Saúde Materna E Obstétrica No Trabalho De Parto, Face à
Morte Perinatal, E A Sua Influência No Processo De Luto Da
Mulher**

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Cláudia Alexandra da Silva Morgado

Porto | 2020

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**A Assistência Do Enfermeiro Especialista Em
Enfermagem de Saúde Materna E Obstétrica No
Trabalho De Parto, Face à Morte Perinatal, E A Sua
Influência No Processo De Luto Da Mulher**

**Assistance Of The Specialist Nurse In Maternal And Obstetric
Health During Childbirth, Facing Perinatal Death And Its
Influence In The Woman's Grieving Process**

Relatório de estágio de natureza profissional orientado pela
Professora Doutora Alexandrina Maria Ramos Cardoso

Cláudia Alexandra da Silva Morgado

Porto | 2020

AGRADECIMENTOS

A todas as professoras que contribuíram para a minha aprendizagem, especialmente à professora Alexandrina Cardoso, por ser ter figurado como um exemplo académico e ter encontrado sempre a melhor forma de me lembrar do meu potencial.

A todas as EEESMO que tive como orientadoras e que me proporcionaram tantas oportunidades de aprendizagem e reflexão.

À Sandra Miguel, pela forma como me recebeu, acompanhou e ensinou, não só na vertente técnica, mas no que de mais humano existe nesta área.

À Marta, à Silvia, à Eduarda, à Lúcia, à Patrícia e à restante turma, por terem sido as colegas exemplares de força, resiliência e companheirismo, durante dois anos especialmente atípicos.

A todos os amigos que me apoiaram e contribuíram para que eu concluísse esta etapa.

Ao João, quem mais incentivou esta aventura e me disse que este percurso é para os mais duros, acreditando sempre que eu seria um deles.

À Joana, minha amiga e irmã.

À Linda, minha irmã e amiga.

Aos meus pais, pelo amor incondicional e por compreenderem os infindáveis dias de ausência.

A todas as mães, pais e recém-nascidos com os quais me cruzei nesta longa e bonita caminhada, obrigada.

ABREVIATURAS

APPT- Ameaça de Parto Pré-termo
BCF- Batimento Cardíaco Fetal
CHUP- Centro Hospitalar Universitário do Porto
CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMIN- Centro Materno-Infantil do Norte
CPAP- *Continuous Positive Airway Pressure*
CTG- Cardiotocografia
DGS- Direção Geral de Saúde
EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
IASP- *International Association for the Study of Pain*
ICN- *International Council of Nurses*
IRP- Intervenção Resultante de Prescrição
LA-Líquido Amniótico
MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade De Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
MeSH- *Medical Subject Headings*
MMF- Medicina Materno-Fetal
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
PPT- Parto Pré-termo
RCIU- Restrição do Crescimento Intrauterino
RIL- Revisão Integrativa da Literatura
RN- Recém-Nascido
RPM- Ruptura Prematura de Membranas
SGB-Streptococcus beta hemolítico do grupo B
SPN- Sociedade Portuguesa de Neonatologia
SPT- Stress Pós-Traumático
SU- Serviço de Urgência
WHO- *World Health Organization*

RESUMO

O presente documento trata-se de um relatório de estágio, elaborado durante o ensino clínico desenvolvido no Centro Materno-Infantil do Norte - Centro Hospitalar Universitário do Porto, entre 3 de março e 6 de novembro de 2020, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O seu conteúdo inclui a descrição e reflexão sobre os cuidados especializados do EEESMO na assistência à grávida com complicações, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, tendo em conta a prática baseada em evidência, partindo do que foi observado e realizado no contexto clínico, no sentido do desenvolvimento de competências.

A identificação da problemática da assistência do EEESMO face à morte perinatal conduziu à elaboração de uma revisão integrativa da literatura que pretendeu identificar as intervenções do EEESMO, durante o trabalho de parto, à mulher que vivencia uma morte perinatal e a sua potencial influência no processo de luto subsequente.

Neste sentido, foi efetuada uma pesquisa no agregador de conteúdos EBSCOhost e procedida à análise dos 14 artigos obtidos após seleção, bem como a de mais 2 artigos e 1 *guideline* encontrados no motor de busca google académico.

Concluiu-se que a morte perinatal é um evento inesperado e doloroso para a parturiente, que acarreta um processo de luto de manifestações habitualmente diferentes das do pai e a predispõe a maior risco de desenvolvimento de doença mental (tal como stress pós-traumático e depressão) nos meses seguintes. O EEESMO é o profissional que acompanha a mulher desde o momento do diagnóstico até o pós-parto e deve ter como intervenções facilitadoras do processo de luto: Executar escuta ativa; Assistir na decisão sobre medidas facilitadoras do luto; Analisar com a parturiente a relação entre o apoio da família e o luto; Ensinar sobre luto; Ensinar sobre momentos críticos.

Não só relativamente à morte perinatal, mas a outras práticas atualmente realizadas na área da especialidade, pretende-se que a reflexão e a investigação aqui presentes possam constituir um contributo para a prática de uma enfermagem sensível às necessidades específicas da mulher e do casal, durante a gravidez, parto e exercício do papel parental.

Palavras chaves: enfermagem, morte perinatal, processo de luto.

ABSTRACT

This document is an internship report, elaborated during the clinical teaching developed at Centro Materno-Infantil do Norte - Centro Hospitalar Universitário do Porto, between March 3rd and November 6th of 2020, within the scope of the Master in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica at the Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Its content includes the description and reflection on the care of the specialist nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing in assisting pregnant women with complications, the parturient woman, the puerperal woman and the newborn, taking into account the evidence-based practice, starting from what was observed and performed in the context in the sense of competence development.

The identification of the problem of the specialist nurse in the face of perinatal death led to the elaboration of an integrative literature review that aimed to identify the interventions of these professionals, during labor, to the woman who experiences a perinatal death and its potential influence in the process of subsequent mourning.

In this sense, a search was carried out in the content aggregator EBSCOhost and the 14 articles obtained after selection were analyzed, as well as another 2 articles and 1 guideline found in the google academic search engine.

It was concluded that perinatal death is an unexpected and painful event for the parturient, which causes a process of mourning of manifestations that are usually different from those of the father and predisposes to a greater risk of developing mental illness (such as post-traumatic stress and depression) in the following months. The specialist nurse in Maternal and Obstetric Health is the professional who accompanies women from the moment of diagnosis until the postpartum period and must have the following interventions to favor the grieving process: Perform active listening; Assist in the decision on grieving facilitating measures; Analyze with the parturient the relationship between family support and grief; Teach about mourning; Teach about critical moments.

Not only in relation to perinatal death, but also to other practices currently carried out in the area of this specialty, it is intended that the reflection and research present here may constitute a contribution to the practice of nursing sensitive to the specific needs of women and couples, during pregnancy, childbirth and parental role.

Key words: nursing, perinatal death, grieving process.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. Desenvolvimento De Competências Em Contexto De Um Serviço De Grávidas De Risco	3
1.1 A Ansiedade Quando A Gravidez Cursa Com Complicações	5
1.2 Promoção Da Adaptação À Gravidez Com Complicações: APPT	8
1.2.1 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Complicação: Ameaça De Parto Pré-Termo	11
1.2.2 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Regime Medicamentoso	12
1.2.3 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Autovigilância De Complicações	14
1.2.4 Conscientização Da Relação Entre Autogestão Do Regime De Repouso E Os Resultados Perinatais	14
1.3 Potencial Para Melhorar A Ligação Mãe-Filho.....	15
1.3.3 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Características/Aparência De Um Recém-Nascido Prematuro	16
1.3.4 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Técnica Canguru	17
1.4 A Intervenção Do EEESMO Na Promoção Da Adaptação À Parentalidade Durante O Internamento Por APPT	18
1.4.3 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Higiene De Um Recém-Nascido Prematuro	19
1.4.4 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Amamentação De Um Recém-Nascido Prematuro	20
1.4.5 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Estimulação Da Lactação	21
2. Desenvolvimento De Competências Em Contexto De Um Serviço De Puerpério	25
2.1 Contexto Clínico Do Serviço De Puerpério.....	25
2.2 Atividades De Vigilância Durante O Puerpério	26
2.2.1 Focos De Atenção Do EEESMO Face À Puérpera	27
2.2.2 Focos De Atenção Do EEESMO Face Ao Recém-Nascido.....	34

2.2.3	O Controlo Da Dor Do Recém-Nascidos Em Procedimentos Dolorosos Durante O Puerpério	37
2.3	Assistir Na Amamentação No Puerpério	38
2.4	A Promoção Do Desenvolvimento De Competências Parentais Durante O Puerpério	42
3.	Desenvolvimento De Competências Em Contexto De Um Serviço De Sala De Partos	47
3.1	Contexto Clínico Do Núcleo De Partos.....	47
3.2	Diagnóstico De Trabalho De Parto E Avaliação Da Sua Evolução	48
3.2.1	Expectativas Da Parturiente Face Ao Parto.....	49
3.2.2	Avaliação Do Colo Uterino	50
3.2.3	Avaliação Do Estado Das Membranas E Líquido Amniótico	51
3.2.4	Avaliação Da Estática Fetal	52
3.2.5	Avaliação Do Bem-Estar Fetal	52
3.2.6	Avaliação Da Dinâmica Uterina.....	53
3.2.7	Avaliação Da Dor Do Trabalho De Parto	54
3.2.8	Conhecimento Sobre Métodos Não Farmacológicos De Alívio Da Dor Do Trabalho De Parto.....	56
3.2.9	Identificação De Desvios No Padrão De Evolução Do Trabalho De Parto	57
3.2.10	Prevenir Retenção Urinária Durante O Trabalho De Parto.....	57
3.2.11	Avaliar Evolução Do Trabalho De Parto: Período Expulsivo	58
3.2.12	Avaliar Evolução Do Trabalho De Parto: Terceiro Estadio Do Trabalho De Parto	60
3.2.13	Avaliação Da Perda Sanguínea E Involução Uterina	60
3.2.14	Inspeção Da Placenta	61
3.2.15	Avaliação Do Estado Do Périneo E Do Canal De Parto	62
3.3	Trabalho De Parto: Intervenções Implementadas	62
3.3.1	Envolver Pessoa Significativa No Trabalho De Parto	62
3.3.2	Promover Mobilidade Corporal	63
3.3.3	Assistir Na Identificação E No Uso De Estratégias Não Farmacológicas De Alívio Da Dor De Trabalho De Parto.....	64
3.3.4	Assistir No Parto Vs. Executar Técnica De Parto.....	65

3.4	Promoção De Uma Experiência De Parto Positiva	66
4.	O Apoio À Parturiente, Durante O Trabalho De Parto, Face Ao Luto Perinatal: Revisão Integrativa Da Literatura	69
4.1	Método	71
4.2	Formulação Da Pergunta De Investigação	71
4.3	Descritores Chave Para A Pesquisa	71
4.4	Frase Boleana.....	72
4.5	Fluxograma	72
4.6	Análise Dos Artigos.....	74
4.7	Resultados	86
4.7.1	Conceito De Processo De Luto E Respostas De Luto.....	86
4.7.2	As Necessidades Da Mulher/Parturiente Em Processo De Luto	88
4.7.3	Intencionalidades das Intervenções Identificadas	90
4.7.4	Efeitos Das Intervenções No Processo De Luto.....	92
4.8	Conclusões	93
	Conclusão	95
	Referências Bibliográficas	97

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Experiências Proporcionadas Durante o Ensino Clínico de Trabalho de Parto e Parto	48
--	----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Fluxograma de Seleção dos Artigos	74
---	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Análise dos Artigos.....	75
QUADRO 2 - Intervenções Facilitadoras do Processo de Luto e Intencionalidade Terapêutica	93

INTRODUÇÃO

De acordo com o Regulamento do segundo ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto e no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no decorrer do segundo ano letivo, é proposta a realização de um estágio de natureza profissional com desenvolvimento e discussão de um relatório, contemplando os contextos da Gravidez de Risco, do Trabalho de Parto e Parto e do Pós-Parto, com vista a obtenção do grau de Mestre.

O desenvolvimento das atividades de estágio nos diferentes contextos de assistência à grávida, parturiente, puérpera e recém-nascido, tomou lugar no Centro Materno-Infantil do Norte, pertencente ao Centro Hospitalar Universitário do Porto, durante o ano letivo de 2019/2020, nos serviços de medicina materno-Fetal, núcleo de partos e puerpério.

A elaboração do presente documento tem como objetivo expor e desenvolver o processo de aquisição de conhecimentos e competências preconizadas para o exercício profissional do enfermeiro especialista, adquiridas ao longo do estágio de natureza profissional, cumprindo o regulamento descrito e aprovado, em 2019, pela Ordem dos Enfermeiros e pela Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica.

Este regulamento preconiza que o EEESMO cuida da mulher inserida na família e na comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; cuida da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; cuida do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade; cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, pós-natal, e durante o trabalho de parto e parto; cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Estruturalmente, o relatório divide-se em quatro capítulos principais, que respeitam a ordem temporal pela qual se sucedeu o processo de aprendizagem nos diversos locais de ensino clínico.

O primeiro capítulo denomina-se por Capítulo I - Desenvolvimento De Competências Em Contexto De Um Serviço De Grávidas De Risco, onde é apresentada e fundamentada a assistência do EEESMO às grávidas de risco, nomeadamente àquelas com ameaça de parto pré-termo e se reflete sobre a sua intervenção na promoção da adaptação do casal à parentalidade de um prematuro.

No Capítulo II - Desenvolvimento De Competências Em Contexto De Um Serviço De Puerpério, é descrito e refletido sobre as atividades de vigilância do EEESMO à puérpera e recém-nascido e sobre a intervenção do EEESMO na promoção do desenvolvimento de competências para o exercício do papel parental.

O Capítulo III - Desenvolvimento De Competências Em Contexto De Um Serviço De Sala De Parto pretende descrever, fundamentar e refletir acerca da prática do EEESMO no diagnóstico e avaliação da evolução do trabalho de parto, nas intervenções que executa na assistência durante o trabalho de parto e parto e, por fim, refletir sobre a promoção de uma experiência de parto positiva.

O último capítulo trata-se de uma revisão integrativa da literatura intitulada como O Apoio À Parturiente, Durante O Trabalho De Parto, Face Ao Luto Perinatal, após ter sido identificada uma problemática significativa e pertinente do percurso académico em contexto clínico. Abordada sob a mais atual evidência científica, a realização desta revisão serviu o propósito do desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito da investigação e a contribuição para o conhecimento e o desenvolvimento da enfermagem de saúde materna e obstétrica.

De modo a suportar a prática baseada na evidência científica fidedigna e atual, foi efetuada pesquisa no agregador de conteúdos EBSCOhost, que fornece resultados bases de dados científicas tais como *Academic Search Complete Library, Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing reference center, B.on, Trip Database, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL Complete, MEDLINE with Full Texte* e no motor de busca google Académico.

1. Desenvolvimento De Competências Em Contexto De Um Serviço De Grávidas De Risco

A gravidez é um evento único na vida da mulher, no qual gerar uma nova vida lhe provoca modificações biológicas, somáticas, psicológicas e sociais complexas, exigindo-lhe uma reestruturação (Piccinini, Gomes, Nardi, & Lopes, 2008). É um estado fisiológico que se situa temporalmente entre a concepção e o parto, de duração de cerca de 40 semanas (Nené, Marques, & Batista, 2016).

Quando se envereda pelo estudo da área da saúde materna e obstetrícia, o conceito de risco na gravidez é rapidamente evidente. Uma das afirmações comumente ouvidas pelos profissionais de saúde da área é que *“a gravidez só deixa de ser de risco quando se ouve o recém-nascido chorar”* (sic) e este conceito de *“risco certo”* apresenta a ideia de que toda a gravidez, mesmo a que decorre sem intercorrências, numa mulher prévia e atualmente saudável encerra em si potencial de complicar.

Com o intuito do desenvolvimento de competências para a avaliação da evolução da gravidez de risco foi realizado um total de 100 horas de ensino clínico, entre 16/09/2019 e 24/12/2019, no serviço de Medicina Materno-Fetal (MMF) do CMIN. Neste âmbito de assistência, o EEESMO *“cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”* (OE, 2019, p. 13562).

As competências específicas do EEESMO neste âmbito consistem em promover a saúde da mulher, diagnosticar precocemente e prevenir complicações, providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O risco na gravidez é avaliado pela presença de fatores que suscetibilizam a mulher grávida a desenvolver ou agravar quadros clínicos capazes de provocar dano no feto, na mãe ou na respetiva díade (Nené, Marques, & Batista, 2016). Sendo que não existe gravidez sem risco, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (2016) refere que o risco é dinâmico ao longo da gravidez e deve ser reavaliado em todas as consultas. Define-se na literatura a gravidez de baixo risco como *“aquela em que não é possível identificar, após avaliação clínica do risco pré-natal baseada na Tabela de Goodwin modificada, nenhum fator acrescido de aborto espontâneo, parto pré-termo, morte fetal e aumento da morbidade materna e/ou neonatal”* (Nené, et al., 2016, p.109; Direção-Geral de Saúde,

2015). Esta tabela atribui uma pontuação entre 0 e 3 pontos consoante a presença de fatores, divididos entre três vertentes: história reprodutiva (idade e paridade), história obstétrica anterior (tais como hemorragia pós-parto, abortos consecutivos) e patologias associadas. Não obstante ao conhecimento da forma de estratificação do risco, aquando o internamento neste tipo de serviço, o mesmo já foi previamente avaliado, em contexto de consulta na unidade de saúde familiar ou no serviço de urgência, sendo todas as utentes internadas consideradas de alto risco.

O serviço MMF possibilita o internamento de 30 grávidas. A equipa é composta por um total de 29 enfermeiros, 18 dos quais são EEESMO, um é especialista em reabilitação e outro em saúde comunitária (especialistas de outras áreas e enfermeiros generalistas exercem neste serviço por MMF ter a mesma equipa que o internamento de ginecologia, sendo dois serviços num só piso). Diariamente, no turno da manhã e da tarde estão em serviço cinco enfermeiros e no da noite quatro, em que, pelo menos, dois por turno são EEESMO. O rácio grávida/enfermeiro é, assim, de 6:1.

Neste contexto de cuidados, foi proporcionado o contacto com um total de 100 grávidas internadas.

No decorrer dos primeiros dias em contexto clínico, foi possível perceber que, apesar das diferentes causas de internamento encontradas nas grávidas, a prática da enfermagem apresentava uma série de intervenções resultantes de prescrição comuns a todas elas, independentemente da patologia ou clínica apresentada, entre elas: a administração de terapêutica prescrita; a monitorização de sinais vitais da grávida e a cardiocotografia.

As intervenções específicas de cada caso distinguiam-se maioritariamente por ensinar sobre a patologia e sinais de alarme a serem referidos quando se verificava potencial de adquirir conhecimento sobre os mesmos, por exemplo, no caso das grávidas com subida tensional, diabetes *mellitus* ou infeção de trato urinário. Portanto, as intervenções no domínio do conhecimento incidiam sobre as patologias que motivaram o internamento e não estariam a ser implementadas intervenções no sentido da adaptação à gravidez e preparação para a parentalidade, como se, de certa forma, a existência de complicações tivesse interrompido o processo subjacente de transição para a parentalidade vivenciado pela grávida, o que não corresponde à realidade.

Para além disso, nos momentos de realização dos registos de enfermagem, foi notório que o diagnóstico de enfermagem Ansiedade era identificado sistematicamente no processo de todas as grávidas, sendo as intervenções levantadas para lhe dar resposta a de providenciar apoio emocional e escuta ativa.

Foi, assim, questionado o porquê de surgirem nos registos este foco de atenção, a sua real importância, como seria avaliada e interpretada a sua presença e se as intervenções propostas estariam, efetivamente, a dar resposta ao problema.

1.1 A Ansiedade Quando A Gravidez Cursa Com Complicações

Ansiedade, segundo ICN (2015), é a uma “*emoção negativa: sentimento de ameaça, perigo ou angústia*” e surge, frequentemente, face ao desconhecido e à antecipação de cenários considerados ameaçadores ao bem-estar dos indivíduos.

A gravidez, por si só, apresenta-se como um momento da vida da mulher muito exigente a todas as vertentes. Para além da gestão de todas as mudanças físicas que sente a cada dia, a mulher grávida tem a tarefa de reformular a sua identidade, num processo de transição do tipo desenvolvimental (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000), no qual necessita adquirir conhecimentos e competências para desempenhar o seu novo papel de mãe (Cardoso, 2011). As 40 semanas de gravidez são necessárias, não só pelo desenvolvimento fetal, como para a adaptação e preparação da mulher para a aquisição da nova identidade, processo que vai, inclusive, para além do término da gravidez e que envolve expectativas e anseios em relação ao filho e ao seu próprio desempenho como mãe. Trata-se de um processo complexo, no qual as mudanças associadas ao nascimento de um filho devem ser reconhecidas e integradas numa rotina reestruturada em volta das necessidades do mesmo, que exige uma reorganização individual, conjugal e profissional (Cardoso, 2011).

Apesar da gravidez ser considerada um período de “crise” desenvolvimental, este “stress” não é necessariamente associado a patologia ou sofrimento. Existe, de forma inerente ao processo de transição, como combustível para aquilo que deve ser o envolvimento da grávida, condição necessária para a aquisição de novos conhecimentos e competências.

A questão que se acrescenta pertinente é que, acontecendo uma complicação associada a um processo de transição que por si só já é exigente, implica que o EEESMO seja capaz de intervir, sabendo que as intervenções ainda durante a gravidez têm potencial para se repercutirem nos resultados perinatais, na relação mãe-filho e cuidados parentais posteriores. Cabe ao enfermeiro especialista identificar as situações de desequilíbrio, complicação ou de risco de entre aquilo que é fisiológico e salubre deste processo. Situações de risco durante a gravidez encontram-se associadas a níveis aumentados de ansiedade na grávida e no casal e dificultam o processo de adaptação à parentalidade (Poplar, 2014, citados por Vilariça, 2019). Um estudo de Barros (2020) identifica que, na grávida de alto risco, a baixa literacia para a saúde é um fator de risco moderado a alto para maiores níveis de ansiedade e depressão.

Todas as grávidas apresentavam em comum uma ansiedade associadas ao bem-estar fetal e verbalizavam-no frequentemente, através de expressões como “*hoje vamos fazer as cintas? Preciso saber se ele está bem*” (sic); “*agora tenho medo de deixar de o sentir a mexer*” (sic); “*e se ele nasce agora? ainda é muito pequenino, eu nem vou saber pegar nele*” (sic); “*Acha que posso pedir a médica para fazer outra ecografia?*” (sic); “*não era suposto acontecer para já*” (sic). De igual modo, apresentavam muito frequentemente labilidade emocional, com choro, ou sinais de tensão corporal, tais como inquietude. A acrescentar, ainda, o medo referido por várias mulheres relacionado com o momento do parto, com a dor, e com o risco de morte ou sequelas suas e do filho. As verbalizações de preocupações relacionadas com o feto e os sinais e sintomas verificados permitem identificar o diagnóstico de enfermagem de ansiedade presente, na qual o foco da preocupação e angústia é o bem-estar fetal, a incerteza do futuro e à sua capacidade para cuidar do filho.

Em concordância, o terceiro trimestre é descrito na literatura como um período caracterizado por grande ansiedade e sentimentos de ambivalência entre o desejo de prolongar a gravidez pela tristeza associada à perda do estatuto de grávida e o de conhecer o filho (Stern, 1997 citado por Pedreira, et al., 2015).

O internamento, “*per si*”, reúne um conjunto de condições que levam a que a grávida vivencie maiores níveis de stress: a perceção do papel de estar “doente” (passa a necessitar de vigilância e cuidados, principalmente quando tem a indicação para repouso no leito); a incerteza em relação à evolução da gravidez; preocupações em relação ao bem-estar do bebé; preocupações profissionais e familiares (sobretudo com filhos mais velhos); cansaço face à espera (por exemplo, mesmo sabendo os riscos de um parto pré-termo, desejam-no para pôr fim à situação); sentimento de “prisão”, de tédio, de invasão de intimidade; falta de privacidade, desconforto e modificação de rotinas (Correia, 2012). Os fatores associados à necessidade de internamento, no entanto, são difíceis de contornar pelo EEESMO, pois trata-se de circunstâncias inerentes a uma necessidade que não pode ser evitada. De igual modo, não existe forma de garantir a evolução sem complicações que são, muitas vezes inesperadas, sendo prudente não negar a possibilidade das mesmas ocorrerem, sob o risco de perda de confiança por parte da grávida.

A avaliação e interpretação cardiotocográfica permite avaliar a presença/ausência de contrações uterinas e caracterizá-las, bem como a frequência cardíaca fetal, fornecendo dados sobre o bem-estar fetal ou, por outro lado, a ausência dele. Esta avaliação era efetuada uma vez por turno, ou seja, três vezes ao dia, sob prescrição médica e sempre que necessário, sob o julgamento do EEESMO, por alteração do estado da grávida ou suspeita de ausência de bem-estar fetal.

Nos momentos de realização de cardiotocografia, por várias vezes, as grávidas questionaram acerca do aspeto que seria esperado no traçado cardiotocográfico. O mesmo estado de alerta era verificado sempre que não se identificava de imediato o foco de auscultação

cardíaca, nos casos de placentas que se apresentam anteriormente ao feto e dificultam a transmissão do sinal do doppler, por exemplo.

Um estudo de Mancuso, et al. (2010), revela que existe evidência de aumento da ansiedade das mulheres durante e após a realização da cardiocotografia, sendo que este aumento ansiedade parecia mais pronunciado em mulheres com gravidez afetada por complicações obstétricas.

A gestão da manifestação da ansiedade das grávidas nestes momentos passava por serem, informadas sobre a normalidade do traçado do CTG e quais os motivos aparentes para as possíveis demoras na identificação do foco cardíaco fetal ou mesmo das descaptações que frequentemente acontecem por movimentos fetais mais vigorosos, por exemplo.

Por outro lado, várias vezes também se verificou, noutras grávidas, a verbalização de alívio da ansiedade no momento em que ouviam o batimento cardíaco fetal, sendo, nesse caso, algo com efeito tranquilizador, fato que confirma que os significados atribuídos pelas grávidas às atividades de monitorização e vigilância importam no processo de cuidados.

Ao olhar para esta realidade do ponto de vista da enfermagem de saúde materna e obstétrica, é possível incidir sobre a área que está a causar a instabilidade - o foco ansiedade na gravidez com complicações não pode ser desconectado da preparação e conhecimento, no que concerne à adaptação à gravidez em internamento, ao papel parental e à ligação mãe-filho que se vem a estabelecer. Seguindo este raciocínio, a enfermagem generalista pensaria sobre a necessidade de verificar a existência de recursos internos (como estratégias de coping) e externos (como o suporte familiar, por exemplo) para lidar com o stress, a escuta ativa e o apoio emocional; no entanto, partindo de um ponto de vista de uma enfermagem especializada, para além do anteriormente referido, as intervenções diferenciadas do EEESMO pretendem diminuir a ansiedade ao empoderar a grávida na transição para a parentalidade e ter ganhos não só a nível da perceção de bem-estar mas também ao nível da adaptação à gravidez com complicações, vinculação e preparação e conhecimento para o exercício do papel parental.

Quando o EEESMO presta cuidados, deve conhecer aprofundadamente as alterações, não só físicas e orgânicas de adaptação à gravidez, como as alterações intelectuais, emocionais e afetivas, as tarefas cognitivas necessárias e condições facilitadoras e /ou inibidoras desta crise desenvolvimental.

Nené et. al (2016) afirma que, durante o internamento, ações do âmbito “informar” contribuem para a redução da ansiedade das grávidas, apresentando-se como uma intervenção significativa do ESMO que pretende dar resposta à ansiedade presente na grávida de risco, o que suporta o anteriormente referido.

Não obstante, qualquer intervenção no sentido da aquisição de conhecimentos e competências requerem consciencialização, envolvimento e disponibilidade para a mesma

(Meleis et. al, 2000). No caso de grávidas em que estas premissas não se verificam ou que apresentam níveis de ansiedade patológica, em que há comprometimento das capacidades de atenção e concentração, deverá ser discutido em equipa a sua referenciação para apoio por profissionais especializados na área de saúde mental.

1.2 Promoção Da Adaptação À Gravidez Com Complicações: APPT

Num total de 100 grávidas internadas e a quem foram prestados cuidados durante o EC, as causas de internamento identificadas foram a Iso imunização anti-s (1), Subida tensional (11), APPT (22), RCIU (25), deiscência de cicatriz de cesariana anterior (1), alterações do líquido amniótico (oligoâmnios/hidrâmnios) (10), placenta prévia (3), alterações do colo uterino (4), colestase gravídica (2), rotura prematura de membranas (8), infeção do trato urinário (6), pré-eclâmpsia (8), falso trabalho de parto (1), dor abdominal não controlada (1), síndrome polimalformativo fetal (1), patologia oncológica da grávida (2), diabetes gestacional (6), torção do ovário na grávida (1) e alterações de fluxos (4).

As RCIU e as APPT foram os diagnósticos médicos que levaram ao internamento de um maior número de grávidas. Quer uma, quer outra situação, têm o potencial da ocorrência do nascimento do filho antes do período temporal esperado (pois uma RCIU leva, na maioria das vezes, a um parto prematuro (Vanin, Zatti, Soncini, Nunes, & Siqueira, 2019) o que exige aos pais uma adaptação para além da já necessária à gravidez e parentalidade, pois terão em mãos um recém-nascido prematuro.

Na realidade, os diagnósticos de alterações do líquido amniótico (10 grávidas), alterações do colo uterino (4), colestase gravídica (2), rotura prematura de membranas (8), pré-eclâmpsia (8) e alterações na fluxometria (4) são complicações da gravidez que podem levar a um parto pré-termo (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018), o que significa que num total de 100 grávidas, 83 poderiam “ter em mãos” um recém-nascido prematuro. Adicionalmente, nestes casos, a alta só iria acontecer após o nascimento, o que se traduzia em internamentos mais longos e as que estariam a frequentar sessões de preparação para o parto e para a parentalidade antes do internamento, deixaram de o fazer. Para além de ter sido interrompida a preparação para a parentalidade, o grande potencial é destas mulheres virem a ser mães de um recém-nascido de características e necessidades acrescidas e diferentes do idealizado.

No que concerne à incidência desta complicação, a OMS (2020) estima que, todos os anos, nasçam cerca de 15 milhões de prematuros e que este número está tendencialmente a

aumentar, apresentando uma taxa de entre 5% a 18% entre 184 países, sendo as complicações decorrentes do parto pré-termo a principal causa de morte de crianças até aos 5 anos de idade. Estes dados são corroborados pela SPN (2016), que afirma que a incidência do parto pré-termo varia de acordo com o país e a raça e acrescenta que os países mais industrializados têm assistido ao aumento ligeiro desta incidência e aponta como uma possível causa o avanço tecnológico, que tem vindo a permitir o nascimento de recém-nascidos cuja sobrevivência estaria comprometida há alguns anos atrás.

Em Portugal, dados referentes a 2018 mostram uma incidência de nados vivos prematuros (com menos de 37 semanas de gestação) de 8%, sendo que esta percentagem tem variado pouco significativamente nos últimos anos (em 2014 a taxa foi de 7,7% - valor mais baixo; em 2017, de 8,1% - valor mais alto) (Instituto Nacional de Estatística, 2019). A mesma fonte mostra dados que relacionam a incidência anterior com a idade materna e deixa claro o aumento da incidência de prematuros em idades maternas mais elevadas (8,5% entre os 35 e os 39 anos; 10,6% acima dos 40 anos).

Face à realidade previamente apresentada, surgiu a necessidade de se refletir sobre as necessidades destas grávidas, comparativamente com as restantes, por se encontrarem numa situação de parto eminente ou para breve e no exercício do papel parental de um recém-nascido prematuro.

Foi observado, durante o ensino clínico, que por se tratar de um evento inesperado, as grávidas referiam não estar preparadas para o parto e, em alguns casos, referiam sentir culpa pelo que estava a acontecer; duvidavam se teria sido algum comportamento seu que levou ao despoletar das contrações uterinas (*“terá sido de ter pegado no meu filho mais velho?”* (sic), por exemplo); outras questionavam - *“vocês dizem-me a que devo estar atenta e eu fico em casa a descansar, afinal só vou ficar aqui a fazer isso”* (sic); demonstravam frequentemente preocupações tais como *“quando ele nascer vai ficar internado comigo?”* (sic), *“Eu vou poder estar com ele?”* (sic), *“E se eu tiver alta e ele ficar, como lhe vou dar de mamar?”* (sic).

Partindo destas preocupações e dúvidas como dados para a prática, é possível ao EEESMO identificar focos ao nível do conhecimento sobre a complicação APPT, a abordar no presente relatório, o conhecimento sobre regime medicamentoso, conhecimento sobre vigilância de complicações, consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e resultados perinatais, conhecimento sobre características de um prematuro, sobre a higiene de um prematuro, a amamentação e estimulação da lactação. Para além disso, por a gravidez estar a apresentar complicações, o EEESMO deverá atentar à ligação mãe e filho, que poderá ser prejudicada pela carga emocional negativa associada ao internamento.

Meleis (2000) defende que os enfermeiros (e, no caso das grávidas, parturientes e puérperas, os EEESMO) são profissionais de primeira linha na preparação para e no apoio durante o processo de transição, podendo funcionar como facilitadores da consciencialização,

mobilizadores de recursos e promotores da aprendizagem de novos conhecimentos e habilidades. O objetivo do cuidado é o desenvolvimento da autoeficácia no exercício do papel através da aquisição de conhecimentos e habilidades, sendo estas condições com potencial para condicionar positiva ou negativamente a transição (Chick & Meleis, 1986; Meleis et al., 2000, citados por Cardoso, 2011).

Estando perante uma geração de grávidas com fácil e rápido acesso a informação “online” e que procura cada vez menos os profissionais de saúde para a obter, mas sim no sentido de decodificar ou validar o que leu/ouviu (mostrando que os mesmos são percebidos como sendo fontes fidedignas), os EEESMO precisam estar preparados para dar resposta a estas necessidades de informação e, acima de tudo, saber adequar a informação à especificidade de cada grávida internada, tendo em conta as suas crenças, significados, cultura, nível de instrução, conhecimentos e experiências prévios na parentalidade (Cardoso,2011).

“Se a mãe e o pai conseguirem perceber qual o modo adequado de responderem às necessidades da criança e se tiverem consciência das potencialidades da criança, ficarão menos ansiosos e ajustar-se-ão mais facilmente ao papel, particularmente quando se trata do primeiro filho.”(Brouse,1988 citado por Cardoso, 2011, p.45).

O empoderamento ou “*empowerment*” é um conceito utilizado em saúde e que pode ser definido “*como um processo contínuo, no qual indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, conscientes que é primordial ganharem controlo sobre as suas vidas, especificamente na sua saúde*” (Organização Mundial de Saúde, 2001, citada por Aires, 2016, p.50).

O mesmo autor cita Kameda e Shimada (2008), dizendo que o empowerment da grávida é definido como um sentido de autorealização e de independência, conquistado pela interação com o ambiente e com os outros indivíduos, conduzindo a um aumento da energia psicológica para a concretização da experiência de gravidez e parto desejada (Aires, 2016).

Partindo dos dados previamente expostos, é possível ao EEESMO determinar diagnósticos, entre eles, e que surgem abordados nos subcapítulos seguintes, no que concerne à adaptação à gravidez de risco - Potencial para melhorar conhecimento sobre APPT; Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso; Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações; Consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais; no que concerne à parentalidade - Potencial para melhorar conhecimento sobre características de um prematuro; Potencial para melhorar conhecimento sobre higiene do prematuro; Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação de um prematuro; Potencial para melhorar conhecimento sobre estimulação da lactação; e Promoção da ligação mãe-filho.

Os objetivos das intervenções do EEESMO na prestação de cuidados à grávida com ameaça de parto pré-termo passam, então (sob as condições necessárias da existência de capacidade cognitiva para a aprendizagem, volição, consciencialização e envolvimento no processo), por prolongar a gravidez através da adesão ao repouso prescrito; facilitar à adaptação à gravidez com complicações; melhorar o nível de preparação para cuidar de um filho prematuro; promover a ligação mãe-filho e, conseqüentemente, facilitar a gestão da ansiedade associada ao processo.

Diversos aspetos, considerados boas práticas, na comunicação com a grávida foram tidos em conta, tais como um tom de voz ajustado e um esforço para evitar interrupções de modo a harmonizar a relação terapêutica, sendo que uma questão que dificultava a partilha de informação por parte de algumas grávidas foi o facto do quarto ser partilhado com outra. Nesses casos, a sala de formação do serviço era utilizada no sentido de se conferir privacidade e confidencialidade na exposição de dados.

1.2.1 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Complicação: Ameaça De Parto Pré-Termo

A APPT é definida como *“a ocorrência, antes das 37 semanas de gestação, de contratilidade uterina frequente e regular, com formação do segmento inferior uterino, mas sem repercussão cervical”* (Montenegro, 2014). Mendes da Graça (2017) acrescenta que ocorre após as 22 - 28 semanas de gestão, estabelecendo o limite inferior da viabilidade fetal e distingue a ameaça do parto pré-termo efetivo pela presença de alterações cervicais, nomeadamente dilatação e extinção do colo.

A Patogenia do trabalho de PPT é difícil de esclarecer. Alguns autores referem que, em muitos casos, não é evidente se resulta *“do início idiopático da ativação do processo normal do TP ou se, pelo contrário, é consequência de um mecanismo etiológico determinado”* (Mendes da Graça, 2017). Estudos mencionados pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016, p.6) afirmam derivar da *“ativação de mecanismos feto-maternos hormonais, de inflamação, hemorragia decidual ou distensão anormal do útero”* e que estes, apesar de se apresentarem como mecanismos diferentes, *“partilham vias bioquímicas comuns de estímulo à contractilidade uterina e a alterações bioquímicas que levam à rotura de membranas e à modificação das características do colo do útero”*. São apontadas como possíveis causas a RPM, corioamniotite, infeção extrauterina, anomalias da placenta, anomalias do útero, anomalias da continência do colo uterino, patologia do feto,

hiperdistensão uterina e contratilidade uterina frequente antes do termo (Mendes da Graça, 2017).

Poderão apresentar-se como fatores de risco para o PPT: raça negra; história de colonização ou infecção do trato genitourinário; hemorragia de origem desconhecida durante a gravidez; antecedentes prévio de PPT; anomalia/malformação uterina; uso de técnica de procriação medicamente assistida; gestação múltipla; tabagismo; IMC de valores extremos prévios à gravidez; doença periodontal; Polihidrâmnios e comprimento do colo uterino inferior ao P10 (Gabbe, 2016); doença hipertensiva, diabetes gestacional; a restrição do crescimento intrauterino e a situação fetal não tranquilizadora (Vanin, et al., 2019; Mendes da Graça, 2017).

Por a patogenia não estar completamente esclarecida e se associarem na literatura vários fatores de risco, o EEESMO deverá informar sobre a etiologia desconhecida da APPT e sobre o fator concorrente daquela mulher para a APPT - por exemplo, explicar que a dinâmica uterina aumentada está a concorrer para o risco de um parto prematuro.

1.2.2 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Regime Medicamentoso

O EEESMO deverá ensinar sobre o efeito terapêutico dos fármacos utilizados na ameaça de parto pré-termo, que tem como objetivos a estimulação da maturidade pulmonar e neuroprotecção fetal e tocolise, ou seja, promover o desenvolvimento fetal de forma a aumentar-lhe a hipótese de sobrevivência sem complicações e diminuir ou cessar a contratilidade uterina, atrasando o trabalho de parto.

As grávidas sob APPT davam entrada no serviço frequentemente ainda com o tocolítico atosiban (inibidor dos recetores de ocitocina) em curso, por via endovenosa, em perfusão. Estas mulheres apresentavam, por vezes efeitos secundários tais como náuseas e vômitos, tornando-se pertinente o EEESMO ensinar sobre os efeitos secundários dos fármacos utilizados na APPT. Cefaleias e tonturas são, de igual modo, descritos na literatura como outros possíveis efeitos secundários (Agência Europeia de Medicamentos, 2013). A nifedipina (inibidor dos canais de cálcio), por sua vez, era outro tocolítico frequentemente utilizado, via oral, cujos efeitos secundários descritos são a hipotensão, astenia e alterações vasomotoras (Souza, et al., 2020).

Os agentes tocolíticos reduzem a probabilidade do parto acontecer nos 7 dias seguintes ao início do tratamento, sendo eles utilizados em “*grávidas em trabalho de PPT (entendido*

como a existência de contrações uterinas rítmicas e dolorosas com repercussão cervical), com idades gestacionais entre as 24 e as 36 semanas e 6 dias (...) e aquelas que ainda não completaram o ciclo de corticoides para maturação pulmonar fetal” (Montenegro, 2014, p. 83; Nené, et al., 2016).

A corticoterapia com betametasona ou dexametasona reduz a incidência de morte neonatal, síndrome de membrana hialina, enterocolite necrosante e hemorragia intraventricular em recém-nascidos pré-termo (Montenegro, 2014). Independentemente da integridade das membranas amnióticas, a administração de corticoides está recomendada entre as 24 e as 33 semanas e 6 dias, em gravidezes únicas ou gemelares, em todas as situações em que existe risco de parto pré-termo nos 7 dias seguintes (Areia, et al., 2018; Nené, et al., 2016). No serviço, todas as grávidas com este diagnóstico faziam, segundo protocolo, a administração de betametasona ou dexametasona intramuscular.

Uma preocupação e queixa frequentemente encontrada nestas grávidas era a de percepção da diminuição dos movimentos fetais. De facto, *“estão descritos efeitos transitórios (após 72h após início do tratamento) dos corticoides na fluxometria umbilical e cerebral, bem como na diminuição dos movimentos corporais e variabilidade da frequência cardíaca fetal”* (Areia, et al., 2018, p.312), pelo que compete ao EEESMO tranquilizar e informar a mulher acerca deste efeito secundário, e se necessário, demonstrar o BCF no momento da verbalização da preocupação através do uso do doppler existente no serviço.

Apesar de geralmente bem tolerado, um dos principais efeitos secundários dos corticoides relaciona-se com um *“agravamento do perfil glicémico, com risco de complicações da hiperglicemia, pelo que devem ser monitorizadas as glicemias e ajustada a terapêutica hipoglicemiante”*, esta última no caso das grávidas diabéticas (Areia, et al., 2018, p. 312). Em concordância, no serviço, eram efetuadas pesquisas de glicemia capilar à grávidas sob corticoterapia, nas quais se verificava uma hiperglicemia transitória na primeira semana após primeira toma.

No que se refere à neuroprotecção acima referida esta relaciona-se com a prevenção de paralisia cerebral, pois o PPT é um dos fatores de risco mais importantes para a sua ocorrência (Pascaal, Govaert, Oostra, Naulaers, & Ortibus, 2017). A evidência atual recomenda a utilização do sulfato de magnésio endovenoso no PPT, entre as 24 semanas e as 31 semanas e 6 dias, quando já estabelecido trabalho de parto pré-termo, com elevada probabilidade de parto entre nas 2 a 12h seguintes. Por este motivo, as grávidas internadas no serviço, estando sob ameaça de início de parto pré-termo mas ainda não em trabalho de parto, não era administrada esta terapêutica, mas sim no núcleo de partos.

Em nenhum caso com o quais houve contacto foi necessário recurso à ciclorrafia, técnica que consiste em suturar o colo uterino de modo a travar a dilatação do mesmo e que tem como contra-indicações a existência de contratilidade uterina e/ou idade gestacional acima das 24 semanas, estando estas condições presentes nos casos em questão.

1.2.3 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Autovigilância De Complicações

Dentre vários autores, Mendes da Graça (2017, p.337) corrobora a necessidade de informação das grávidas, que não deve ser descuidada - *“deverão ser instruídas para identificarem (...) sinais de alarme, pois eles são (...) negligenciados ou atribuídos a situações sem importância obstétrica, como, por exemplo, perturbações gastrointestinais”*.

Assim, o EEESMO deverá ensinar sobre sinais de alarme do PPT, sendo frequentes algias pélvicas, lombalgias e dor abdominal (constantes ou intermitentes), sensação de pressão pélvica, modificação e/ou aumento do fluxo vaginal (mucoso ou mais fluido e/ou hemático) e contrações uterinas de intervalos inferiores a 10 minutos, com ou sem dor (Mendes da Graça, 2017), pelo que as grávidas eram, durante o ensino clínico, alertadas para informarem a enfermeira responsável caso surgisse ou agravasse algum destes sintomas.

Para além disso, o EEESMO deverá ensinar sobre outros sinais de alarme não relacionados com o a APPT, nomeadamente a perceção de ausência ou diminuição de movimentos fetais (relacionado com o bem-estar fetal) ou queixas urinárias (as infeções de trato urinário, para além de mais prováveis de acontecerem durante a gravidez, acarretam riscos e exigem tratamento com antibioterapia).

1.2.4 Consciencialização Da Relação Entre Autogestão Do Regime De Repouso E Os Resultados Perinatais

O repouso é comumente recomendado e estava referenciado no protocolo do serviço, mas a sua eficácia ainda não está cientificamente comprovada na prevenção do PPT.

Mendes da Graça (2017, p.344) afirma que *“o repouso em decúbito lateral diminui a frequência e a intensidade das contrações, melhora o fluxo uteroplacentário e alivia a pressão da apresentação sobre o colo”*, justificação apresentada comumente pelos ESMO do serviço. Não obstante, o autor também acrescenta que *“não está demonstrado que o*

repouso no leito deva constituir um componente padrão ou tratamento do PPT” (Goldberg, 2002, citado por Mendes da Graça, 2017, p.344).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016, p.8), *“embora uma redução da atividade física seja apropriada para algumas grávidas com risco de parto pré-termo ou para algumas situações clínicas, não há evidência que o repouso completo no leito resulte numa redução da incidência de prematuridade”.*

Ainda, sobre a mesma atitude terapêutica, uma revisão efetuada pela Cochrane afirma não haver efeito positivo do repouso no leito em mulheres de alto risco de PPT, em gestações únicas, comparativamente com aquelas que não o cumpriram (Medley, 2018). Contudo, verificou-se ser recomendado sistematicamente no serviço.

Tendo tal em conta, refletiu-se acerca do repouso no leito, pois também foi possível perceber que ao permitir que as grávidas saíssem do quarto e deambulassem pelos corredores por períodos, se encontrassem com outras grávidas para troca de experiências, pareciam haver uma diminuição dos sinais de ansiedade e maior disponibilidade e atenção para reterem informação nos momentos seguintes. Correia (2012) refere que a prescrição do repouso no leito pode ter um impacto emocional e social importante nas mulheres, a nível emocional e social, uma vez que estas grávidas apresentam risco aumentado de ansiedade e depressão.

A consciencialização trata-se da perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição, ou seja, das mudanças e diferenças exigidas por um determinado evento ou nova condição (Meleis, 2000 citado por Guimarães, et al., 2016). A sua presença/ausência influencia o nível de envolvimento da pessoa na sua adaptação à mudança (Guimarães & Silva, 2016), sendo exemplos deste envolvimento a procura de informações e a proatividade. Deste modo, foi explicado às grávidas a necessidade manter um comportamento - repouso - perante a nova condição de ameaça de um parto prematuro e a gestão entre o repouso no leito e o levantar.

Em concordância, verificou-se que as grávidas que estavam em espaços comuns do serviço com outras grávidas, apresentavam um aparente melhor estado anímico, riam mais e conversavam sobre outros assuntos que não apenas o motivo do internamento e os desfechos possíveis, tendo sido uma experiência considerada positiva.

1.3 Potencial Para Melhorar A Ligação Mãe-Filho

Rubin (1977), citado por Mercer (2006), criou o conceito de “binding-in” (ligação com) que se refere à componente afetiva e motivacional do processo de identificação com o papel de mãe, iniciado na gravidez.

Sinais como acariciar o abdómen ou atribuir características de personalidade ao filho pelo padrão de movimentos fetais são indicadores de que as grávidas estabeleciam esta ligação. O mesmo autor afirma que os movimentos fetais permitem uma transferência da criança teórica para a criança real e respetivo aumento da ligação materna.

Um estudo de Piccinini (2004), afirma que as mães criam representações do filho e atribuem-lhe uma identidade ainda durante a gravidez, através da atribuição do nome, pelo género, pelo temperamento imaginado a partir dos movimentos fetais (Silva & Porto, 2016). Essas representações, baseadas nas expectativas e sentimentos da mãe em relação ao filho, servem como a base para o desenvolvimento da relação mãe-filho (Raphael-Left, 1991 e Piccinini, 2004, citados por Silva, et al., 2016).

Ensinar acerca do padrão de movimentos fetais (Mercer & Walker, 2006) (no sentido de aumentar a sensibilidade da mãe e do pai sobre os movimentos fetais, explicando a existência de períodos de sono (dorme cerca de 90% do tempo), e de que forma se pode estimulá-los (toque abdominal, ingestão de um alimento doce, falar, ler ou cantar para a barriga) são atividades do EEESMO que concretizam a intervenção.

1.3.3 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Características/Aparência De Um Recém-Nascido Prematuro

As grávidas devem ser preparadas para o aspeto esperado do recém-nascidos, uma vez que as características dos mesmos são diferentes das do bebé idealizado, o que poderá ter impacto na vinculação e desempenho parental. Deste modo, o EEESMO deverá ensinar sobre as características de um RN prematuro.

Tendencialmente pequenos e magros, apresentam pouca percentagem de gordura corporal, a cabeça grande proporcionalmente ao corpo e, por isso, não se apresentam de face tão arredondada como os de termo (American Academy of Pediatrics, 2019). A sua pele é translúcida, podendo ser visível a rede venosa e apresentar-se ainda coberta de lanugem, principalmente no dorso e ombros (American Academy of Pediatrics, 2019). Uma vez que o vérnix caseoso é produzido no termo da gravidez, não é expectável que um prematuro nasça coberto dessa substância (American Academy of Pediatrics, 2019). A planta dos pés e palmas

das mãos habitualmente não têm sulcos, a cartilagem das orelhas é macia e maleável (American Academy of Pediatrics, 2019).

No que concerne aos órgãos genitais, o escroto pode apresentar-se pouco desenvolvido, enquanto o clítoris apresenta-se proeminente e os grandes lábios mal desenvolvidos e mais abertos do que num RN de termo.

São RN com menor reatividade motora, apresentando reflexos mais débeis ou inexistentes, como o de sucção ou preensão. O choro também se espera mais débil e pode nem ocorrer, pela imaturidade do sistema respiratório. Caso esta imaturidade de órgãos e sistemas for grave, poderá haver a necessidade de suplementação com oxigénio e/ou suporte ventilatório, tal como o CPAP.

O cuidado ao recém-nascido e a sua manipulação deve fazer-se com movimentos suaves, respeitando a sua tolerância e estando atentos aos sinais de fadiga ou hiperestimulação evidenciados (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

1.3.4 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Técnica Canguru

A técnica canguru tem sido cada vez mais utilizada nos serviços de neonatologia devido aos seus inúmeros e comprovados benefícios. A sua existência, utilidade e vantagens devem ser explicadas à grávida, como mais uma estratégia para promoção da vinculação, promoção da adaptação à vida extrauterina e do desenvolvimento do RN e satisfação da própria no seu exercício parental.

No ensino sobre o método canguru, o EEESMO informa que consiste no contato pele a pele do RN, vestido apenas com a fralda, numa posição vertical, sobre o peito do adulto (Barbosa, 2013; WHO,2003). No ensino sobre as vantagens do método, o EEESMO deverá explicar que estão descritas na literatura a manutenção da temperatura corporal, a mais fácil adaptação do RN ao ambiente extrauterino, melhorias significativas de ritmo cardíaco, nos valores de saturação de oxigénio no sangue, no padrão de sono, no aumento ponderal e na maturação cerebral (Ramos, et al., 2020; Barbosa, 2013; Fragata, 2012; World Health Organization, 2003).

Para além disso, é um método que promove o aleitamento materno e o desenvolvimento do vínculo afetivo mãe e filho, contribuindo para a autoconfiança das mães e sensação de maior competência no cuidado ao filho (World Health Organization, 2003).

Está descrito, de igual modo, a verificação de um ganho ponderal mais acelerado, efeito calmante com organização dos estados comportamentais, alívio da dor em procedimentos dolorosos e diminuição do tempo de internamento do RN (World Health Organization, 2003). É um método que reduz a experiência agressiva do internamento em neonatologia, podendo ser dada continuidade à sua utilização em casa (WHO,2003).

Assim, *“o corpo da mãe constitui uma importante fonte de termoregulação, de nutrição e de estimulação do RN”* (Nyqvist et al, 2010 citado por Fragata, 2012, p.19).

1.4 A Intervenção Do EEESMO Na Promoção Da Adaptação À Parentalidade Durante O Internamento Por APPT

A adaptação à parentalidade é um foco que pode ser desconstruído em dois conceitos distintos, o de adaptação e de parentalidade. A adaptação implica a gestão de novas situações, sendo um tipo de *“coping”* através do qual se gerem novas situações (ICN, 2015). A adaptação à parentalidade surge, por sua vez, definida como *“comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender acções para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados”* (ICN, 2015, p.38).

A avaliação junto das grávidas da presença ou ausência de consciencialização e envolvimento na transição para o papel de mãe (propriedades imperativas para se iniciar o processo, segundo Meleis (2000)), foi realizada através de questões colocadas ou verbalizações que demonstravam que as mulheres reconhecem que o *“tornar-se mãe”* (sic) é um processo que trará mudanças no seu dia-a-dia e na sua identidade, que irá exigir de si a aquisição de novas competências, bem como que estão interessadas e disponíveis para aumentarem conhecimento que as prepare para lidar com o desempenho do novo papel.

Um significado positivo atribuído ao filho pode constituir-se como facilitador do processo (Meleis,2000) como, por outro lado, um significado ou interpretação negativas - verificado frequentemente na gravidez não planeada e não desejada - criam resistência face à mudança, pelo que deve ser um foco de atenção do ESMO.

Foi possível avaliar a adaptação da mãe à maternidade, ainda neste período gravídico através da aceitação da gravidez e ligação com o feto, da forma como as grávidas lidavam com as expectativas e as ambivalências relacionadas com a maternidade e da sua

disponibilidade para preparar-se para assumir o papel de mãe e desenvolver competências parentais.

No caso da APPT a adaptação à parentalidade pode ser facilitada ensinando os pais sobre os cuidados ao filho RN prematuro. Para efeito do relatório foi escolhido abordar os cuidados de higiene, a amamentação de um RN prematuro, bem como a estimulação da lactação.

1.4.3 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Higiene De Um Recém-Nascido Prematuro

Sendo a prestação de cuidados de higiene uma competência parental, as características da pele do RN tem sido alvo de ensino na preparação para a parentalidade, uma vez que os cuidados à pele do mesmo têm o potencial de influenciar a saúde neonatal (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014).

A maturidade cutânea funcional ocorre pelas 34 semanas de gestação, pelo que a pele de um RN pré-termo é, por natureza, estrutural e funcionalmente mais imatura e, portanto, mais frágil do que a de um RN de termo, sendo a sua fragilidade proporcional ao grau de prematuridade (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014), pelo que se justifica ensinar sobre o banho, troca de fraldas e cuidados ao cordão umbilical do RN prematuro desde a gravidez.

No que concerne às características cutâneas, o prematuro apresenta uma espessura epidérmica menor, o que o predispõe a maiores perdas de água por evaporação, desregulação da temperatura corporal e a maior absorção de agentes que sejam colocados sobre a pele, tais como cremes ou pomadas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014; Kennedy, et al., 2017). Tal predispõe a maior risco de infeção e toxicidade sistémica. Também o pH da pele do prematuro o predispõe a infeções pois tende a ser neutro, ao contrário do RN de termo, que nasce com um pH da pele ácido (Kennedy, et al., 2017; (Fonsecal, Scochill, Rochall, & Leite, 2004)). É menor a sua elasticidade, pelo que existe maior tendência para a formação de flitenas, pela diminuição de ligações celulares e colagénio. Apresenta lanugo persistente, ao contrário do pelo terminal presente no RN de termo.

Tendo em conta a fragilidade cutânea e o estado clínico muitas vezes instável nos primeiros dias de vida, a SPN (2016) recomenda limpar a superfície corporal estritamente necessária, com água morna ou soro fisiológico, justificando que “neste período as crianças vulgarmente

não estão expostas à sujidade; praticamente é só a mãe que contacta com o RN e a maioria das secreções são solúveis em água” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014, p.5).

Cerca de 2 semanas após o nascimento, estima-se que a pele se torne semelhante à de um recém-nascido de termo, pelo que os cuidados que terá em domicílio serão equivalentes aos de um RN de termo, sendo que poderá utilizar cremes ou óleos hidratantes após o banho, sem perfumes, sem conservantes, não detergentes e suaves, para evitar a absorção cutânea de substâncias químicas e manter a hidratação da pele (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

Os syndet, ou "*sabões sem sabão*", são os produtos atualmente recomendados e são constituídos por agentes tensioativos, que permitem diminuir a tensão superficial da água facilitando a remoção de partículas de gordura (Fernandes, Machado, & Oliveira, 2011). São "*detergentes sintéticos que são neutros ou ligeiramente ácidos, (...), que limpam eliminando menor quantidade de lípidos e de água da pele do RN*", reduzindo, assim, o risco de secar e irritar a barreira cutânea (Góes, et al., 2020, p.7).

No que se relaciona com a região perineal, o contacto prolongado com urina e fezes predispõe a afeções locais da pele, pelo que manter esta zona limpa e seca é fundamental para prevenção de eritemas. As toalhetas perfumadas são desaconselhadas, sendo a limpeza com água morna e secagem com compressas secas por pressão e não fricção o cuidado mais aconselhado (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014).

O "dry Care" é o cuidado através do qual se mantém o cordão umbilical limpo e seco, não sendo necessário a utilização de antissépticos como álcool ou clorhexidina "em países desenvolvidos como Portugal, onde o risco de onfalite e de mortalidade neonatal é reduzido" (Cardão, et al., 2019, p.1590). Caso se suje com produtos de eliminação, o cordão deverá ser lavado com água potável (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014). Não obstante, apesar deste ser o cuidado preconizado atualmente na literatura, a instituição no qual recorreu o ensino clínico utiliza para todos os RN o álcool a 70º, pelo que seria explicado as grávidas que o contexto hospitalar, por ser um local de maior probabilidade de contacto com microrganismos de potencial patológico se justifica a prevenção da onfalite com este antisséptico.

1.4.4 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Amamentação De Um Recém-Nascido Prematuro

Os benefícios do aleitamento materno são indiscutíveis e, face a um RN prematuro, mais suscetível a dificuldades digestivas e infeções por imaturidade dos seus sistemas orgânicos, compreende-se que a sua promoção seja defendida, uma vez que pela sua composição única de nutrientes, confere imunidade ao recém-nascido, protegendo-o de infeções, para além de promover a vinculação mãe-filho (Ramos, et al., 2020)

Apesar do desenvolvimento das funções orais, *in útero*, se iniciar, no caso da deglutição, a partir das 10 semanas de gestação, e a sucção, a partir das 24 semanas, o RN prematuro apresenta debilidade destes reflexos (Batalha, 2018), necessitando de estimulação e treino, pelo quem sempre que possível deve ser oferecida a mama ao prematuro ou, caso não seja possível, a tetina do biberão. Por outro lado, a sucção não nutritiva apresenta-se como outro recurso para essa estimulação. Estas informações devem ser transmitidas à grávida, concretizando a intervenção: ensinar sobre reflexos relacionados com a alimentação do recém nascido.

Dependendo do estado clínico do prematuro à nascença, poderá não ser possível a amamentação na primeira hora de vida, e deverá ser explicado à grávida que após reavaliação da equipa de saúde, assim que este adquiere estabilidade hemodinâmica, quando leva a mão à boca e efetua movimentos de sucção reunirá condições para ser amamentado. Neste contexto, deve ser ensinado à grávida sobre os sinais de fome do RN.

Por se apresentar como um desafio que pode acarretar uma série de frustrações durante o processo e haver necessidade de administração de leite artificial e para que se evite uma pressão e expectativa excessivas sobre a mãe, deve ser ensinado sobre, por vezes, não sendo eficazes as intervenções no sentido do sucesso da amamentação, a administração de leite artificial é uma solução válida, que garante a nutrição do RN e não está relacionada com a qualidade do vínculo ou competência parental. A sonolência do RN pré-termo, menor força muscular nos músculos utilizados para os movimentos de sucção, dificuldades na pega, imaturidade da coordenação sucção-deglutição são apontadas como dificuldades frequentes (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018). A grávida deverá ser informada que poderá existir necessidade de se recorrer uma fórmula láctea, mas que esta deverá ser ponderada (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

1.4.5 Potencial Para Melhorar Conhecimento Sobre Estimulação Da Lactação

A lactação é um processo secretor caracterizado como um “processo de síntese e secreção de leite materno pelas glândulas mamárias da mulher adulta, que contém hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais”, sendo o “alimento base para nutrir o lactente ou criança” (ICN, 2015, p.64).

O EEESMO deverá ensinar sobre a produção e circulação de prolactina e ocitocina, hormonas envolvidas na produção e excreção do leite materno, aumentam sempre que o RN estimula a mama através da sucção, pelo que quanto mais tempo estiver a mama, mais estimula a lactação.

No entanto, uma vez que o recém - nascido prematuro pode apresentar reflexos débeis de sucção, para que se dê continuidade à lactação e se mantenha a possibilidade de amamentar, torna-se necessária a extração, manual ou por bomba, de leite materno, enquanto ainda não apresenta um reflexo desenvolvido e é capaz de efetuar uma pega correta. Apesar de ser recomendada a amamentação na primeira hora de vida, tal pode não ser possível pelo estado clínico do recém-nascido, sendo relevante explicar a grávida que, não sendo uma situação previsível e taxativamente igual para todos os RN, isto poderá não lhe ser garantido. Alguns autores referem, ainda, que as mães devem ser informadas de que o reflexo de ocitocina pode não ser tão eficaz quanto o que seria com a sucção do filho (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020), salvaguardando a possibilidade de mesmo agindo conforme o recomendado a estimulação pode não ser suficiente para o sucesso da amamentação.

Estudos mais recentes sobre extração do leite relatam maior eficácia na estimulação da produção quando extraído de ambas as mamas em simultâneo (Prime, Garbin, Hartmann, & Kent, 2012).

Os mesmos autores referem como estratégias a utilizar na estimulação da produção de ocitocina ter por perto o bebé, fotografia ou roupa do mesmo. A *American Academy of Pediatrics* (2009) recomenda que a extração ou expressão do leite materno seja efetuada imediatamente após segurar o RN no contacto pele-a-pele, na neonatologia, por este contacto aumentar a produção de leite.

Para além disso, “extrair leite materno durante a noite contribui para aumentar a produção de leite, uma vez que é nesta altura que ocorre o pico de produção de prolactina” (Sequeira, et al., 2020, p.302). Levy (2012, p.19) suporta a recomendação, dizendo que “mais prolactina é produzida à noite; portanto, amamentar durante a noite é especialmente importante para manter a produção de leite”.

A grávida deve ser informada que nessa altura lhe será disponibilizada, no internamento, uma bomba extratora de leite e lhe será demonstrado como utilizá-la.

Encerrando o primeiro capítulo, considera-se que foram criadas condições de aprendizagem e momentos para reflexão sobre a prática durante o ensino clínico, na medida em que foram

pensados os focos de atenção do ESMO, benefícios e desvantagens de determinadas atitudes terapêuticas, tais como o repouso no leito e percebida a importância de um cuidado holístico e adequado as especificidades da grávida ao invés de apenas se cumprirem taxativamente rotinas de vigilância e administração de terapêutica. O estado de consciencialização, significados e crenças da grávida ou conhecer as exigências do processo de transição para a parentalidade são tão relevantes para a prática do EEESMO como saber interpretar um traçado cardiotocográfico.

A reflexão realizada neste capítulo teve como objetivo pensar sobre com a adaptação à gravidez e ao papel parental numa gravidez de risco, nomeadamente na APPT e identificar quais as necessidades específicas destas grávidas.

Podemos impedir um PPT? Podemos atrasá-lo, sendo possível a administração de fármacos nesse sentido, o incentivo e gestão do repouso da grávida, mas também um enfermeiro generalista teria essa competência. O que difere na atuação do EEESMO é que o corpo de saberes especializados sobre gravidez e parentalidade permite empoderar a mulher grávida com conhecimentos específicos, estratégias e ferramentas para fazer frente e ajustar-se mais facilmente ao processo de transição que vivencia.

No final desta reflexão, surgiram, ainda, as seguintes questões, que se estendem aos capítulos seguintes: quando o desfecho de um parto pré-termo é positivo, deparamo-nos com um casal com um recém-nascido prematuro em mãos, com todos os desafios que tal supõe, cabendo ao EEESMO orientar na adaptação e cuidado ao filho após o parto; e, se por outro lado, o parto decorre com complicações ou o RN não se adapta à vida extrauterina e o casal se depara com uma morte perinatal, que intervenções terá o EEESMO no cuidado a esta mulher? Como lidamos com a mortalidade/morbilidade fetal se ela acontece no termo da gravidez ou periparto?

2. Desenvolvimento De Competências Em Contexto De Um Serviço De Puerpério

O presente capítulo pretende apresentar a descrição do que foram as atividades e intervenções do EEESMO no serviço de puerpério, bem como refletir sobre a sua pertinência e explorar a evidência sobre as mesmas.

2.1 Contexto Clínico Do Serviço De Puerpério

O Ensino clínico no serviço de puerpério, no 4º Piso do CMIN, decorreu entre as datas de 1/2/2020 e 27/2/2020, com duração de 1 mês, onde se propôs o desenvolvimento de competências no âmbito do autocuidado no pós-parto e parentalidade, sob orientação de uma EEESMO. Neste serviço foi proporcionado contacto com 50 puérperas (embora no núcleo de partos, no puerpério imediato, tivessem sido alvo de cuidados mais 57, perfazendo um total de 107). Em relação aos recém-nascidos, foram prestados cuidados a 46 no puerpério (e 57 no núcleo de partos, num total de 103).

O serviço possui um total de 34 camas, das quais as primeiras 16 são quartos individuais e as restantes se dispõem em quartos duplos, isto é, partilhados por duas puérperas e respetivos recém-nascidos, separadas por uma cortina de correr. Existe 1 quarto de isolamento de pressão positiva, 1 sala de trabalho de enfermagem, 1 sala de tratamento e 1 sala de formação.

Quanto à distribuição dos enfermeiros, eram 6 enfermeiros no turno da manhã e 5 enfermeiros nos turnos da tarde e noite, dos quais, pelo menos 1, era especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

É da competência do EEESMO cuidar da *“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”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.13563).

De igual modo, “*diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde*” e “*providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.13563).

No que se refere às puérperas às quais se prestaram cuidados neste serviço, 34 eram primíparas e 16 já tinham tido pelo menos um filho; 20 tiveram um parto eutócico, 11 distócico por ventosa, 1 distócico por fórceps e 18 por cesariana. Em relação à presença de ferida perineal com material de sutura, verificou-se em 36 puérperas.

O puerpério é um período que encerra em si um conjunto de modificações físicas e psíquicas que ocorrem na mulher após o parto, com o objetivo de regressão até ao estado anatômico e fisiológico pré-gravídico e de preparação da mulher para a amamentação (Nené, Marques, & Batista, 2016). Define-se como o período de 6 semanas após o parto e pode ser dividido em: Puerpério imediato -nas primeiras 24h; puerpério precoce - até ao fim da primeira semana e puerpério tardio - até ao final da sexta semana (Graça, 2017, citado por Sequeira, et al., 2020). O internamento dura, em média, 48 horas depois de um parto eutócico sem intercorrências e 72 horas no caso das cesarianas.

No que concerne às rotinas do serviço: a vacinação dos Recém-nascidos eram efetuadas no turno da manhã, após a visita médica; a promoção da adaptação à parentalidade, por exemplo, no que concerne aos cuidados de higiene e cuidados ao coto umbilical, no turno da tarde - pela necessidade de maior disponibilidade por parte do enfermeiro; rastreios de cardiopatias eram efetuados no turno da noite; e transversalmente a todos os turnos, a vigilância/exame físico da puérpera, a preparação e administração de terapêutica, avaliação de sinais vitais, gestão de analgesia prescrita, apoio na amamentação e no desenvolvimento das restantes competências parentais.

As intervenções do EEESMO foram compreendidas, assim, em quatro vertentes: as que promovem o autocuidado, as que previnem complicações, as que preparam para o exercício do papel parental e as que promovem a ligação mãe-pai-filho; tendo como objetivo a recuperação da puérpera e o desenvolvimento das suas competências parentais.

2.2 Atividades De Vigilância Durante O Puerpério

As alterações fisiológicas que ocorrem durante o puerpério acometem todas as dimensões da mulher. O EEESMO, possuidor de conhecimentos e competências na área da saúde da

puérpera, sabe qual o padrão de normalidade esperado na recuperação no pós-parto, bem como deve identificar precocemente desvios e complicações.

2.2.1 Focos De Atenção Do EEESMO Face À Puérpera

Avaliar uma puérpera implica olhar a três dimensões: o seu estado anímico/emocional, a sua recuperação física e a sua adaptação ao papel de mãe.

Partindo de uma direção céfalo-caudal, eram tidos em conta, no serviço, nas atividades de vigilância, os sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura e dor), as mamas, pele e mucosas, a involução uterina, o períneo, a eliminação (vesical e intestinal) e os membros inferiores.

O puerpério constata-se como um período de maior vulnerabilidade ao desenvolvimento ou agravamento de perturbações psiquiátricas. Justifica-se a pertinência da avaliação desta dimensão, uma vez que os sintomas depressivos habitualmente presentes no pós-parto podem tratar-se de três situações distintas - *blues* pós-parto (mais habitual e inócuo, passageiro), a depressão e a psicose puerperal, distinguidas pela severidade dos sintomas (Nené, Marques, & Batista, 2016).

É certo que as alterações nos níveis hormonais, o cansaço pelo esforço no parto, pela perda de volume sanguíneo e a privação de sono contribuem para as alterações de humor, o que se fazia notar no contacto com as puérperas. Eram atentados a aspetos tais como a postura corporal, expressão facial, estado de ânimo pelas expressões verbais de alegria/tristeza. Eram tidos como sinais de alarme a fadiga extrema, letargia e a incapacidade em se envolver no cuidado ao recém-nascido. Não obstante, não foram identificados casos que suscitassem dúvida ou maior preocupação. As grávidas eram alertadas para o fenómeno *blues* pós-parto e para a normalidade de se sentirem tristes, irritáveis, com insónia e/ou labilidade emocional nos dias seguintes ao parto, desaparecendo por volta da segunda semana pós-parto.

Está protocolado no serviço que a temperatura corporal se avalia às 7h00, 15h00 e 21h00 e sempre que o EEESMO considerar necessário (quando já se verificaram anteriormente picos febris, ou existem no momento sinais/sintomas de aumento de temperatura). As puérperas apresentavam, tendencialmente, uma temperatura corporal ligeiramente aumentada, não atingindo, no entanto os 38°C (febre), nas primeiras 24h pós-parto, voltando a subir algumas vezes no dia da alta. Tal pode ser justificado por, nas primeiras 24h, estar ainda relacionada

a subida com os esforços expulsivos e ao segundo dia, com o aumento da produção láctea (OMS, 2015 citado por Sequeira, 2020).

Em relação à tensão arterial e frequência cardíacas, refletiam a compensação cardiovascular que se estabelece no sentido de manter a homeostasia hemodinâmica - a tensão arterial sobe ligeiramente (considera-se uma subida aceitável até aos 140mmHg de sistólica e 90mmHg de diastólica) e a um pulso que pode ser bradicárdico, mas cheio e regular, devido ao aumento do retorno venoso dos membros inferiores (Sequeira, Pousa, & Amaral, 2020).

De acordo com Nené (2016) e Sequeira (2020), queixas abdominais, dor perineal e nos mamilos, dores musculares e articulares são frequentemente encontradas nas puérperas e tal foi verificado no decorrer do ensino clínico, não apenas através das verbalizações das mesmas, mas também observáveis como fácies de dor ou adoção de posições antiálgicas, principalmente nos momentos em que se levantavam/sentavam (no caso da dor perineal) e ao amamentar.

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP), como *“uma experiência multidimensional, desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”* (Direção Geral da Saúde, 2008, p.6).

No serviço, a dor é avaliada, segundo protocolo, uma vez turno e sempre que necessário, sempre que verbalizado pela puérpera ou verificado pelo enfermeiro. A analgesia era prescrita, conforme protocolo, da seguinte forma: no parto eutócico, paracetamol 1gr e ibuprofeno 400mg via oral, num máximo de 8/8h cada um deles; na cesariana, morfina por cateter epidural 2mg de 12/12h, tramadol 100mg endovenoso de 8/8h e paracetamol 1gr via oral de 8/8h. Em alguns casos, poderia ser necessário a prescrição e administração de fentanil 0,5mg endovenoso. A gestão da terapêutica era da responsabilidade do enfermeiro responsável pela puérpera, após avaliação do nível de dor através da escala numérica da dor (era pedido à puérpera que classificasse a sua dor, em intensidade, numa escala de zero a dez, sendo que zero se refere à ausência de dor e dez a pior dor que já sentiu).

A principal queixa reportada pelas mulheres nos partos eutócicos, é a dor perineal. Um estudo de Shojae, et al. (2010) demonstrou que a dor perineal tem no primeiro, décimo, quadragésimo e nonagésimo dia após o parto as seguintes prevalências, 96.4%, 63%, 25% e de 12% respetivamente. Esta dor é considerada geradora de stress para as mulheres primíparas, o que acarreta diversos aspetos negativos na experiência que é a maternidade, na capacidade para cuidar do filho, causando atraso na comunicação entre eles, fadiga, insónia, confusão, ansiedade e desinteresse pela aprendizagem dos cuidados à criança (Aradmehr, Azhari, Ahmadi, & Azmoude, 2017). Em concordância, as puérperas recuperam mais rapidamente após o parto quando existe um controlo e redução dessa dor e desconforto, através de métodos farmacológicos e/ou não farmacológicos (Aradmehr, Azhari, Ahmadi, & Azmoude, 2017).

O tratamento da dor perineal pode incluir, assim, crioterapia local, sprays analgésicos, banhos de assento, estimulação nervosa transcutânea, entre outros (East, et al., 2012; Santos, et al., 2012). Dentro destas opções, a crioterapia ganha destaque, pois é a segunda linha de ação após o paracetamol na dor perianal (East, Begg, Henshall, Marchant, & Wallace, 2012).

Após a lesão tecidual e devido ao aumento da permeabilidade periférica, surge edema local, com acumulação de exsudado inflamatório. Quando o frio é aplicado, a afluência de sangue à pele é reduzida, diminuindo por sua vez o edema, por vasoconstrição, e outros sinais inflamatórios, tais como a dor. A sinalização da dor, inflamação e alterações vasculares são influenciadas por vários mediadores bioquímicos. A aplicação do frio reduz também o efeito destes no processo inflamatório, contrariando o efeito vasodilatador da serotonina e o aumento da permeabilidade vascular pela histamina.

Pensa-se ainda que os canais ou recetores de iões ativados pelo calor desempenham um papel significativo na dor relacionada à inflamação, sendo os mesmos efetivamente aliviados pelo frio (Kichko, 2004 e Reid, 2005, citados por East et. al, 2012).

A crioterapia pode ser aplicada em diversas modalidades, sendo que no serviço, eram congelados preservativos cheios com água sobre o períneo, protegido por uma compressa. A duração da aplicação variava entre 10 a 15 minutos, concordante com a literatura, que indica entre os 10 e os 30 minutos, sendo os 20 minutos o tempo normalmente preconizado, com intervalos de aplicação de 3 a 8 horas (Leventhal, de Oliveira, Nobre, & da Silva, 2011). Os mesmos autores e Paiva, et al. (2016) apresentam ensaios clínicos que constataam que a aplicação do gelo por 20 minutos entre 2 a 48h após o parto, foi eficaz o controlo da dor, variando o intervalo entre aplicações de 40 minutos a duas horas; no entanto, segundo Knight (2000), o tempo entre aplicações deve ser pelo menos do dobro do tempo de aplicação de modo a evitar os efeitos adversos do arrefecimento excessivo e queimadura por frio, tal como era defendido entre os enfermeiros do serviço. A temperatura tecidual deve descer entre os 10 a 15 graus Celsius (Mac Auley, 2011), pois diminui o metabolismo celular, reduz a necessidade de oxigênio do tecido além da constrição venosa. Surge assim alguma preocupação naquilo que é a influência destes mecanismos no atraso da cicatrização de feridas (Grundy, 1997; walker, 1990, citado por East et. al, 2012). Foram realizados estudos para estudar essa possibilidade; no entanto, não foram relatados efeitos adversos (não obstante, salvaguarda-se o facto de que as áreas anatómicas em estudo não coincidiam com a zona perineal, que, por si só, é bastante vascularizada) (East, Begg, Henshall, Marchant, & Wallace, 2012). A aplicação do gelo tem, assim bom nível de adesão e foi facilmente tolerado pela mulher.

Outra das dores mais frequentemente referidas pelas puérperas é a dor mamilar aquando as primeiras mamadas. Niazi, et al. (2018) afirmam que, em média, entre 80 e 90% das mulheres que amamentam sofrem de dor e, mais tarde, fissuras mamilares. A ferida e a dor

no mamilo são razões comuns reportadas pelas mulheres que deixaram de amamentar prematuramente, normalmente após 3 meses do nascimento (Tafazoli, Saeedi, Robatsangi, & Mazloom, 2010).

A fissura é uma lesão cutânea macroscópica na auréola ou na ponta do mamilo que pode ser reconhecida por uma fenda, perda de pele, ferida, acompanhada habitualmente por eritema (Vieira, Bachion, Mota, & Munari, 2013). A principal causa é a pega incorreta. Outras causas de fissura podem ser infecção pelo *Staphylococcus aureus* e *Candida albicans*, sucção demasiado fraca ou forte do bebé, entre outras (Agunbiade & Ogunleye, 2012; Kent, et al., 2015). Estas lesões, aquando por tratar, podem levar a dor severa, sangramento do mamilo e secreção inadequada de leite materno, mastite e abscessos mamários (Kent, et al., 2015). Estas condições irão levar a que a mãe evite ou cesse a amamentação por stress, o que aumenta os níveis de cortisol e diminui os níveis de produção de oxitocina no sangue (Jackson & Dennis, 2017). Outras consequências podem mostrar-se ao nível do RN, que pode ingerir sangue pela sucção no mamilo não íntegro e, conseqüentemente, ficar nauseado e vomitar.

Um dos métodos de tratamento das fissuras mamilares sob estudo passa pela aplicação de lanolina. Esta substância apresenta uma consistência tipo cera e promove o crescimento das células epiteliais para um novo tecido, pela criação de um ambiente húmido no local da ferida (Engel, et al., 2015).

O interesse para a abordagem desta aplicação no decorrer do ensino clínico surgiu após ter notado que todas as puérperas eram, sistematicamente, aconselhadas a adquirir e aplicar este produto, independentemente do estado dos seus mamilos, o que levantou a necessidade de explorar acerca da evidência sobre a sua eficácia na prevenção e tratamento de fissuras mamilares e controlo da dor associada.

O Ester é o principal componente da lanolina e possui propriedades anti-inflamatórias assim como antibacterianas, protetor da pele e cicatrizante. Reduz também a exposição do tecido aos mediadores químicos da inflamação (Shanazi, et al., 2015). A lanolina é considerada um agente puro e seguro (sem aditivos, conservantes, água, químicos ou perfume) (Jackson & Dennis, 2017). Porém, também existem autores que referem que o uso de lanolina parece estar associado a maior risco de infecção (Sasaki, Pinkerton, & Leipelt, 2014).

Por outro lado, está descrito que mulheres que usam lanolina apresentam rácios de amamentação maiores às 12 semanas pós-parto que as mulheres que utilizaram outros cremes (Dennis, Hodnett, & McQueen, 2012). Um artigo elaborado por Jackson & Dennis (2017) aponta para um elevado grau de satisfação das mulheres que utilizaram a lanolina, no entanto, acrescenta, no que se refere à hipótese de diminuir a dor, que não se provou objetivamente eficaz. Esta satisfação pode dever-se ao facto de que as participantes em estudo, ao aplicar a lanolina como tratamento, se sentissem em controlo sobre a dor e não se sentissem impotentes, sugerindo efeito terapêutico psicogénico ou placebo. Sequeira

(2020), refere um ensaio clínico de Abou-Dakn et. al (2011), com 84 lactantes, que concluiu que a lanolina é mais eficaz que o leite materno no controlo da dor e cicatrização mamilar.

Em suma, o uso da lanolina tem vindo a ser frequentemente recomendado pelos profissionais de saúde e utilizado nos protocolos da International Board Certified Lactation Consultants (Jackson & Dennis, 2017). Apesar de tudo, ainda é encontrada na literatura posições distintas sobre o seu uso, mais especificamente no que concerne à sua eficácia no tratamento da dor e fissuras mamilares. Com relação ao que se verificou no serviço, sendo a sua utilização promovida como prevenção das fissuras, verificava-se adequada e em conformidade com o encontrado nos vários estudos sobre o tema.

No que se relaciona com as puérperas que foram submetidas a cesariana, há autores que referem que a dor aguda tem efeitos prejudiciais sobre a comunicação entre mãe e recém-nascido, reduz a eficácia da amamentação, provoca ansiedade e insónia na mãe, assim como um risco elevado de hemorragia (Gramke, et al., 2007), no entanto, no serviço, não foi notada essa diferença.

As mamas foram alvo de atenção do EEESMO não só pelas questões associadas à amamentação. Os sinais de complicações a ter em atenção foram a tensão mamária, o rubor, calor, dor, integridade dos mamilos e tumefações palpáveis, uma vez que nas primeiras 24h pós parto as mamas se devem apresentar moles e com presença de colostro (Nené, Marques, & Batista, 2016). A prática da expressão mamária para verificação de colostro ainda se verifica entre enfermeiros, no entanto, foi sempre estimulada a mulher a fazê-lo com a sua própria mão (colocar a mão em forma de C em redor da aréola, pressionar em direção à grade costal, aproximar os dedos pressionando a aréola enquanto se afasta novamente da grade costal), no caso de dúvida da presença de colostro (impercetível durante a visualização da mamada). Os ensinamentos foram efetuados no sentido de aumentar o conhecimento da puérpera sobre as alterações fisiológicas da mama conforme o processo de lactação, principalmente no que concerne às que ocorrem a partir das 48 e 72h pós parto, com a comumente conhecida “*descida do leite*” (sic), na qual a mama se torna mais tensa, maior, quentes e de sensibilidade aumentada para a dor, sintomas que deverão ser transitórios (3 a 4 dias).

Quando se avaliava o estado da pele e mucosas, pretendia-se identificar precocemente sinais de alarme tais como a pele descorada (possível anemia), fria e viscosa ao toque (em situações de choque hipovolémico) e seca (pela desidratação). Os achados normais foram a hiperpigmentação das aréolas, linha branca abdominal e estrias.

A vigilância do globo de segurança de Pinard e da involução uterina foi das maiores preocupações notadas entre os EEESMO, pois permite identificar precocemente sinais de alarme para atonia ou descompressão uterina (incapacidade do músculo uterino em contrair), que se identifica como uma das causas mais frequentes da hemorragia pós-parto (50%) (Nené, 2016; Mendes da Graça, 2017).

Com o parto e dequitação, o útero sofre uma diminuição abrupta do seu tamanho por expulsão do seu conteúdo e forma, por contração, o globo de segurança de Pinard. Nesse momento, passa a sentir-se o fundo uterino ao nível da linha média umbilical e espera-se uma diminuição de 1 a 2 centímetros por dia, até que deixa de ser palpável no abdómen por volta do décimo dia pós-parto e recupera o seu tamanho pré-gravídico entre a 4ª e a 6ª semanas pós-parto, com cerca de 100gr (Mendes da Graça, 2017; Nené, 2016). Esta involução é explicada à puérpera na primeira avaliação após a chegada ao serviço, em que o útero estava, na maioria dos casos, numa posição infra-umbilical.

Esta involução deve-se à contração das fibras musculares e é influenciado pelo tipo de parto, pela paridade e amamentação, uma vez que o volume uterino é maior nas mulheres submetidas a cesariana, múltíparas e mulheres que não amamentam (Mendes da Graça, 2017).

Neste procedimento, a puérpera era instruída a esvaziar a bexiga (a bexiga cheia empurra o útero para cima e para a direita e dificulta a exteriorização dos lóquios, interferindo negativamente com a involução uterina), posicionar-se no leito em decúbito dorsal, que juntasse os calcâneos e afastasse os joelhos, de forma a facilitar a visualização da perda sanguínea vaginal aquando da palpação e massagem uterina. Constituem-se como causas de hemorragias pós-parto lacerações obstétricas, atonia uterina, retenção de restos placentários, subinvolução do leito placentário e alterações da coagulação (Mendes da Graça, 2017).

Para além de ser explicado à puérpera o processo de involução uterina, o que são os lóquios e quais as características e duração esperada dos mesmos, as puérperas foram instruídas a sentirem no abdómen o seu útero e a promoverem a sua involução com a massagem sobre o fundo uterino - deve ser avaliado com frequência o tónus do útero e realizada massagem no fundo do útero para promover a manutenção desse tónus (Nené, Marques, & Batista, 2016). São sinais desta complicação que os EEESMO devem reconhecer, o útero que se apresenta acima da linha média do umbigo, mole à palpação e desviado para a direita (Nené, Marques, & Batista, 2016).

Da mesma forma, as puérperas foram informadas acerca do papel da ocitocina na contração (necessária) do útero e porque motivo a amamentação agravava a dor uterina - as contrações uterinas são mais intensas durante as mamadas pela ação da ocitocina libertada (Mendes da Graça, 2017).

No sentido de se proporcionar alívio da dor abdominal após cesariana surgiu o uso da cinta abdominal. A necessidade de refletir sobre o seu uso surgiu após se verificar que no serviço existiam enfermeiros que recomendavam o uso da cinta de contenção após as cesarianas, enquanto outros a desaconselhavam sob a defesa de que é uma medida que provoca o atraso do restabelecimento do trânsito intestinal. Não obstante, consta no protocolo da instituição,

relacionado com "roupa específica" a usar no puerpério: *"Utilizar cinta de tamanho adequado, de forma a não se sobrepor extremidade desta com penso de ferida operatória"*.

Segundo Scultetus, et al. (2003), o uso desses meios de contenção fornece suporte para aliviar a dor associada às incisões cirúrgicas e auxiliar na recuperação tecidual. Outra hipótese associada ao controlo da dor provém do input sensorial que a cinta oferece em contacto com a pele, o que leva a uma sobreposição sensorial tátil nos trajetos que levariam a informação relativa à dor até ao cérebro (Gustafson, Dong, Duong, & Kuhlmann, 2018).

Num estudo com o objetivo de se identificar a existência de diferenças nos níveis de dor entre as mulheres que utilizaram os meios de contenção abdominal e as que não usaram, foi perceptível entre os grupos de controlo e o grupo que utilizou o método de contenção abdominal, que os scores da Escala Visual da Dor ao longo dos dias de pós operatório foram significativamente mais baixos no grupo que utilizou a cinta (Cheifetz, Lucy, & Crowe, 2010). Dados também confirmados num estudo randomizado por Gustafson, et al. (2018) acrescentando ainda que os níveis de maior dor foram mais baixos, em especial nos primeiros dois dias de utilização. Ademais, este último estudo demonstrou que existiram também melhorias na relação entre mãe e filho e nos momentos de amamentação.

Apesar de ser reconhecido o risco de obstipação pela cesariana e pelo efeito anestésico e analgésico dos fármacos administrados (Lages, 2012), não foram encontrados artigos que mencionassem contra-indicação do uso da cinta abdominal após este procedimento cirúrgico.

No momento de avaliação da perda sanguínea vaginal associada à palpação e massagem uterina, era também observado o estado do períneo quanto à presença de sinais inflamatórios e ou infecciosos da ferida perineal, quando existente (calor, rubor, edema exacerbado, dor e exsudado purulento) ou deiscência dos tecidos. Hemorragia ativa por laceração não corrigida, edema pronunciado e sinais infecciosos são complicações possíveis (Nené, et al., 2016; Mendes da Graça, 2017; Sequeira, et al., 2020), mas que não se verificaram durante o ensino clínico. As intervenções no domínio do conhecimento prendiam-se com os cuidados a ter com a região perineal no que concerne à higiene e limpeza (manter a região limpa e seca, trocando o penso higiénico todas as vezes que usam o wc e preferencialmente lavar com água tépida e secar; a utilização de géis de higiene íntima era apenas recomendada uma vez dia), com o timing da queda do material de sutura (cerca de 8 a 10 dias, de forma espontânea) e com os sinais de alarme acima enumerados.

Na avaliação física da puérpera eram, de igual modo, avaliados sinais/sintomas de retenção urinária, através da palpação abdominal para identificação do gobo vesical, queixas de dor e disúria, associado a dificuldades em iniciar a micção ou incapacidade de urinar. Este risco de retenção urinária existe associado a possíveis traumatismos durante o parto, aumento da capacidade vesical (por diminuição da tonicidade da bexiga, que recupera ao fim de cerca de uma semana) e pela anestesia epidural (Nené, Marques, & Batista, 2016). Nestes casos, era estimulada a micção através da abertura da torneira, no wc, e dado tempo à puérpera

para relaxar. Na incapacidade de urinar espontaneamente, era efetuado um esvaziamento vesical com cateter urinário, nas 6 a 8h após o parto (Sequeira, Pousa, & Amaral, 2020).

Era ensinado sobre a diurese nas primeiras duas semanas pós-parto estar aumentada e que tal, associado ao risco de retenção pelos motivos previamente enumerados, podem levar a que o útero seja impedido de contrair, predispondo a hemorragia, pelo que é incentivada a estar atenta para urinar, espontânea e regularmente.

As puérperas eram, de igual modo, questionadas regularmente se já teriam evacuado e se consideravam não estar a fazê-lo por medo, uma vez a preocupação associada à dor e ao estado da ferida perineal era verbalizado pela maioria delas. O desconforto em evacuar esteve também, algumas vezes, associado à presença de hemorroidas (sendo frequente a sua exacerbação após os esforços expulsivos). Outros fatores que contribuem para a demora no restabelecimento do trânsito intestinal, e que foram explicados às puérperas, são o jejum durante o trabalho de parto e parto e a desidratação. Era, deste modo, incentivada a deambulação, a ingestão hídrica, o consumo de frutas e, no dia da alta, em último caso, a aplicação de um laxante de contacto retal.

A presença de hemorroidas deve ser avaliada, pois pode decorrer da gravidez ou como consequência do esforço efetuado durante os esforços expulsivos, no parto, tendo sido observada durante o ensino clínico. A crioterapia local através da aplicação de gelo foi realizada por períodos de 10 minutos de cada vez com o objetivo analgésico e vasoconstritor, atuando sobre a dor e o edema.

Relativamente à observação dos membros inferiores, o teste de Homans era efetuado durante o exame físico, bem como eram observados possíveis sinais como rubor local, calor na porção posterior das pernas, edemas acentuados unilateralmente e varizes, sendo estes sinais de complicações tais como a trombose venosa profunda.

2.2.2 Focos De Atenção Do EEESMO Face Ao Recém-Nascido

As atividades de vigilância face ao recém-nascido, no internamento do puerpério, abrangiam os reflexos, a pele e mucosas, o padrão de alimentação e o padrão de eliminação, não sendo possível desvincular esta vigilância da promoção do desenvolvimento das competências parentais, uma vez que, em todos os momentos da prestação de cuidados e, principalmente, durante a vigilância do recém-nascido, eram implementadas intervenções no domínio do

conhecimento e capacidade dos pais, continuamente, com o objetivo de apoiar a adaptação à parentalidade.

No que concerne ao que era avaliado no recém-nascido, no sentido de se despistar precocemente complicações, a avaliação decorria no sentido cefalo-caudal, logo ao acolhimento no serviço.

À chegada, eram verificadas as pulseiras de identificação com o nome da mãe e a eletrónica “HUGS” para confirmação da identidade do recém-nascido. Ao despi-lo para se verificar as pulseiras, era simultaneamente avaliada a reatividade motora a estímulos, tónus muscular, características da respiração, coloração da pele e mucosas e presença de gemido, no sentido de se identificar precocemente quaisquer complicações à adaptação à vida extrauterina. A pele e mucosas cinzenta e/ou azulada, o adejo nasal, tiragem costal, taquipneia e respiração irregular refletem um estado de insuficiência respiratória, que ameaça a vida do recém-nascido (Aly, 2004).

Ainda no contexto de vigilância, era observado o abdómen, verificada o *clamp* do cordão umbilical, a presença dos 3 vasos umbilicais e despiste de hemorragia pelo cordão, os movimentos dos membros (despiste de lesão do plexo braquial, displasia da anca), o reflexo de moro (fazendo um movimento brusco, por exemplo), Babinsky e de preensão palmar. Os reflexos de procura, sucção e deglutição eram avaliados no momento da mamada.

Foram verificados sempre achados normais e, face ao potencial de melhorar o conhecimento sobre as características do recém-nascido, era ensinado aos pais sobre a pele apresentar uma cor rosada ou avermelhada, a presença possível e frequente de vérnix caseoso, mília, lanugo, em que consistem e porque surgem e, por volta do terceiro dia, poder vir a adquirir um aspeto seco e descamativo, especialmente em locais de pregas cutâneas.

Quando a pele e escleróticas se apresentavam com uma coloração amarelada, surgia a suspeita de uma icterícia neonatal. A icterícia está presente em cerca de 60% dos recém-nascidos de termo e cerca de 80% nos pré-termo, sendo visível na pele quando o valor de bilirrubinemia (bilirrubina no sangue) atinge os 5 mg/dl (Quintas, et al., 2013; Queensland Clinical Guidelines Steering Committee, 2019; Silva, 2011).

A observação deve ser feita sob luz natural, no sentido cefalo-caudal, pois trata-se do sentido no qual a icterícia surge, sendo que o seu desaparecimento se verifica no sentido inverso. Sempre que se detetava uma coloração ictérica do recém-nascido, este era submetido a testes de doseamento, ou pelo método transcutâneo ou por doseamento sérico (Quintas & Ramires, 2013).

A bilirrubina resulta do catabolismo das proteínas do heme, presente na hemoglobina dos eritrócitos. Para ser excretada do organismo, a bilirrubina precisa ser conjugada e depois eliminada pelo sistema gastrointestinal. Por fatores como um valor de hematócrito mais elevado, uma semivida menor dos glóbulos vermelhos, diminuição da capacidade de ligação

da albumina à bilirrubina e transporte menos eficaz, circulação entero-hepática aumentada, o recém-nascido está fisiologicamente predisposto a uma hiperbilirrubinemia fisiológica, que se faz notar habitualmente entre o segundo e o terceiro dia e desaparece dentro de uma semana (Cochran, 2020; Silva, 2011).

Uma icterícia que surge nas primeiras 24 horas ou após o 14º dia traduzem situações de maior gravidade, normalmente associada a quadros tais como a isoimunização e sépsis (Cochran, 2020). O recém-nascido está sujeito a manifestações de disfunção neurológica por toxicidade (Kernicterus), uma vez que a bilirrubina livre/não conjugada é capaz de ultrapassar a barreira hematoencefálica, pelo que o seu tratamento é imperativo.

Quando valores de hiperbilirrubinemia, “às 24-48 horas, forem superiores a 15 mg/dL, superiores a 18 mg/dL às 49-72 horas e superiores a 20 mg/dL depois das 72 horas”, deve ser iniciado tratamento com fototerapia (Silva, 2011, p.15; Cochran, 2020). No serviço, a fototerapia ocorria em “*bilibed*”.

Durante o Ensino clínico de um total de 46 recém-nascidos a que foram prestados cuidados, 6 apresentaram-se ictéricos e apenas 1 necessitou de fototerapia.

Face à necessidade de fototerapia, surgia o diagnóstico de potencial de melhorar o conhecimento dos pais sobre o tratamento da icterícia, especialmente naquilo que concerne à importância do padrão de alimentação e eliminação do recém-nascido neste momento, pois a hidratação através da mamada e as dejeções são importantes para o processo de eliminação da bilirrubina (Cochran, 2020; Queensland Clinical Guidelines Steering Committee, 2019). As puérperas eram encorajadas a alimentar o recém-nascido pelo menos 10 vezes por dia e, caso fosse necessário aumentar a hidratação, por sinais de desidratação, era promovida a expressão e oferta do próprio leite materno (Silva, 2011; Queensland Clinical Guidelines Steering Committee, 2019). O recém-nascido deveria estar continuamente na “*bilibed*”, sendo interrompido o tratamento para a amamentação e muda de fralda. A cada vez que voltava à *bilibed*, era aconselhada a alternâncias de decúbitos.

Ensinar sobre os efeitos secundários da fototerapia era uma intervenção realizada com o intuito de melhorar o conhecimento dos pais sobre os efeitos do tratamento. Era explicado que a proteção ocular permite prevenir as lesões oftálmicas no recém-nascido (Queensland Clinical Guidelines Steering Committee, 2019). Para além disso, era possível surgir exantema eritematoso, diarreia, desidratação, hipertermia (Cochran, 2020; Silva, 2011) ou, em casos raros, a síndrome do “*bebé bronzeado*” (Queensland Clinical Guidelines Steering Committee, 2019), que não se verificou em nenhum recém-nascido no internamento, durante o ensino clínico.

2.2.3 O Controlo Da Dor Do Recém-Nascidos Em Procedimentos Dolorosos Durante O Puerpério

Apesar de neonatos clinicamente instáveis serem internados na neonatologia, muito frequentemente foram prestados cuidados, no puerpério, a recém-nascidos com prescrição de, por exemplo, antibioterapia.

Face a procedimentos dolorosos, tais como a necessidade de serem puncionados para colocação de cateter venoso periférico, a punção do calcâneo para o teste de Guthrie/pezinho (diagnóstico precoce de doenças hereditárias do metabolismo), pesquisas de glicemia capilares, ou mesmo no momento da vacinação, os recém-nascidos apresentavam sinais de dor tais como o choro alto, gritado, a testa franzida, as mãos e olhos fechados e os membros tensos (Balda, et al., 2019; Reis, et al., 2019).

Como forma de controlo da dor e promoção do conforto, sendo que estes procedimentos eram, no serviço, efetuados na sala de trabalho de enfermagem, na ausência dos pais, era frequentemente visualizada a administração de sacarose ou glucose via oral durante e após tais procedimentos. De facto, o uso de sacarose é o método mais frequentemente estudado e utilizado em neonatos, apresentando-se como eficaz para reduzir a dor na punção do calcâneo, punção venosa e injeção intramuscular em bebês prematuros e a termo (Stevens, Yamada, Ohlsson, Haliburton, & Shorkey, 2016). O mesmo estudo afirma que existe evidência de qualidade moderada sobre o efeito atenuante de dor, quando utilizado em conjunto com outro método não farmacológico (Stevens, Yamada, Ohlsson, Haliburton, & Shorkey, 2016).

Deste modo, o EEESMO deverá conhecer as formas de controlo da dor do recém-nascido e adequar a sua implementação à recetividade de cada casal, uma vez que existiram pontualmente pais que preferiam não estar presentes nesses momentos.

A utilização de sacarose por via oral, amamentação, sucção não nutritiva, enfaixamento e contacto pele a pele são os métodos não farmacológicos de controlo da dor do recém-nascido descritos numa revisão da literatura efectuada por Saul (2017) como os que têm vindo a ser estudados e utilizados.

Uma revisão efectuada pela Cochrane em 2015 concluiu, de um total de 63 estudos com 4905 participantes, que, para os neonatos, intervenções relacionadas com a sucção não nutritiva podem ser usadas imediatamente e 30 segundos após esses procedimentos para redução da dor, tal como o enfaixamento (Swaddling na técnica dos 5S's) (Pillai Riddell, et al., 2015). A mesma revisão afirma que o colo e embalo, apesar de ser uma estratégia útil na promoção do conforto do recém-nascido, não foi eficaz na redução da dor (Pillai Riddell, et al., 2015).

Não obstante, estes achados foram baseados em baixo nível de evidência (Pillai Riddell, et al., 2015).

O contacto pele-a-pele, por sua vez, tem vindo a demonstrar benefícios no controlo da dor, nomeadamente do que concerne à estabilização dos sinais vitais do recém-nascido, pelo que deve ser mais incentivado no alojamento conjunto com os recém-nascidos a termo (Majesti, 2016). Um ensaio clínico randomizado com um total de 55 recém-nascidos a termo, que pretendeu comparar o efeito na redução da dor do contacto pele a pele, com o mesmo associado à amamentação, durante a vacinação, concluiu que os dois métodos combinados pode potencializar o efeito analgésico, contribuindo para uma melhor recuperação do RN (Leite, et al., 2015).

A WHO (2011) corrobora o uso da amamentação em procedimentos dolorosos ao recém-nascido numa revisão que mostra que em recém-nascidos de termo e pré-termo saudáveis, a amamentação se revelou mais eficaz no controlo da dor do que o uso de chupeta, o enfaixamento, uso de placebo ou nenhum método. A justificação prende-se com a existência no leite materno da substância triptofano, *“um precursor da melatonina que aumenta a beta endorfina e pode auxiliar no processo algico”* (Calasans; Maia e Figueiredo, 2016; Appleyard, 2014 citados por Furriel, et al., 2020, p. 13) , e pela Colecistoquinina, um neuropeptídeo libertado na circulação do recém-nascido com efeito analgésico quando este é exposto a um odor familiar, como o materno (Mangat, Oei, Chen, Quah-Smith, & Schmölzer, 2018).

Trata-se de métodos seguros e fáceis de aplicar, bem como fáceis de aprender pelos pais, o que permite (salvo exceções, tais como a imperatividade de uma determinada posição do recém-nascido para o procedimento ou indisponibilidade da puérpera para amamentar), a sua implementação no serviço, bem como faz sentido a intervenção no domínio das competências parentais, ensinar os pais sobre estratégias de controlo da dor do Recém-nascido, envolvendo-os nos cuidados (Maciel, et al., 2019).

2.3 Assistir Na Amamentação No Puerpério

A amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida é consensualmente aceite como a melhor forma de se alimentar uma criança (Levy & Bértolo, 2012). As vantagens do aleitamento materno são inúmeras, quer para o recém-nascido, como para a mãe e a relação entre eles. Existe evidência que permite afirmar que o leite materno previne infeções gastrintestinais, respiratórias, urinárias, modula o sistema imunitário, previne diabetes e linfomas (Levy &

Bértolo, 2012). Em relação com a mãe, amamentar facilita a involução uterina, diminui a probabilidade de desenvolvimento de cancro mamário, tratando-se do “*método mais barato e seguro de alimentar os bebés e, na maioria das situações, protege as mães de uma nova gravidez*” (Levy, 2012, p. 8).

O apoio na amamentação é a competência do EEESMO que mais tempo gastava nos cuidados no serviço de puerpério. O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica define que o EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como as medidas corretivas ao processo de aleitamento materno (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Sendo a amamentação deveras exigente, apoiar o casal neste processo exige um corpo robusto e variado de conhecimentos do EEESMO, bem como um conjunto de intervenções no âmbito dos conhecimentos e capacidades dos pais para a amamentação ser bem-sucedida. A WHO (2019) refere, inclusive que as intervenções do EEESMO devem ir de encontro ao domínio não só informativo e prático, mas também emocional e motivacional, pelo que, durante o ensino clínico, ao invés de um discurso centrado em aspetos como o cansaço materno, as puérperas eram elogiadas no seu esforço, dedicação e aprendizagem.

Todos os recém-nascidos chegavam ao serviço de puerpério tendo já efetuado a primeira mamada no núcleo de partos, no puerpério imediato, o que era considerado algo muito positivo, pois é aconselhado, para o sucesso do estabelecimento do aleitamento materno a amamentação precoce na primeira hora de vida (World Health Organization, 2017).

A mamada, durante o internamento, era observada, sempre que possível, do início ao fim, e avaliados os conhecimentos e capacidades da mãe sobre o posicionamento para amamentar, sobre os reflexos presentes no recém-nascido para a sua alimentação e a forma de os estimular, sobre os sinais de uma pega correta, sinais de fome e de saciedade do recém-nascido. Só observando a mamada, o EEESMO é capaz de identificar dificuldades, agir no sentido de as corrigir e instruir como fazê-lo.

Foi observado que era aconselhado às puérperas logo à chegada no serviço, que o período entre mamadas não ultrapassasse as duas ou três horas de intervalo. Não obstante, “*a dinâmica da amamentação deve respeitar as solicitações do recém-nascido / lactente, ou seja, em livre demanda*” (Direção Geral de Saúde, 2019, p. 52), tornando-se pertinente ensinar os pais sobre sinais de fome do recém-nascido, dar suporte e incentivar a puérpera a responder aos mesmos, estando disponível para amamentar (World Health Organization, 2017). A livre demanda não impõe restrições na frequência, duração das mamadas ou uso de uma ou de ambas as mamas numa mamada (o recém-nascido deve esvaziar uma mama e, caso mantenha sinais de fome, deve ser oferecida a outra) (World Health Organization, 2017).

Recém-nascidos prematuros, mas com estabilidade hemodinâmica para se encontrarem em alojamento conjunto no puerpério verificaram-se como os que mais necessitavam de apoio na amamentação, principalmente pelas dificuldades com a pega e sucção e insegurança verbalizada pelas mães.

As posições mais utilizadas durante o internamento para amamentar foi a deitada em decúbito lateral ou sentada. Existem várias posições possíveis, dependendo da preferência da puérpera e/ou características do recém-nascido. Um recém-nascido pequeno para a idade gestacional ou prematuro pode mamar de forma mais eficaz na posição de “*rugby*”, tal como esta foi a posição mais escolhida pelas mães de gémeos, pois permite amamentar os dois filhos em simultâneo.

O aspeto mais frequentemente corrigido em relação ao posicionamento foi a distância entre o corpo da mãe e o corpo do recém-nascido, ensinando a puérpera a juntar a barriga do seu filho à sua.

A importância do posicionamento verifica-se inclusive na sua influência sobre os traumas mamilares. Coca, et al. (2009), num estudo com 146 puérperas e os seus recém-nascidos, concluíram que uma má posição da cabeça do recém-nascido, o queixo longe da mama e o lábio inferior voltado para dentro foram estatisticamente significativas para a ocorrência de fissuras mamilares, acrescentando que “*o acompanhamento do posicionamento adequado é determinante para o estabelecimento da amamentação efetiva e prolongada*” (Coca, et al., 2009, p. 1).

Os pais foram, em simultâneo, ensinados sobre os sinais de uma pega correta: boca do recém-nascido deve apresentar-se bem aberta, abocanhar a aréola em vez do mamilo, o queixo estar encostado a mama, podendo ser vista porção da aréola sobre o lábio superior, o lábio inferior deve estar voltado para fora, a língua debaixo da aréola, as bochechas redondas, surgindo muitas vezes colostro no canto da boca e o nariz livre (Coca, et al., 2009; Levy, et al., 2012). A maior necessidade de correção observada foi no abocanhar da aréola, tendo sido necessário instruir a puérpera em auxiliar com os seus dedos, quando necessário, a protactilidade da aréola quando o recém-nascido leva a boca à mama, evitando, assim, que ele apenas pegasse no mamilo.

Os sinais de fome do recém-nascidos observados e demonstrados aos pais eram a procura de boca aberta, virando a cabeça para os lados, levar as mãos à boca, colocar a língua de fora e emitir sons suaves (Vargas, et al., 2016).

O estímulo dos reflexos do recém-nascido foram alvo de ensino aos pais que tinham potencial de melhorar o conhecimento sobre os mesmos, sendo instruída a forma de o realizar. Os reflexos do recém-nascido envolvidos na sua capacidade para mamar são os de procura, sucção e deglutição. Tocar as bochechas ou os lábios do recém-nascido com o dedo ou o mamilo, fazer expressão de uma gota de colostro para que o recém-nascido seja atraído

pelo odor, estimula o reflexo de procura, verificando-se o virar da cabeça do recém-nascido para o lado que está a ser tocado, ao mesmo tempo que coloca a língua para baixo e para fora (Levy, et al., 2012; World Health Organization, 2017; Vargas, et al., 2016). O reflexo de sucção é estimulado sempre que a areola e mamilo tocam no palato superior do recém-nascido e o de deglutição, sempre que a boca se enche de colostro ou leite (Levy & Bértolo, 2012). A estimulação do reflexo de sucção através da sucção não nutritiva com o dedo enluvado do EEESMO sobre o palato do recém-nascido era uma intervenção implementada nos prematuros durante o internamento no puerpério, executada imediatamente antes do início da mamada, com efeito benéfico observado sobre as dificuldades em estabelecer o padrão de sucção necessário para mamar. A WHO (2017), reconhece o benefício e apoia esta intervenção em prematuros até que a amamentação esteja estabelecida.

Os sinais de saciedade são a indicação do fim da mamada, determinado pelo recém-nascido e que os pais devem ser ensinados a reconhecer, sendo eles: adormecer e largar a mama, aspeto relaxado e satisfeito (Levy & Bértolo, 2012).

Face às puérperas que tinham os seus filhos internados na neonatologia, era reforçada a informação sobre a como estimular a lactação e instruídas em como realizar a extração do leite, manualmente e com a bomba extratora. O leite extraído era devidamente etiquetado e enviado para a neonatologia.

Após lavar as mãos e se sentar confortavelmente, a puérpera era instruída a colocar a mão em forma de “C”, com o polegar sobre o limite superior da aréola mamária e o indicador sobre o limite inferior; de seguida, num movimento único, aproximar os dedos contra a grade costal, juntá-los de forma a fazer expressão da aréola e afastar a mão da grade costal, observando a saída do leite para o biberão (Levy & Bértolo, 2012). Era explicado que este processo não deve ser doloroso e que a quantidade de leite deverá aumentar com o tempo e que, no final, a mama deve apresentar-se mole e flácida (Levy & Bértolo, 2012). Era, de igual modo, instruída a utilização da bomba extratora de leite.

Em situações específicas, por exemplo face à hipoglicemia neonatal, que causa no neonato prostração, diminuição do vigor dos seus reflexos, choro (podendo ocorrer recusa alimentar), foi por vezes prescrito leite adaptado no sentido de repor os níveis glicémicos e conferir de volta a energia necessária para a amamentação (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013). Nestes casos, os enfermeiros iam adotando posições distintas quanto à forma de se oferecer o leite, por tetina ou copo.

Recomendações da WHO (2017), com uma qualidade de evidência moderada, dizem que, nestes casos, o copo ou colher são preferíveis a tetinas. Outros autores também preconizam a administração de leite adaptado por copo a recém-nascidos amamentados ao seio materno, sob a premissa de que o copo evita que o recém-nascido apresente dificuldade de adaptação à mama após o uso da tetina - a conhecida “*nipple confusion*” (Levy, et al., 2012; World Health Organization, 2017). Não obstante, uma revisão de 2015 mostra não ser clara

uma relação de causalidade entre o uso de tetina e dificuldades no estabelecimento da amamentação (Zimmerman & Thompson, 2015).

Existem autores que se posicionam a favor do uso de tetina, pois tem sido demonstrado como o método que mais se aproxima da amamentação uma vez que, apesar de não exigir que o recém-nascido abra tanto a boca quanto no seio materno, permite a estimulação do reflexo de sucção e deglutição e movimentos musculares e linguais idênticos (Fucile, Gisel, Schanler, & Lau, 2009). Permite, também, a coordenação da sucção, deglutição respiração que a amamentação exige. Mesmo face a prematuros, com reflexos de sucção menos desenvolvidos, o uso do biberão permite alimentar com sucesso e de modo seguro os RN, estimulando este reflexo (Lau et al., 2000 cit. por Brantes, 2018).

Apesar da evidência ainda se dividir em relação a estes métodos, o que foi observado na prática é que, após a reposição da glicemia com o uso do biberão, o neonato adaptava-se igualmente bem à mama.

Nestes casos o pai era envolvido no cuidado e supervisionado o momento em que alimentava, por biberão, o recém-nascido.

2.4 A Promoção Do Desenvolvimento De Competências Parentais Durante O Puerpério

“As competências parentais podem ser definidas como o conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança” (Cardoso, 2011, p. 52).

O recém-nascido nasce com uma série de características e competências que os pais começam a conhecer, apoiando-se no EEESMO nessa descoberta. As dúvidas surgem a cada passo, a par de cada movimento do filho e foi perceptível, mesmo nos pais que demonstravam conhecimentos sobre as características dos recém-nascidos, que procuravam validação e suporte no sentido de perceber se o que estavam a observar seria o que era suposto observarem. A disponibilidade do EEESMO para o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança e esclarecimento de dúvidas, torna-se imprescindível nesta fase.

Faz parte da competência do EEESMO facilitar a transição para a parentalidade, a incorporação do papel parental, melhorando os conhecimentos e desenvolvendo capacidades para o desempenho do mesmo.

As competências parentais são inúmeras, sendo que existem momentos ao longo do processo de transição em que a abordagem de umas são prioritárias a outras. Enquanto durante a gravidez se abordam temas, na preparação para o parto e parentalidade, tais como a preparação do enxoval ou preparar o quarto do recém-nascido, no puerpério, as competências mais frequentemente abordadas foram: reconhecer padrão de crescimento e desenvolvimento normal do recém-nascido (competências e a sua capacidade de interagir); lidar com o choro; alimentar o recém-nascido; colocar a eructar; cuidar da higiene, do coto umbilical e da zona da fralda; padrão de sono; promoção e vigilância da saúde (tais como os achados normais da pele, a perda fisiológica de peso, icterícia) e garantir a segurança e prevenção de acidentes.

Procurar avaliar o significado atribuído ao cuidados ao filho, o que os pais já sabem e demonstram habilidade em fazer foi uma atividade diagnóstica efetuada durante o ensino clínico que permitiu orientar as intervenções de forma específica para cada casal, ao invés de se seguir um guião de informações a serem debitadas a todos os casais.

Neste sentido, foi procurado responder a questões como: Com o que é que estes pais, especificamente, têm mais dificuldades em lidar? Quais os significados que atribuem ao cuidado ao filho e as mudanças que este trouxe as suas vidas? Qual a sua perceção de autoeficácia no desempenho do papel? Na falta de mais tempo, este casal aprende melhor a ver fazer ou a fazer com supervisão?

Esta avaliação permitia não só uma melhor gestão do tempo do EEESMO, permitindo chegar aos 6 casais que tinha ao cuidado num turno, mas acima de tudo, avaliar a evolução do processo de transição, através de indicadores como a autoeficácia e a mestria.

Foi perceptível, na prática, que pais que tinham mais conhecimentos e eram mais hábeis no vestir/despier ou a mudar a fralda, por exemplo, tornavam-se rapidamente mais autónomos no desempenho dessa competência. Também algumas vezes era verificado, na altura do banho, que as principais dificuldades dos pais não se prendiam com défices de conhecimento sobre os produtos de higiene a utilizar (alguns deles trazendo já “*syndets*”). Em vez disso, os pais de primeiros filhos apresentavam-se mais inseguros, verbalizavam medos como deixar cair o filho, demorar na execução do banho, que o mesmo passasse frio e ficasse doente. Os pais de pelo menos um filho, já se mostravam hábeis na execução do banho, apesar de referirem preferir ver como o EEESMO executava os cuidados e apresentarem lacunas a nível de conhecimentos, tais como na primeiras 2 a 4 semanas de vida ser recomendado o banho apenas com água. Tal confirmou a necessidade de intervenções pelo EEESMO, mesmo em casais com mais que um filho.

As intervenções implementadas, no domínio da competência parental cuidar da higiene do recém-nascido, incluía ensinar sobre cuidados de higiene ao recém-nascido (1º dia, imediatamente antes do 1º banho), instruir cuidados de higiene ao recém-nascido (1º banho) e treinar cuidados de higiene ao recém-nascido (2º dia, 2º banho).

Neste sentido, o primeiro banho, independentemente do número de filhos que o casal pudesse ter, era sempre instruído pelo enfermeiro. O segundo era dado pelos pais, onde eram avaliadas as suas habilidades e o potencial para melhorar capacidade para: reunir o material para o banho; gerir a temperatura ambiente e da água; prestar os cuidados de higiene, ao coto umbilical e zona da fralda, prevenir o eritema da fralda; cortar as unhas e adotar medidas de prevenção para acidentes durante o banho.

Crianças mais facilmente irritáveis, ou que choravam mais, pareciam influenciar o envolvimento dos pais nos cuidados, como se não confiassem no seu potencial. Diziam que preferiam que fosse o EEESMO a dar o banho porque não estavam confiantes de conseguir acalmar o próprio filho. Também nos turnos da noite acontecia de pedirem ajuda para lidar com o choro, demonstrando, ora lacunas a nível do conhecimento de lidar com o choro, ora na habilidade para aplicarem as técnicas para acalmar o recém-nascido. De facto, está descrito que o *“temperamento da criança tem efeito na perceção de eficácia maternal, reforçando as crenças parentais nas respetivas capacidades (ou incapacidades)”* (Cardoso, 2011, p.44).

Também as experiências anteriores, a observação de outras mães a lidar com o filho e o apoio de conviventes significativos têm o potencial de influenciar a perceção de autoeficácia no papel parental, que se define como *“crença de alguém sobre as suas próprias capacidades para desempenhar com sucesso uma tarefa específica”* (Bandura, 1994 cit. por Cardoso, 2011, p. 42).

Este conceito de autoeficácia importa na medida em que se trata de uma crença capaz de influenciar diretamente o envolvimento dos pais nos cuidados e na sua preparação para o desempenho do papel (Cardoso, 2011), pelo que o EEESMO deveria avaliar as crenças do casal e, durante todo o processo de cuidados, elogiá-los e encorajá-los nos cuidados ao filho.

O envolvimento do pai no processo de cuidados foi sempre promovido durante o ensino clínico, tendo em conta que *“os pais demoram mais tempo do que as mães a atingir níveis de eficácia e de satisfação com o exercício do papel paternal do que as mães”* (Cardoso, 2011, p. 38)

Como principais dificuldades encontradas no decorrer do ensino clínico, destacam-se o tempo reduzido de internamento, que dificulta a transmissão de toda a informação e, principalmente o treino de habilidades; por exemplo, no caso do banho ao Recém-nascido, os casais de primeiros filhos referiam que não se sentiam preparados a data do regresso a casa e que precisavam de prestar mais vezes cuidados com o apoio e supervisão do EEESMO. A reforçar esta perceção foi encontrado um estudo qualitativo de Sousa e Silva (2018), onde foram realizadas entrevistas semiestruturadas a 26 progenitores (13 pais e 13 mães), que demonstrou que estes referem maiores necessidades durante o puerpério de apoio face às competências parentais que envolviam dificuldades na amamentação, os cuidados de higiene ao recém-nascido, cuidados ao coto umbilical, bem como dificuldades em lidar com

a cólica do recém-nascido. Em relação ao treino de habilidades, este estudo revela que os pais consideravam sentir necessidade de ser instruídos, pelo menos mais uma vez, face aos cuidados, por exemplo, do coto umbilical, dizendo que o enfermeiro demonstrou o procedimento de uma forma rápida.

Esta necessidade de ver o procedimento novamente foi, de facto, verbalizado por alguns dos pais durante o ensino clínico. As intervenções do âmbito instruir foram, deste modo, entendidas como as que mais influenciavam a melhoria de capacidade para o exercício do papel parental, naqueles dois a três dias de internamento.

Daquilo que foi sendo observado durante o ensino clínico, foi compreendido que é facilitador para o desenvolvimento de competências parentais a existência de homogeneidade na prática entre os elementos da equipa de enfermagem, uma vez que algumas vezes foi verbalizado pelos pais que a colega anterior teria dado uma orientação diferente e que tal os confundia.

Por exemplo, no que concerne ao ensino sobre os cuidados ao coto umbilical a instituição preconizava a desinfeção com álcool a 70°, sendo um cuidado cuja evidência científica já tem vindo a contestar, recomendando-se atualmente, para o nosso país, o “dry care” - limpar e secar. Um dos casais teria tido a orientação para o dry care na preparação para a parentalidade e questionou a utilização do álcool. Uma revisão de Barbosa et al. (2017) concluiu que não existe evidência que mostre o benefício do uso de antissépticos para países desenvolvidos. Outra revisão de Gras-Le Guen et al. (2017) afirma inclusive que há evidência significativa que suporta o uso do dry care, no que toca à eficácia e rapidez de queda do coto umbilical, sem aumentar o risco de onfalite. A justificação para a manutenção do uso do álcool a 70° na instituição prende-se essencialmente pela ausência de conhecimento sobre os cuidados de saneamento e higiene no domicílio, após o regresso a casa, considerando-se o possível atraso na queda associado ao uso de álcool irrelevante face ao risco benefício. Para além da desinfeção do coto umbilical, era ensinado aos pais sobre cuidados a ter, tais como, como não deixar o coto umbilical debaixo da fralda (pelo risco de ser contaminado com urina e/ou fezes), lavar sempre as mãos antes do seu manuseio e ensinar sobre sinais de infeção, que devem ser identificados precocemente e motivar uma observação por um profissional de saúde (calor, edema, rubor e dor ao toque no local de inserção do coto umbilical, odor fétido, exsudado purulento e prostração ou letargia do recém-nascido) (Silva, et al., 2020).

A intervenção do EEESMO revela-se significativa para os casais, que necessitam ainda deste profissional após o regresso a casa: *“a enfermeira não pode vir para casa connosco?”* (sic). A resolução positiva da transição para a parentalidade é previsível de acontecer vários meses após o exercício da parentalidade estar bem estabelecido, coincidente com a evidente mestria no desempenho do papel, na qual os pais demonstrariam bem-estar e autoconfiança

no cuidado ao filho, antecipando as suas necessidades. Até lá, o EEESMO configura-se como o profissional de primeira linha na gestão das dificuldades dos casais.

3. Desenvolvimento De Competências Em Contexto De Um Serviço De Sala De Partos

O presente capítulo reflete a descrição do que foram as atividades diagnósticas e intervenções do EEESMO no núcleo de partos, bem como refletir sobre a promoção da experiência de parto positiva.

3.1 Contexto Clínico Do Núcleo De Partos

No que concerne às funções no núcleo de partos, a Ordem dos Enfermeiros (2019), no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, afirma que o EEESMO deve cuidar *“da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina”* (p. 13562). De igual modo, deve promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto; otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido e providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O ensino clínico de trabalho de parto e parto foi realizado no núcleo de Partos do CMIN, entre as datas 1/3/2020 e 8/11/2020, sob orientação de uma EEESMO.

O serviço tem a capacidade de 7 salas de parto, 1 sala com 3 camas à direita para indução do trabalho de parto e outras 3 à esquerda, para acompanhamento de expectantes. Tem uma sala de reuniões, uma copa e um gabinete de enfermagem, uma estação de telemetria onde são apresentados os traçados cardiotocográficos, junto ao quadro onde estão identificadas as parturientes e são apresentados dados tais como a paridade, idade gestacional, tipo de sangue, resultado da análise ao SGB, motivo de internamento, estado do colo quanto à dilatação e extinção e outras observações consideradas relevantes tais como fatores de risco ou doenças maternas.

Ao serviço estão, independentemente do turno manhã, tarde ou noite, a exercer funções 6 enfermeiros, distribuídos da seguinte forma: 1 enfermeiro para cada duas salas de parto, um com as expectantes, 1 com a indução e a 7ª sala de parto e o restante enfermeiro na triagem do serviço de urgência obstétrica. Ressalva-se que a Mesa Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica, no parecer nº21, de 2017, apresenta como rácio seguro na sala de partos uma proporção EEESMO/parturiente intraparto de 1:2, no primeiro estadio, e de 1:1 no segundo, o que significa que está um menor número de EEESMO ao serviço, por turno, do que o considerado seguro.

O ensino clínico proporcionou a oportunidade de vigiar e prestar cuidados a mulheres em trabalho de parto, durante o parto e pós-parto imediato, apresentando-se na tabela seguinte o número de parturientes assistidas e partos efetuados.

Tabela 1 - Experiências Proporcionadas Durante o Ensino Clínico de Trabalho de Parto e Parto

Parturientes Assistidas		Partos Executados		Partos Participados	
Baixo Risco	Com moderado/ elevado Risco	Sem episiotomia	Com episiotomia	Simulação de parto pélvico	Cefálicos
164	32	14	29	2	12
Total=196		Total= 43		Total= 14	

Foi partindo destas experiências que se refletiu sobre os cuidados em três vertentes: o diagnóstico de início de trabalho de parto e vigilância da sua evolução; as intervenções implementadas às parturientes e o que foi realizado face à preocupação da promoção de uma experiência de parto positiva.

3.2 Diagnóstico De Trabalho De Parto E Avaliação Da Sua Evolução

O núcleo de partos não é um serviço que possa ser caracterizado por rotinas, pois a imprevisibilidade associada à entrada de parturientes e respetiva evolução do trabalho de parto não o permitia. As parturientes chegam ao núcleo de partos vindas de casa, no caso das induções de trabalho de parto programadas; do SU, com queixas de contrações

dolorosas, rotura de membranas ou por indicação médica; e do internamento em MMF, por início de trabalho de parto ou traçado cardiotocográfico suspeito.

O trabalho de parto é definido como um conjunto de fenómenos que levam à dilatação do colo do útero, contratilidade uterina regular, com conseqüente progressão do feto pelo canal de parto e a sua expulsão (Mendes da Graça, 2017).

Foi observado que a maioria das grávidas que dava entrada pelo serviço de urgência, recorriam por rotura de membranas amnióticas, ainda na maioria sem alterações cervicais ou com dilatação de 1 ou 2 cm, com extinção entre 0 e 30% e a apresentação acima do primeiro plano de Hodge, sem contrações uterinas ou contrações irregulares, de leve intensidade.

À chegada de cada grávida ao núcleo de partos foi, deste modo, necessário executar atividades diagnósticas no sentido da obtenção de dados que permitissem diagnosticar a presença do trabalho de parto. A cada passo, os diagnósticos de enfermagem proporcionam orientação para os cuidados, pelo que este subcapítulo se centra na forma de obtenção de dados e quais os dados que importam avaliar na assistência a uma parturiente.

3.2.1 Expectativas Da Parturiente Face Ao Parto

Durante a gravidez, vão surgindo um conjunto de expectativas em relação ao trabalho de parto e parto, que, não se cumprindo, levam a sentimentos de frustração e insatisfação face ao momento e aos cuidados, pelo que se justifica a avaliação desta dimensão à chegada da parturiente ao núcleo de partos.

Algumas mulheres traziam consigo um plano de parto, que pretendia representar “*um processo reflexivo e de tomada de decisão do casal grávido, exposto num documento escrito, promovendo uma melhor comunicação com os profissionais de saúde e a autonomia das mulheres*” (Silva, et al., 2020, p.1). Este documento pretende expressar expectativas e desejos relacionados com o decurso do parto (Silva & Lopes, 2020). Não obstante, a maioria das parturientes não trazia plano de parto definido. Nestes casos, foi dito à parturiente o que é expectável acontecer nas diferentes fases do trabalho de parto e foram colocadas questões no sentido de conhecer estas expectativas, como por exemplo: no período expulsivo, foi explicado que poderia vir a ser necessária a realização de episiotomia e porque motivos, sendo pedida autorização para a realizar caso a situação o exigisse. Assim, embora

não existisse um documento formal, a parturiente foi de igual forma ouvida e envolvida na tomada de decisão.

A experiência do Parto é tanto mais positiva quanto maior a sensação de controlo que a parturiente tem sobre o que está a acontecer, pelo que a negociação deve existir, baseada no respeito e livre de julgamentos, entre as expectativas da mulher e o que é possível ser efetuado no serviço, no sentido de lhes corresponder.

Tal atitude por parte do EEESMO, envolve a parturiente na tomada de decisão, empoderando-a para um parto que será seu. Não obstante, foi também explicado a todas as parturientes que o parto é imprevisível e que a qualquer momento podem identificar-se complicações que alterem o rumo dos cuidados, pela causa maior do bem-estar materno e fetal.

3.2.2 Avaliação Do Colo Uterino

Clinicamente, o início do trabalho de parto pode ser definido como a existência de contratilidade dolorosa regular em simultâneo com alterações na extinção e dilatação do colo uterino (Mendes da Graça, 2017). Assim sendo, várias destas mulheres recorreram ao serviço de urgência sem início de trabalho de parto efetivo, pois umas apresentavam contrações dolorosas, mas sem alterações do colo uterino; outras já apresentavam 1 ou 2 cm de dilatação, mas sem contratilidade dolorosa e regular.

O trabalho de parto inclui três estádios: a dilatação (desde o início das contrações uterinas regulares e termina na dilatação completa do colo), o período expulsivo (período desde a dilatação completa até à expulsão do corpo fetal) e a dequitação (desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta e membranas fetais) (Mendes da Graça, 2017). Existem autores que incluem um quarto período, o puerpério imediato (Nené, Marques, & Batista, 2016).

A extinção do colo uterino trata-se da diminuição da sua espessura e a dilatação traduz o quão aberto, em centímetros, está o orifício cervical (Mendes da Graça, 2017). O primeiro estadió de trabalho de parto divide-se em fase latente e fase ativa e os cuidados à mulher adequam-se de acordo com a fase em que se encontra. A fase latente é a que ocorre desde o início das contrações regulares e um colo com cerca de 3cm de dilatação e a fase ativa, a partir dos 4cm, na qual o ritmo de dilatação aumenta até atingir os 10 cm (Mendes da Graça, 2017). A ACOG (2014), por sua vez, defende que a fase ativa se inicia aos 6 cm de dilatação cervical e se caracteriza pela rápida dilatação e descida da apresentação fetal.

Apesar de percebido como desagradável e até mesmo doloroso pela maioria das mulheres, o exame por toque vaginal foi a forma utilizada para avaliação da presença e tipo de alterações do colo do útero. Após se informar a mulher acerca da pertinência deste exame, o mesmo era efetuado introduzindo o segundo e terceiro dedos na vagina, até ao colo uterino, com norma asséptica, utilizando-se uma luva estéril (no sentido de diminuir o risco infeccioso) e lubrificante, no sentido de se diminuir o desconforto ao toque.

A diferença entre o processo de extinção e dilatação entre primíparas e múltiparas foi muito claro à medida que o trabalho de parto evoluía - na primípara acontece primeiro a diminuição da espessura e só depois a dilatação do orifício cervical, enquanto na múltipara os dois fenómenos dão-se em simultâneo (Mendes da Graça, 2017).

Também a posição do colo do útero, posterior ou anterior, indica a evolução do trabalho de parto. Passa de posterior, ainda antes do início do trabalho de parto, e anterioriza-se. A consistência, por sua vez, altera-se de dura para intermédia e depois mole, podendo sentir-se, à abertura dos dedos, tensão ou, pelo contrário, alguma elasticidade do colo.

3.2.3 Avaliação Do Estado Das Membranas E Líquido Amniótico

Tal como referido anteriormente neste subcapítulo, muitas destas parturientes deram entrada pelo serviço de urgência com queixa de perda de líquido amniótico. O estado das membranas é um dado obtido através da história da parturiente (quando notou a perda de líquido, quais as características, se a perda foi de uma quantidade abundante ou em gotejo), observação de saída de LA e identificação da presença/ausência de membranas através do toque vaginal, sobre a apresentação fetal. A hora da rotura era identificada de modo a se identificar a necessidade de antibioterapia profilática, uma vez que a rutura de membranas amnióticas por mais de 18 horas têm quatro vezes mais risco da ocorrência de uma *sépsis* neonatal (Procianoy & Silveira, 2020).

No que concerne às características do líquido amniótico, este oferece informações sobre o bem-estar fetal. É normalmente límpido, incolor, pode conter grumos e não apresenta cheiro ou apresenta um odor "*suigeneris*" (Rebelo & Patrício, 2013). A cor verde indica a presença de mecónio (o que traduz sofrimento fetal) e a presença de sangue pode indicar um descolamento de placenta (Rebelo & Patrício, 2013). Numa situação de morte fetal foi observado líquido amniótico acastanhado. O odor fétido associa-se a infeção amniótica (Rebelo & Patrício, 2013).

A rotura artificial de membranas foi uma prática frequentemente observada com o intuito de promover a evolução do trabalho de parto, sendo efetuada na fase ativa, embora a recomendação seja a de não ser efetuada sistematicamente (Smyth, Markham, & Dowswell, 2013).

Antes da realização deste procedimento, o EEESMO deve avaliar a presença dos seguintes critérios os 5 cm mínimos de dilatação e o encravamento ao nível do terceiro plano de Hodge diminuindo o risco de prolapso do cordão umbilical (Montenegro, 2014). Durante e após a amniotomia é necessária a avaliação do bem-estar fetal - no caso do prolapso do cordão, é expectável verificarem-se desacelerações ou uma desaceleração prolongada pelo interromper do fluxo sanguíneo ao feto.

Apesar de ser uma prática frequente, foi verificado entre vários EEESMO o questionamento sobre o timing deste procedimento por ainda não se reunirem as condições recomendadas para o mesmo, face à prescrição pela equipa médica.

3.2.4 Avaliação Da Estática Fetal

A posição do feto é frequentemente preditiva quanto à evolução e provável desfecho do parto, pelo que é pertinente a avaliação da estática fetal. As manobras de Leopold consistem na palpação do abdómen da parturiente, com o objetivo de obter dados tais como: a parte fetal que está no fundo uterino (se é palpada a pelve do feto no fundo uterino, então o feto vai apresentar-se cefálico ao canal de parto e vice-versa; onde está localizado o dorso fetal, sendo este o local onde é mais facilmente audível a frequência cardíaca fetal e onde deve ser posicionada a sonda da cardiotocografia; percepção do tamanho do feto; e, por fim, se a apresentação está encravada na pelve materna ou ainda flutuante).

Foi difícil a realização destas manobras, durante o ensino clínico, a grávidas obesas ou aquelas com diagnóstico de polihidrâmnios, uma vez que a quantidade de gordura abdominal e a de líquido amniótico, respetivamente, dificultaram a identificação das partes fetais.

3.2.5 Avaliação Do Bem-Estar Fetal

A avaliação do bem-estar fetal inclui a percepção materna dos movimentos fetais e a monitorização cardiotocográfica, realizada de forma intermitente até à realização da analgesia epidural e continuamente após.

A interpretação do traçado cardiotocográfico permite avaliar o bem-estar do feto, através da classificação dos traçados como normais (tipo I), suspeitos (tipo II) ou patológicos (tipo III).

As alterações mais frequentemente observadas durante o ensino clínico, relacionadas com a frequência cardíaca fetal, foram situações de taquicardia fetal, baixa variabilidade e desacelerações.

Quando identificada taquicardia fetal, era avaliada a temperatura materna, uma vez que a febre da parturiente é um dos motivos mais frequentes deste achado (Mendes da Graça, 2017). A administração de paracetamol à parturiente foi eficaz na correção deste desvio de normalidade, notório assim que a temperatura materna descia.

Face à presença de desacelerações variáveis, a parturiente era instruída a posicionar-se em decúbito lateral, de forma a libertar a e melhorar o fluxo sanguíneo ao útero e, conseqüentemente, ao feto (Mendes da Graça, 2017).

Face à diminuição da variabilidade fetal no traçado de CTG, observava-se a administração de um chá açucarado, com o intuito do aporte de glicose, como uma intervenção frequente. No entanto, a literatura indica que esta prática não tem benefício comprovado - *“na verdade, é muito longo o intervalo de tempo que medeia entre a ingestão desse alimento e o pico glicémico da grávida (cerca de 60 minutos)”* (Mendes da Graça, 2017, p.182). O mesmo autor acrescenta que a quantidade de glicose que chega ao feto, após a ação do metabolismo materno, é reduzida e provavelmente não é conseguida uma elevação suficiente da glicemia fetal (Mendes da Graça, 2017).

Aspetos tais como idades gestacionais menores ou terapêutica com corticoides nos 7 dias anteriores foram causas frequentes de variabilidade diminuída no traçado.

3.2.6 Avaliação Da Dinâmica Uterina

O padrão de contractilidade uterina é um componente do trabalho de parto que foi avaliado através da frequência, duração e intensidade das contrações uterinas, subjetivamente, pela verbalização das parturientes sobre as mesmas e objetivamente pela tocografia, tendo em conta que alguns fatores podiam interferir com a fidelidade desta avaliação, tais como a

quantidade de gordura abdominal existente (nas grávidas obesas, por exemplo) ou a colocação do cinto com fraca força tênsil sobre a sonda de tocografia.

Foi observado numa fase latente uma regularidade e intensidade variáveis entre leve e moderada. É esperado que as contrações sejam progressivamente mais intensas e menos espaçadas no tempo, passando de uma frequência de cerca de uma a cada 10/20 minutos na fase latente para uma a cada 2 minutos na fase ativa. Ter este conhecimento permite detetar desvios da normalidade, nomeadamente situações de hipertonia uterina (contrações com duração superior a 90 segundos) ou taquissístolia (mais de 5 contrações a cada 10 minutos, durante um período de 20 minutos) (Mendes da Graça, 2017).

A ocitocina exógena foi prescrita no contexto de promover a regularidade das contrações uterinas, tendo sido algumas vezes percebidas alterações nos traçados cardiotocográficos após este início, com a presença de desacelerações precoces, sendo da responsabilidade do EEESMO a gestão e mesmo suspensão desta perfusão para manutenção do bem-estar fetal. Foi por vezes necessária a administração de salbutamol endovenoso como tocolítico, em resposta a um CTG suspeito.

3.2.7 Avaliação Da Dor Do Trabalho De Parto

A dor de trabalho de parto é uma experiência desagradável, multidimensional e subjetiva, associada a fatores físicos como as contrações do miométrio, a dilatação do colo uterino e estiramento da vagina e pavimento pélvico pela progressão do feto no canal de parto (Sequeira, Pousa, & Amaral, 2020). Cada parturiente sente esta dor de forma singular, sendo que a existência de tensão, ansiedade, isolamento e medo contribuem para a perceção aumentada da sua intensidade (de Araújo Lima, et al., 2019; Sequeira, et al., 2020). Também fatores como “*a posição da parturiente, o contexto social e cultural, a componente espiritual, o espaço físico em que decorre o trabalho de parto*” influenciam a perceção da dor (Nené, Marques, & Batista, 2016).

A avaliação da dor de trabalho de parto permite orientar melhor a escolha da intervenção com o objetivo de a diminuir. Tal incluía ouvir a verbalização de queixas dolorosas e vigiar as características desta dor, bem como a observação de sinais não verbais de dor, perceptíveis na postura, fâcies e respiração da parturiente.

As diferentes fases do trabalho de parto foram acompanhadas de diferentes manifestações e características da dor. Na fase lactente, foi comum a queixa de dor localizada no

abdómen, algumas vezes com irradiação para as coxas, e na região lombar, do tipo cólica, em algumas mulheres descrita como uma dor que “*vai e vem*” (sic) e “*similar a uma dor menstrual*” (sic).

À medida que a dilatação do colo uterino avançava e as contrações eram mais intensas e frequentes, a intensidade da dor foi referida como maior, sendo usadas expressões tais como “*sempre que vem uma (contração) é como uma facada*” (sic), enquanto outras parturientes referiam “*um aperto*” (sic), a respiração aumentava a sua frequência e notava-se uma tentativa de controlo da mesma por parte das parturientes, que inspiravam profundamente mas de seguida perdiam o controlo e apresentavam gemido e queixume. A testa franzida, olhos fechados, mãos fechadas e contração muscular, bem como a adoção de posições antiálgicas foram sinais de dor observados. Quanto à localização, com a evolução do trabalho de parto e descida fetal, referiam dor irradiada para região inguinal direita e/ou sagrada. Foi-lhes pedido que avaliassem a intensidade da dor utilizando a escala numérica, através da questão “*numa escala de 0 a 10, qual a intensidade da sua dor, sendo que 0 é nenhuma dor e 10 a pior dor que sentiu na sua vida?*”. Em resposta, as parturientes classificaram a intensidade da dor entre os valores 5 e 6 na fase latente e 7 e 10 na fase ativa.

Quando a dor de trabalho de parto não estava controlada, as parturientes eram transferidas para uma das salas de parto, para colocação de cateter epidural.

Em relação ao uso da analgesia epidural, um estudo de coorte, com dados de 850 parturientes, investigou a associação entre a sua administração no trabalho de parto e a ocorrência de desfechos neonatais e concluiu que se associam desfechos como Apgar do primeiro minuto menor que 7, necessidade de manobras de reanimação e encaminhamento do recém-nascido para a neonatologia (Silva, Araújo, Amorim, Martins, & Felisbino-Mendes, 2020).

Após a analgesia epidural, verificou-se que existe uma espécie de cascata medicalizada de abordagem ao trabalho de parto e parto: é iniciada perfusão de ropivacaina e sufentanil por cateter epidural; soroterapia por cateter venoso periférico; efetuada cateterização vesical por risco de retenção urinária associada à analgesia epidural, para além da necessidade de cardiocografia contínua a partir deste momento. Assim, foi perceptível que, a partir da analgesia epidural, o EEESMO fazia a gestão entre o que acelera/promove a progressão do trabalho de parto e o que contém as possíveis consequências destas intervenções, conforme a tolerância materna e fetal. Um outro estudo, realizado em Espanha com 1259 parturientes, apesar de recomendar mais estudos sobre o assunto, obteve os seguintes resultados: a média da duração dos trabalhos de parto induzidos foi de 6,4 horas nas parturientes sem epidural e de 12,9 horas naquelas sob analgesia epidural; a incidência de lacerações do canal vaginal foi de 54.3% sem analgesia epidural, comparado com 37.3% nas parturientes sob analgesia epidural; por outro lado, a episiotomia foi realizada mais frequentemente nas mulheres com analgesia epidural 31,1%, comparado com as restantes 15,9%; relativamente ao Apgar do

recém-nascido, o score obtido foi inferior nas mulheres com analgesia epidural; no pós-parto, a percentagem de complicações puerperais foi mais alta em quem recebeu analgesia epidural (Rodríguez, et al., 2019).

Apenas a três das parturientes a que foram prestados cuidados durante o ensino clínico não foi colocado cateter epidural - duas porque entraram em período expulsivo e a apresentação ao nível do quarto plano de Hodge e outra que recusou quando questionada sobre essa opção. Um estudo descritivo realizado em Portugal em 2014 relatou uma incidência de 74.7% do uso de analgesia no trabalho de parto e parto (Loureiro, Bernardes, Ferreira, & Freitas, 2014).

Foi observado, durante o ensino clínico, muito frequentemente, associado ao uso da analgesia epidural, para além da hipostesia dos membros inferiores, tremores e vômitos.

No período expulsivo, sob esta analgesia, a maioria mulheres referiam ter a dor controlada, mas uma vontade de usar o wc intensa, o que traduzia, para o EEESMO, um sinal da descida da apresentação fetal no canal de parto. Quando se verificava a hipostesia dos membros inferiores, com diminuição também da sensibilidade perineal, foi negociado com as parturientes a diminuição do ritmo de perfusão da analgesia epidural, de forma a serem capazes de localizar onde direccionar os esforços expulsivos, o que foi sempre aceite.

3.2.8 Conhecimento Sobre Métodos Não Farmacológicos De Alívio Da Dor Do Trabalho De Parto

São reconhecidos como métodos não farmacológicos de controlo da dor do trabalho de parto: o ioga; a hipnose; musicoterapia; hidroterapia; aromaterapia; reflexologia; massagem; técnicas de pressão e contrapressão; técnicas de respiração; acupuntura/acupressão e a estimulação eléctrica transcutânea (Mascarenhas, et al., 2019; Sequeira, et al., 2020; Melo, et al., 2019).

O conhecimento sobre métodos não farmacológicos de controlo da dor foi avaliado através da questão “*conhece ou pretende utilizar algum método para o controlo da dor que tenha tido conhecimento durante a gravidez?*”, ao que frequentemente as parturientes negavam ou nomeavam o controlo da respiração e o uso da bola de pilates mas, face à intensidade da dor, afirmavam de seguida que “*não vale a pena*” (sic), “*não chega*” (sic) e que pretendiam a analgesia epidural.

A volição para o uso destes métodos, significado atribuído e a crença sobre a sua eficácia revelavam-se, deste modo, como fatores influentes e necessários, antes da implementação das intervenções na área do conhecimento e capacidade para a utilização dos mesmos.

Ao contrário da frequência observada no uso da analgesia epidural, foi observado que apenas uma parturiente demonstrou conhecimento sobre o uso de métodos não farmacológicos para o controlo da dor durante o trabalho de parto, nomeadamente aromaterapia, trazendo um frasco de óleo essencial de alfazema. Referiu que “*ajuda-me a relaxar e a lidar com a dor*” (sic) e demonstrou saber utilizá-lo, pois, na ausência de um difusor, encontrou a alternativa de ir colocando algumas gotas sobre a almofada e a bata que trazia vestida.

3.2.9 Identificação De Desvios No Padrão De Evolução Do Trabalho De Parto

A DGS (2015, p.1) define trabalho de parto estacionário como “*aquele em que não se verifica progressão da dilatação cervical em qualquer um dos seus estadios: fase de latência, fase ativa (primeiro estadio do trabalho de parto) e período expulsivo (segundo estadio do trabalho de parto)*” . Na fase de latência, “*aceita-se como duração máxima as 20 horas para a nulípara e as 14 horas para a múltipara*”, enquanto na fase ativa “*não havendo progressão da dilatação durante 4 horas antes dos 6 cm, ou durante 2 horas após os 6 cm*”, há indicação para estimulação com ocitocina (Direção Geral da Saúde, 2015, p.1). Se após esta, a dilatação se mantiver por mais 4h, determina-se trabalho de parto estacionário, com indicação para cesariana (Direção Geral da Saúde, 2015).

O trabalho de parto estacionário também pode identificar-se com a ausência de descida do feto no longo do canal do parto por dificuldades mecânicas de progressão do feto, nas quais se englobam a maioria das situações de incompatibilidade feto-pélvica (Comissão Para a Redução da Taxa de Cesarianas da ARS Norte, I.P., 2009).

3.2.10 Prevenir Retenção Urinária Durante O Trabalho De Parto

A bexiga cheia apresenta-se como um obstáculo na descida fetal pelo canal de parto, podendo suscetibilizar, inclusive, a parturiente à dor pela retenção e a traumatismos da

bexiga. A analgesia epidural é um fator de risco para a retenção urinária. Assim sendo, era verificada a prática comum da colocação de cateter urinário às parturientes dentro de duas a quatro horas após a analgesia epidural, sendo mantido até o fim do puerpério imediato.

Tal era explicado às parturientes, que aceitavam a algáliação. Neste contexto, a colocação do cateter urinário era utilizada como medida preventiva e, por isso, na maioria das vezes não se chegavam a verificar sinais de retenção urinária: dor supra-púbica, com defesa à palpação abdominal; presença de globo vesical; incapacidade em iniciar a micção ou esvaziar totalmente a bexiga e inquietude/agitação.

Acerca desta prática, seja algáliação intermitente ou contínua, Sevo e Semeraro (2010) afirmam que, apesar de não ser recomendada de forma sistemática pela Sociedade americana de anesthesiologistas e pela ACOG, vários serviços incluem este procedimento no protocolo de assistência ao parto com analgesia epidural, tal como se verificou no serviço onde se realizou o ensino clínico.

3.2.11 Avaliar Evolução Do Trabalho De Parto: Período Expulsivo

A descida do feto foi avaliada através do toque vaginal, visualização da descida através do introito vaginal e posição do fundo uterino. A maioria das parturientes dava entrada no serviço com a apresentação fetal acima do primeiro plano de Hodge, sendo observado que o encravamento ao nível do terceiro plano acontecia após a dilatação completa e durante o período expulsivo.

Caso a apresentação ainda não estivesse encravada e a parturiente não sentisse o reflexo expulsivo (comumente referido como “*puxar*” (sic)), era oferecida a lentilha e instruída a sua utilização na realização dos movimentos extrínsecos da pélvis (tais como anteversão e retroversão), com o objetivo de promover a descida fetal e o encravamento.

Apesar de existirem variadas posições possíveis de serem adotadas durante o período expulsivo, cada uma com as suas vantagens e desvantagens, foi observado que no serviço as parturientes eram sempre posicionadas em decúbito dorsal (posição de litotomia) assim que o feto atingia o terceiro plano de Hodge. No entanto, esta posição tem vindo a ser desaconselhada na literatura. Um estudo de 2019 refere que a posição de decúbito dorsal e litotomia deve ser evitada pelo risco aumentado de traumatismos do períneo, aumento da duração do período expulsivo (por a ação da gravidade nesta posição não favorecer a descida do feto e não permitir a mobilidade da bacia e sacro), estar relacionada com mais queixas de dor e mais alterações da frequência cardíaca fetal no parto (Huang, Zang, Ren, Li, & Lu,

2019). A posição horizontal ou posições cujo ângulo é inferior a 45°, estão associadas a hipotensão e bradicardia materna, compressão da artéria aorta e veia cava pelo útero, com consequentes alterações do fluxo uteroplacentário e sofrimento fetal (Nené, et al., 2016; Huang, et al., 2019).

Sabendo da vantagem da posição lateral com elevação da cabeceira, sobre a posição de litotomia no que concerne à libertação do sacro, permitindo os seus movimentos de natação e contranatação, as parturientes foram instruídas a iniciarem os esforços expulsivos nesta posição. Foram, de igual modo, promovidas as assimetrias nesta posição.

Uma vez que a posição lateral é conseguida no leito, foi mais facilmente aceite na instituição.

A capacidade da parturiente para os esforços expulsivos foi avaliada, orientando a perceção do local onde exercer a força, com o toque vaginal junto à apresentação, enquanto se estimulava o reflexo de Ferguson e se instruída a manobra de Valsalva para a execução dos esforços expulsivos (suster a respiração após inspiração profunda e usar o ar contido no tórax para auxiliar na força exercida no sentido descendente). Nesta fase, a descida do feto pelo canal de parto e as rotações que apresentava foram cuidadosamente observadas pelo EEESMO.

O EEESMO deve atentar, nesta fase, ao tempo esperado para o período expulsivo, uma vez que, existindo contractilidade uterina regular, esforços expulsivos maternos adequados e evidência de bem-estar fetal e materno, a duração máxima deste período deve ser de 2 horas na nulípara e de 1 hora na múltipara; caso exista analgesia epidural em curso, estes máximos devem ser acrescidos de 1 hora (Direção Geral da Saúde, 2015).

A realização da episiotomia necessita da avaliação prévia das características do períneo e do bem-estar fetal através da auscultação cardíaca fetal intraparto (pelo CTG). Nos casos em que foi efetuada, durante o ensino clínico, identificou-se como dados a palidez do períneo com o estiramento, acompanhado de tecidos com pouca elasticidade, tensos ao toque e/ou friáveis. Outro motivo para a realização da episiotomia foi o de auxiliar em intervenções obstétricas tais como a aplicação de ventosa e fórceps. O parto é identificado como eutócico (via vaginal, resultante dos esforços expulsivos) ou distócico (se com recurso a ventosa ou fórceps).

Apesar de se ter verificado como uma prática frequente durante o ensino clínico, o EEESMO deverá, sempre que possível, salvaguardar e promover a integridade do períneo, sendo que para isso a literatura recomenda que se evite a manipulação do mesmo durante o segundo estadio, que se promova a verticalidade do parto, os esforços expulsivos espontâneos e não dirigidos e a aplicação de calor local durante o período expulsivo (Marshall, et al., 2014 e Chapman, et al., 2010, citados por Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A hora do nascimento orienta o momento de clampagem do cordão umbilical, pelo que deve ser rigorosamente identificada. A recomendação mais recente da OMS (2019) vai de encontro à prática instituída no serviço, que é a clampagem do cordão umbilical ao fim de 1 minuto de vida.

3.2.12 Avaliar Evolução Do Trabalho De Parto: Terceiro Estadio Do Trabalho De Parto

Dados que permitiram diagnosticar o início do terceiro estadio (dequitação) foram a visualização da elevação do útero na porção inferior do abdómen, o alongamento visível do cordão umbilical, com a descida evidente do local clampado pela pinça e saída de sangue (em maior ou menor quantidade dependendo do tipo de dequitação/ forma de descolamento da placenta).

A manobra de Kustner também foi utilizada como forma de diagnosticar o descolamento placentar (com a face lateral da mão sobre o bordo superior da sínfise púbica, era efetuada a correção da anteversão do útero (empurrar para trás/cima) com o dorso da mão e observado o movimento do cordão - se descolada, o cordão não se movia; se aderente, o cordão subia em direção da vagina, acompanhando o movimento da mão).

À saída da placenta, era efetuada a manobra de Dublin, na qual se efetuam rotações da mesma enquanto se exterioriza e se observam cuidadosamente as membranas, no sentido de perceber se alguma porção delas ficaria no interior da vagina.

3.2.13 Avaliação Da Perda Sanguínea E Involução Uterina

Após a dequitação, o útero iniciava o seu processo de involução, formando o globo de segurança de Pinard, que foi palpado no abdómen das puérperas ao nível do umbigo ou infra-umbilical. A formação do globo de Pinard pode ser estimulada pela massagem sobre o útero (Montenegro, 2014).

A avaliação da perda sanguínea permite identificar precocemente a hemorragia pós-parto, que tem como principais causas a atonia uterina (cerca de 80%), retenção parcial ou total da placenta, lacerações do canal vaginal e lesões do trato genital, entre outras menos frequentes (Montenegro, 2014).

Aconteceu, por vezes, verificar-se a perda de uma quantidade moderada a abundante de sangue, mesmo sendo palpável o globo de segurança, o que exigiu a inspeção do canal de parto e foi verificado, nestes casos, a expulsão de coágulos sanguíneos. Após esta remoção de coágulos, a perda passou a insignificante. Não foram verificadas, durante o ensino clínico, situações de atonia ou descompressão uterina, que poderiam ser identificadas através de sinais como: hemorragia abundante via vaginal, fundo uterino mole ao toque, de grande volume no abdómen, associado a verbalização de mal-estar geral, palidez, pele fria e sudorética.

3.2.14 Inspeção Da Placenta

O tipo de dequitação mais frequentemente observado foi a de Schultz, em que se apresenta à vulva a face fetal, de aspeto brilhante. A inspeção da placenta foi efetuada cuidadosamente após a avaliação da perda sanguínea e da formação do globo de segurança de Pinard - avaliado pela palpação abdominal e promovida a sua formação com a massagem uterina.

Ao observar a placenta, foi avaliada: a integridade dos folhetos amnióticos - âmnio (interno, fetal) e córion (externo, materno); presença de cotilédonos aberrantes (fora da placenta, nas membranas); quantos cotilédonos existem (habitualmente 10 a 20); existência de calcificações, envelhecimento ou zonas mais escurecidas; tipo de inserção do cordão (central, lateral, marginal) e confirmação do tipo de rotura (fúndica ou marginal).

A observação do cordão umbilical implica obter dados sobre o seu comprimento (média de 50cm), presença de 2 artérias, 1 veia e da geleia de Warton, bem como a presença de nós falsos ou verdadeiros.

Sempre que se verificava uma anormalidade, como a ausência de um cotilédono no leito da placenta, era necessário comunicar à equipa médica, que fazia a revisão uterina e do canal de parto no sentido de encontrar o cotilédono em falta. Quando se identificavam alterações do aspeto esperado da placenta ou a gravidez foi considerada de risco, a mesma era enviada para anatomia patológica.

3.2.15 Avaliação Do Estado Do Períneo E Do Canal De Parto

O traumatismo do trato genital nomeadamente as lacerações vaginais e cervicais, quando graves, também podem resultar num quadro de hemorragia pós parto (Organização Mundial de Saúde, 2014), pelo que a cuidadosa inspeção do canal de parto e diagnóstico da profundidade da laceração, com realização de toque retal era efetuada o quanto antes, após a dequitação e confirmação de formação do globo de Pinard. Quando na presença de ferida por episiotomia, era efetuada a episiorrafia (sutura do períneo), tal como se procedia à correção, com material de sutura, das lacerações identificadas.

3.3 Trabalho De Parto: Intervenções Implementadas

No Subcapítulo anterior, à medida que se explicaram as atividades diagnósticas do EEESMO ao longo de todas as fases do trabalho de parto, foram sendo apresentadas algumas intervenções associadas a tais diagnósticos.

Neste subcapítulo pretende-se aprofundar algumas das intervenções implementadas não contempladas anteriormente, incluídas no que se considera como estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

Consideram-se estratégias facilitadoras do trabalho de parto toda a intervenção do EEESMO capazes de melhorar a experiência durante o trabalho de parto e parto, tornando-a mais agradável e confortável para a parturiente, entre elas, as que se apresentam de seguida.

3.3.1 Envolver Pessoa Significativa No Trabalho De Parto

No contexto da pandemia pelo SARS-COV-2, os acompanhantes passaram a ser permitidos apenas a partir do início do período expulsivo, o que significa que as parturientes passavam pelo primeiro estadio do trabalho de parto apenas tendo contacto com os profissionais de saúde.

No segundo estadio do trabalho de parto, chegada a pessoa significativa da parturiente à sala de parto, competia ao EEESMO ser capaz de envolvê-la nos cuidados, tratando-a como um aliado no incentivo e apoio à parturiente, especialmente na gestão da dor e no período expulsivo. Esta pessoa foi, na maioria das vezes, o marido/companheiro ou a mãe da parturiente. Raras vezes, surgiram parturientes acompanhadas por uma irmã ou amiga.

A OMS (2017, p.48) assume a posição de que os acompanhantes podem ajudar a melhorar os resultados de saúde no parto, tendo sido demonstrando que *“as mães com acompanhantes ao parto têm menos necessidade de analgésicos, ficam mais satisfeitas com a sua experiência de nascimento e têm partos ligeiramente mais rápidos”*. A presença dos acompanhantes é uma contribuição para a humanização do parto e nascimento, sendo capaz de proporcionar conforto, calma e segurança às parturientes (Dodou, et al., 2014).

Outros benefícios mencionados foram o aumento da probabilidade de o parto ser parto vaginal espontâneo em vez de distócico ou cesariana, melhores índices de Apgar do recém-nascido ao 5º minuto e melhor ligação materna pós-natal quando os acompanhantes estão presentes (Organização Mundial de Saúde, 2017).

Então, face à presença do acompanhante, foi verificado que o EEESMO era capaz de envolvê-lo nos cuidados, vendo esta pessoa como um aliado no incentivo e apoio à parturiente, especialmente na gestão da dor e no período expulsivo. De igual modo, frequentes vezes, este acompanhante era orientado a participar do cuidado, por exemplo, sendo-lhe instruída a massagem na região lombar, usada como método não farmacológico de controlo da dor. Também no reconhecimento de sinais de alarme, para alertar imediatamente o profissional de saúde, se pode envolver o acompanhante, sendo esta prática recomendada pela OMS (2017).

3.3.2 Promover Mobilidade Corporal

A MCEESMO (2013), no âmbito do projeto *“Maternidade com Qualidade”*, apresenta a evidência sobre as vantagens da liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, sendo elas a diminuição da dor, com conseqüente diminuição do uso de analgesia epidural,

bem como o aumento do espaço disponível para a descida do feto, com resultante diminuição da duração do trabalho de parto e de alterações na frequência cardíaca fetal.

Apesar da prática no serviço em questão ser limitadora quanto à deambulação após analgesia epidural, a “*Walking epidural*” é uma técnica anestésica que permite o movimento livre da parturiente durante a dilatação do colo uterino, de acordo com a sua vontade, podendo ser executada nas salas de parto com segurança, quando garantidas algumas condições (Sequeira, Pousa, & Amaral, 2020). Entre estas condições estão a gravidez de termo (37 semanas), opção materna, o bem-estar fetal (CTG tranquilizador), a apresentação encontrar-se ao nível do primeiro plano de Hodge (caso já tenha tido rotura de membranas) e a ausência de perda hemática vaginal.

Caso seja colocada em prática, é recomendado a supervisão e presença constante do profissional, hidratação adequada, o incentivo de micções frequentes, a monitorização dos sinais vitais da parturiente e do bloqueio sensitivo (através da escala de Bromage modificada) (Sequeira, Pousa, & Amaral, 2020).

Esta técnica também proporciona maior perceção das contrações e da progressão fetal pelo canal de parto, sem dor associada, o que melhora a autonomia da parturiente no período expulsivo, o seu envolvimento e satisfação (Sequeira, Pousa, & Amaral, 2020).

A posição vertical durante o trabalho de parto favorece o fluxo uteroplacentário e, conseqüentemente, menor incidência de alterações nos padrões de frequência cardíaca fetal (Huang, Zang, Ren, Li, & Lu, 2019). A parturiente ventila mais eficazmente e as contrações uterinas tornam-se mais eficazes (pelo maior aporte sanguíneo à musculatura uterina e com a força da gravidade sobre o feto a seu favor) (Nené, Marques, & Batista, 2016).

Para além disso, com a bacia livre, a parturiente pode usar os movimentos intrínsecos (movimentos que acontecem entre os próprios ossos que compõem a bacia) e extrínsecos (movimentos da bacia em relação aos fémures e coluna vertebral), de forma a facilitar a progressão do feto pelo canal de parto (Nené, Marques, & Batista, 2016).

3.3.3 Assistir Na Identificação E No Uso De Estratégias Não Farmacológicas De Alívio Da Dor De Trabalho De Parto

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, apesar de recomendados na literatura, são um recurso pouco utilizado em Portugal (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2013).

Tal como referido anteriormente neste capítulo, apenas uma das parturientes assistida utilizou, no serviço, um destes métodos por conhecimento e iniciativa prévia sua. Apesar disso, foi avaliado o potencial de adquirir ou melhorar o conhecimento sobre estes métodos e, posteriormente, ensinado e instruído o seu uso, nomeadamente, sobre o uso da respiração, técnicas de distração, deambulação pelo corredor, uso da bola de pilates, massagem e aplicação de calor na região lombar e sacrada.

No que concerne ao uso da hidroterapia, foi ensinado sobre os benefícios e promovido o banho no chuveiro, durante o primeiro estadió do trabalho de parto. O uso da água quente promove o relaxamento, a sensação de conforto, a dilatação do colo uterino e melhora a perfusão uterina (Santos, et al., 2020; Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2013).

A gestão do ambiente físico, como apagar a luz ou diminuir o volume do cardiotocógrafo, também se constituiu uma intervenção do EEESMO, no sentido de promover o relaxamento e, conseqüentemente, facilitar o trabalho de parto.

3.3.4 Assistir No Parto Vs. Executar Técnica De Parto

Executar a técnica do parto e assistir na expulsão uterina da placenta (dequitação), são intervenções do EEESMO no segundo estadió do trabalho de parto.

Não obstante, assistir no parto envolve um conjunto de atividades que vão para além da técnica e de um conjunto de manobras. Inclui incentivar a parturiente; orientar o esforço expulsivo para o períneo anterior, nunca usando expressões como “*está a fazer mal*”. O EEESMO assiste a parturiente ao elogiar o esforço, transmitir confiança e coragem, dando reforço positivo - por exemplo, referindo que já se vê a cabeça do filho (habitualmente, as parturientes sorriam quando ouviam dizer que o filho tinha muito cabelo). Incentivar o repouso entre as contrações, promovendo um ambiente calmo, com o menor número possível de pessoas dentro da sala de parto são também atividades do EEESMO que concretizam esta intervenção.

Uma vez identificadas anormalidades no decorrer do trabalho de parto, cabe ao EEESMO reconhecer o limite da sua área de atuação e referenciar compromisso no trabalho de parto ou do estado do feto ao obstetra.

3.4 Promoção De Uma Experiência De Parto Positiva

Há intervenções que se destacam pela positiva na literatura, como eficazes na promoção de uma experiência de parto positiva e que foram sendo mencionadas neste relatório, tais como o cuidado com a privacidade da mulher, a participação do acompanhante durante todo o processo de cuidados e a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto (Apolinário, Rabelo, Gonçalves Wolf, Kissula, & Leal, 2016).

O incentivo do contato pele-a-pele da mãe e do recém-nascido e a assistência do EEESMO na amamentação durante a primeira hora de vida são intervenções que, entre outros benefícios, promovem esta positividade associada ao nascimento (Apolinário, Rabelo, Gonçalves Wolf, Kissula, & Leal, 2016).

Quanto mais a mulher sabe sobre o trabalho de parto, nomeadamente sobre como se dá a dilatação do colo uterino e o que a pode promover, sobre os métodos de controlo da dor, ingestão de alimentos/líquidos e sobre o posicionamento durante o trabalho de parto, com maior autonomia, empoderamento e satisfação se envolve no processo de decisão sobre os seus cuidados, pelo que Avaliar o conhecimento e Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento sobre o trabalho de parto são atividades diagnósticas pertinentes do EEESMO. Face ao diagnóstico de Potencial de melhorar conhecimento sobre o trabalho de parto, foi implementada a respetiva intervenção na dimensão do conhecimento, ensinar sobre trabalho de parto.

No entanto, para que se efetuasse qualquer intervenção no domínio do conhecimento, era necessário o reconhecimento desta necessidade por parte da parturiente. O mesmo é válido para a utilização das estratégias facilitadoras do trabalho de parto abordadas no subcapítulo anterior. Era necessário que a parturiente estivesse desperta para a existência destas estratégias, que compreendesse o seu efeito potencial sobre a evolução do trabalho de parto, portanto que estivesse consciencializada para esta relação causa-efeito, bem como que apresentasse capacidade para as executar, de forma a participar ativamente nos seus cuidados.

Este “*consciencializar para*” implicava que o EEESMO estabelecesse uma relação terapêutica de confiança, fosse capaz de descomplicar termos técnicos, mantendo um discurso adequado à literacia de cada parturiente e fosse claro a transmitir informação.

De igual modo, foi um foco de atenção do EEESMO o autoconceito da parturiente enquanto mulher capaz de parir um filho e a sua noção de autoeficácia na gestão da dor. Num momento da vida da mulher que é emocionalmente tao exigente, cabe ao EEESMO ter a capacidade de estabelecer uma comunicação centrada na vertente positiva, uma vez que o conteúdo e a forma do que é dito pode ser facilitador ou dificultador de todo o processo de cuidados e, inclusive, da evolução do trabalho de parto. Reconhecer a dor expressada, assistir e elogiar a parturiente a cada conquista na gestão da dor pelo uso de um ou mais métodos não farmacológicos promovem positivamente o conceito de autoeficácia da parturiente.

No sentido da promoção de uma experiência de parto positiva, os objetivos do cuidado do EEESMO passavam por: que a parturiente utilizasse padrões de adaptação positivos para manter um autoconceito positivo; que demonstrasse uma diminuição ou uma ansiedade mínima; que verbalizasse ou apresentasse sinais de alívio da dor; que o parto se desenrolasse com o mínimo de complicações e que o recém-nascido fosse saudável e que não tenha tido sofrimento fetal.

4. O Apoio À Parturiente, Durante O Trabalho De Parto, Face Ao Luto Perinatal: Revisão Integrativa Da Literatura

A realidade do nascimento é geralmente associada a uma série de sentimentos positivos, nomeadamente, felicidade e entusiasmo pela chegada de uma vida desejada. No entanto, no mesmo local onde se parabeniza um casal pela chegada de um filho, acontecem partos com um desfecho negativo, realidade esta para a qual muitos profissionais não estão preparados.

A assistência num parto que culmina com um nado morto em mãos afasta-se do que é a rotina de cuidados a que o EEESMO está, diariamente, habituado a executar, pelo que é notório o desconforto deste face a estas situações. Estes casais têm (senão maior necessidade) necessidades diferentes de cuidados, pelo que se torna pertinente compreender o que este exige do profissional que o acompanha.

O conceito de morte perinatal inclui o número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados-vivos com menos de 7 dias (Instituto Nacional de Estatística, 2019; Queensland Clinical Guidelines, 2018; Perinatal Services BC, 2017). Em Portugal, no ano de 2018, a taxa de mortalidade perinatal foi de 4,2% (Instituto Nacional de Estatística, 2019).

Deste modo, em serviços hospitalares nos quais se verifica diariamente o nascimento e constatação da vida, observa-se, também, a dor da mulher/casal face ao feto ou nado morto. Vários autores afirmam que a morte perinatal é pouco reconhecida socialmente, e que encerra em si um processo de luto ainda mal compreendido (Badenhorst, 2007) (Martínez-Serrano, Palmar-Santos, Solís-Munoz, Álvarez-Plaza, & Pedraz-Marcos, 2018).

O Ensino clínico no núcleo de partos do CMIN proporcionou o contacto com um casal cuja gravidez, às 37 semanas, culminou na morte fetal. O diagnóstico ocorreu após uma ida ao serviço de urgência por ausência de perceção de movimentos fetais há 24 horas.

Após ter realizado ecografia, receberam a notícia, através da obstetra do desfecho neonatal e foi-lhe explicado que se seguiria uma indução de trabalho de parto.

O serviço, sendo possuidor de 7 salas de parto, reserva a sala 7, a primeira do corredor, para situações tais como abortamentos, interrupções médicas da gravidez por malformações fetais e induções de trabalho de parto após morte fetal. Apesar da situação de pandemia atual e das restrições de visitas e acompanhantes nos diversos serviços que daí advém, a

morte perinatal é uma exceção, sendo permitido a presença do pai durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato. No entanto, o pai não quis estar presente durante o período expulsivo e foi respeitada a sua vontade. Foi tentado um equilíbrio entre o proporcionar privacidade ao casal e o estar presente, proporcionando-se espaço para a criação de uma relação terapêutica.

Ainda durante o trabalho de parto o casal foi questionado acerca da sua vontade em ver o filho. O pai disse imediatamente que não, a mãe que sim e, após perceberem a discórdia, questionaram o EEESMO: “O que é que os outros casais nestas situações costumam querer?” (sic), procurando uma orientação. Foi-lhes respondido que cada pessoa lida com a dor de uma forma própria e que o que poderá ser bom para outro casal poderia não ser o melhor para eles, pelo que não se podia influenciar esta decisão. De seguida, foi-lhes proporcionada privacidade para falarem sobre o assunto: ambos decidiram não ver. Assim, a expulsão do nado morto foi efetuada de forma a que a mãe não conseguisse ver o corpo, embrulhado num lençol e removido para outra sala para ser pesado, medido e feita a colheita de pele para anatomia patológica.

Após o parto, houve uma mudança de ideias pela mãe, que retomou a vontade de ver o filho. Deste modo, o pai ausentou-se da sala e o nado foi trazido à mãe, que reagiu com choro, segurou-o no colo, acarinhou-lhe a face e após alguns minutos devolveu-o ao colo da enfermeira. Após o filho do casal ter sido retirado novamente da sala, foi chamado o pai de volta. Após o puerpério imediato, a puérpera foi transferida para o internamento de grávidas de risco, no sentido de não haver choro de recém-nascidos audível.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem De Saúde Materna, Obstétrica E Ginecológica (Ordem dos Enfermeiros, 2010) reconhecem que o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica é responsável pelo diagnóstico diferencial de vários focos de atenção e, entre eles, o luto perinatal.

São descritos na literatura a vivência de sentimentos pelos pais enlutados tais como o choque, a raiva, sensação de vazio, angústia e solidão (Flenady, 2014). Para além disso, este processo é complexo, não apenas para os pais enlutados, como também para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que também lidam com a vida/morte e, frequentemente, referem desconforto e preocupação quando cuidam de famílias que experienciam a morte perinatal (Steen, 2015).

Tendo em conta o caso apresentado e o impacto descrito na literatura que representa esta perda em pleno período de transição para a parentalidade, torna-se pertinente a procura de evidência e a reflexão acerca da melhor assistência à mulher que vivencia a perda.

4.1 Método

Para a realização do presente relatório e no sentido de dar resposta à questão de investigação colocada, optou-se por uma revisão integrativa da literatura, pois trata-se de um método de pesquisa que permite “*a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto*” (Mendes, 2008, p. 759), a integração das evidências na prática clínica (Sousa, 2017) e, ao contribuir para a qualidade dos cuidados prestados, concebe, de igual modo, visibilidade à profissão de enfermagem (Sousa, 2017). Para além disso, caso se trate de um tema ainda pouco estudado, este método possibilita identificar lacunas do conhecimento, dando espaço à realização de novos estudos (Mendes, 2008).

4.2 Formulação Da Pergunta De Investigação

A elaboração de uma pergunta de investigação é a primeira etapa da metodologia e aquela que norteia todo o processo subsequente (Mendes, 2008).

A questão de investigação delineada face aos objetivos propostos apresenta-se seguidamente: Quais as intervenções do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto, face à morte perinatal, e a sua influência no processo de luto da mulher?

4.3 Descritores Chave Para A Pesquisa

Após a formulação da pergunta, a etapa seguinte incluiu a pesquisa na base de dados. Para tal, foram determinados termos e as palavras-chave mais utilizados pelos diversos autores e que abordam o assunto em questão - os Medical Subject Headings (MeSH). Estes termos são criados pela National Library of Medicine, com termos relacionados a doenças, farmacologia, anatomia e conceitos fisiológicos (Vieira, Pesquisa Científica em Enfermagem: Guia Prático, 2013).

Os descritores abaixo citados foram os encontrados online em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>

perinatal death

grief

perinatal loss

mourning

perinatal mortality

Bereavement

birth

Mother

labour

Women

childbirth

Midwives

parturition

Nursing care

delivering

Nursing interventions

suffering

4.4 Frase Boleana

A seguinte frase booleana foi inserida a 13/10/2020 no agregador de bases de dados EBSCOHost web, que inclui, entre outras, bases como a CINAHL Complete, MEDLINE e a Nursing Reference center:

(suffering OR grief OR mourning OR bereavement) AND (birth OR labour OR childbirth OR parturition OR delivering) AND ("perinatal death" OR "perinatal loss" OR "Perinatal mortality") AND (midwives OR nursing care OR nursing interventions) AND (women OR mother)

4.5 Fluxograma

Da pesquisa efetuada resultaram 44 artigos, cujo processo de escolha para análise se encontra seguidamente apresentado.

Na escolha dos artigos, após a leitura do título e resumo, foram selecionados os que descreviam a vivência das mulheres e/ou dos casais face à perda perinatal, os que incluíam descrição dos cuidados recebidos e percepção do seu impacto no imediato e/ou a longo prazo no processo de luto.

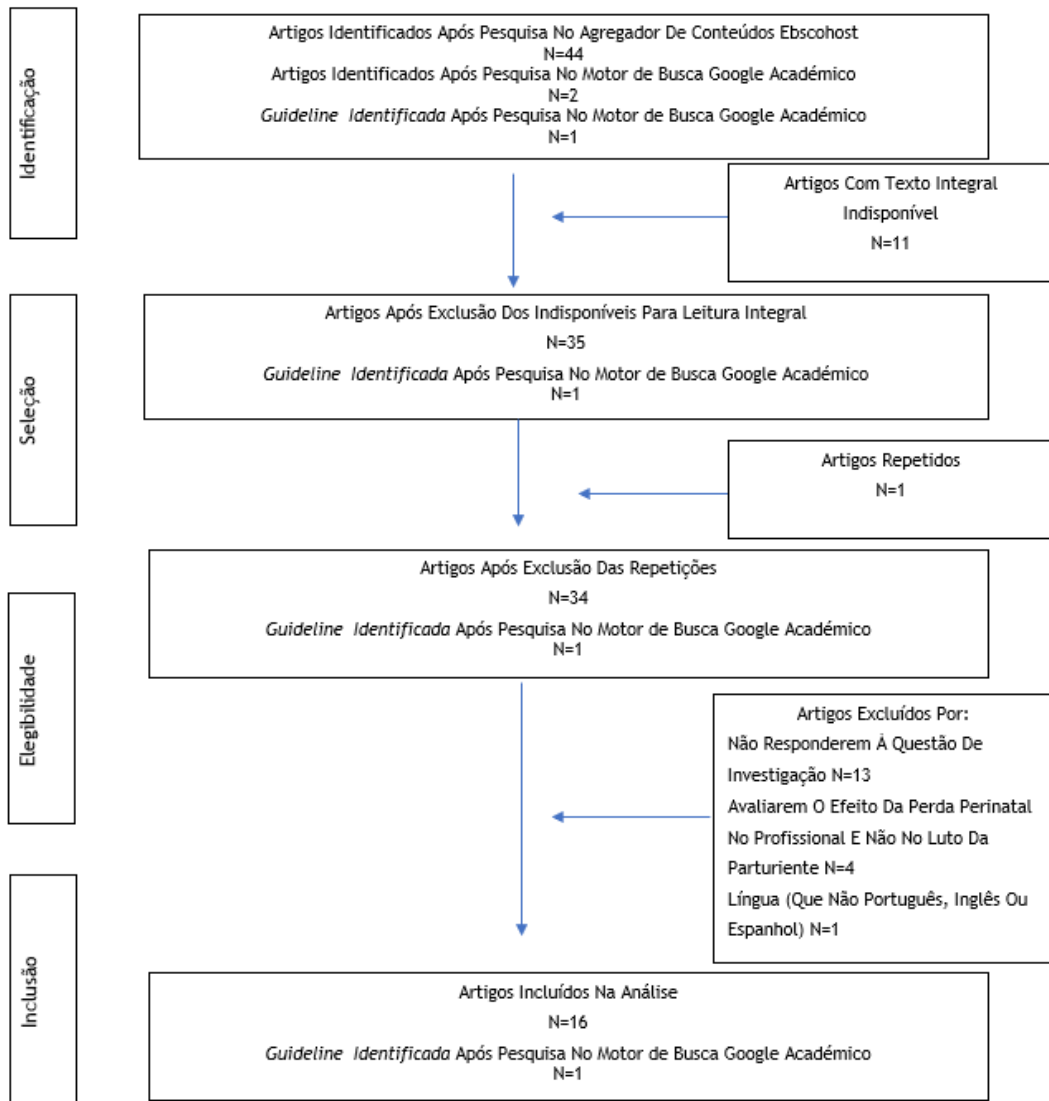
Uma vez que o CMIN é um centro de referência que frequentemente recebe mulheres de nacionalidades variadas, um artigo sobre a vivência desta perda por mulheres providas de países em desenvolvimento e de outras etnias não foi excluído, por se considerar relevante compreender diferenças culturais na vivência do evento para se adequar o cuidado prestado, apesar de, na leitura do resumo, não responder à questão de investigação.

Foram excluídos aqueles que apresentavam um entrave linguístico, os que apresentavam a vivência da perspectiva dos profissionais de saúde ou alunos de enfermagem e os que não respondiam à questão de investigação nem traziam informação que contribuísse para lhe responder.

Não foi colocado um limite temporal na pesquisa.

Terminada a pesquisa no agregador EBSCOhost web foram encontrados no motor de busca google académico e incluídos nos resultados, a *guideline* de morte perinatal de *Queensland*, tal como mais dois artigos sobre o tema, após leitura dos respetivos resumos.

Figura 1- Fluxograma de Seleção dos Artigos



4.6 Análise Dos Artigos

Com a tabela seguinte pretende-se apresentar os principais resultados e conclusões de cada artigo analisado, considerados de utilidade para a elaboração da resposta à questão de investigação.

Quadro 1 - Análise dos Artigos

Nome do Artigo/Autores/Ano/País	Objetivos	Metodologia/Nível de Evidência	Resultados/Conclusões
<p>A qualitative study exploring the experiences of bereavement after stillbirth in pakistani, bangladeshi and white british mothers living in luton, UK</p> <p>Rebecca Garcia, Nasreen Ali, Malcolm Griffiths, Gurch Randhawa 2020 Inglaterra</p>	<p>Explorar a experiência de luto perante a morte perinatal das mães paquitanesas, bengalesas e britânicas habitantes numa cidade inglesa.</p>	<p>Estudo qualitativo; Uma amostra de 6 mulheres do Paquistão, Bangladesh e Inglaterra, com mais de 16 anos (no momento do parto), que sofreram aborto nos 6-24 meses precedentes e que residiam numa determinada área na cidade de Luton foram entrevistadas para colheita de dados; A transcrição e análise das mesmas permitiu a identificação de alguns aspetos chave.</p> <p>Nível de Evidência: 6 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)</p>	<p>Em relação ao conhecimento e informação sobre a gravidez e a mortalidade perinatal: revelando bastantes semelhanças entre grupos étnicos, todas as mulheres revelaram ter recebido informação limitada sobre a morte perinatal e complicações durante a gravidez, fazendo com que se sentissem pouco preparadas para eventos adversos que pudessem ocorrer;</p> <p>No que diz respeito a atitudes e perceção da gravidez e mortalidade perinatal: todas as mulheres referiram sentir ansiedade durante o processo de luto, inicialmente no momento em que descobrem que algo não está a correr como esperado, no momento em que descobrem que houve morte fetal e, posteriormente, quando pensam em gravidezes futuras; todas as mulheres referem que o processo de luto é tanto mais custoso quanto mais avançada se encontra a gravidez.</p> <p>A perceção de se sentirem um fardo para os outros foi também referida por todas as mulheres, sobretudo perante os profissionais de saúde. Duas mães também referiram ter sentido medo de serem julgadas negativamente pelos profissionais de saúde por apresentarem questões óbvias.</p> <p>Quanto às experiências com os cuidados de saúde: todas as mulheres descreveram os cuidados que receberam durante a gravidez como “bons” ou “muito bons”. Os profissionais foram descritos como próximos, amigáveis e disponíveis para prestar apoio. As principais experiências negativas relacionaram-se com a fraca comunicação com os pais, induzindo o stress durante o processo. Uma mulher bengalesa especifica o facto de não lhe ter sido comunicado o aspeto que o feto iria apresentar após o parto. O contacto com outras mulheres que aguardariam o parto de um bebé vivo trouxe ansiedade e tristeza em todas as situações. Algumas mães consideraram o apoio durante o luto demasiado precoce, sem relação étnica e outras consideraram-no específico e apropriado. Todas as mulheres referiram a necessidade de mostrarem força perante os restantes membros da família e explicaram a dificuldade em trocar experiências e conversar com pessoas a viver o mesmo processo.</p> <p>A maioria dos resultados demonstra semelhanças na experiência de luto, independentemente da etnia das mulheres. Este estudo alerta para a necessidade de compreender que a mãe desempenha um papel central na família após vivenciar um aborto e para o reforço na transmissão de informação</p>

			sobre procedimentos diagnósticos antes ou após a morte, promovendo a literacia da mulher para a temática.
Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study Marcos Camacho-Ávila, Cayetano Fernández-Sola, Francisca Rosa Jiménez-Lopéz, José Granero-Molina, Isabel María Fernández-Medina, Laura Martínez-Artero e José Manuel Hernández-Padilla 2019 Espanha	Descrever e compreender as experiências e perceções dos pais que sofreram morte perinatal	Estudo qualitativo baseado na fenomenologia hermenêutica de Gadamer; Foram realizadas entrevistas seguidas de análise indutiva para encontrar temas baseados nos dados. Nível de Evidência: 6 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)	Oito subtemas emergiram, que foram agrupados em três temas principais: Perceção da ameaça e antecipação da morte (“Algo está errado com a minha gravidez”), que engloba os seguintes subtemas: - “Isto pode correr mal”. Historial médico como ameaça e fonte de incerteza; - Antecipação da morte. De suspeita a confirmação. Explosão emocional: o choque de perder o bebé e a dor de dar à luz um nado-morto: - Choque emocional aquando da comunicação da morte do bebé; - Dar à luz um nado-morto: um trabalho de parto duplamente doloroso para a família; - Solidão e falta de informação como fatores agravantes na dor da perda. “Tivemos um bebé”: a necessidade de dar uma identidade ao bebé e legitimidade ao luto: - Despedir-se do bebé, ficar com uma pegada do mesmo, manter a sua memória viva; - Rituais de luto. A importância de respeitar as crenças individuais; - Burocracia e linguagem administrativa são obstáculos ao processo de luto
The experience of mothers and fathers in cases of stillbirth in Spain. A qualitative study Paloma Martínez-Serrano Azucena Pedraz-Marcos Montserrat Solís-Muñoz Ana María Palmar-Santos 2019 Espanha	Explorar a experiência tanto das mães como dos pais no que toca aos cuidados durante o parto em caso de morte fetal.	Um estudo qualitativo fenomenológico, através de entrevistas semiestruturadas para a colheita de dados. Estas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente. A amostra incluiu onze pais e mães acima dos 18 anos que atravessavam gravidezes de baixo risco e cujo tempo desde a perda não fosse superior a 18 meses. Análise do discurso das entrevistas e codificação em temáticas. Nível de Evidência: 6 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)	Foram identificadas quatro principais categorias: 1) a negação do luto, 2) o paradoxo entre a vida e a morte, 3) culpa e 4) avançar e ultrapassar a perda. Os pais manifestaram falta de reconhecimento da sua perda e da parentalidade. Ainda que o enfermeiro seja visto como o profissional mais valorizado, nem todas as experiências foram positivas e os pais referiram preferiam ser acompanhados por profissionais treinados e com boas competências de comunicação. Referiram também que as barreiras logísticas intra-hospitalares complicaram o processo assim como os partos após morte fetal eram realizados no mesmo local daqueles em condições saudáveis. Um dos principais fatores que causa falta de acompanhamento no luto perinatal relaciona-se com o facto de ser socialmente pouco abordado e pouco compreendido pelos profissionais de saúde e que o estigma associado se relaciona com as expectativas altas relativas aos cuidados de saúde, resultando em sentimentos de culpa dos pais ou dos membros do seu meio social. O ato de integrar um aborto na sua vida social é vista igualmente como parte do processo de tudo, havendo necessidade de ajuste dos papéis de maternidade e paternidade, perante uma criança que não sobreviveu. Ao longo deste processo os pais referiram a inexistência de um acompanhamento adequado, reforçando a necessidade de investimento de prestar cuidados durante este processo, não só direcionados aos pais como também à restante família. Estudos

			<p>recentes apontam também para a importância do estabelecimento de uma comunicação dos profissionais com os pais, melhorando o suporte prestado.</p> <p>A necessidade do homem em proteger a mulher manifesta-se frequentemente numa menor expressão de sentimentos durante o luto.</p> <p>A sensibilidade e atitude empática dos profissionais são consideradas experiências positivas, em que os pais reconhecem os seus papéis de maternidade e paternidade e o respeito no tratamento da criança, tal como com qualquer outra.</p> <p>A escolha do momento para a indução do parto deve ser gerida conforme a disponibilidade e preparação do casal e não as rotinas institucionais.</p> <p>Todos os entrevistados referiram que os profissionais de saúde foram essenciais nos momentos de choque e tomada de decisão.</p> <p>Qualquer gravidez futura é vista com medo, ansiedade e ceticismo.</p> <p>Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de promover o reconhecimento social e institucional dos casais que vivenciam a morte perinatal, reconhecendo as necessidades de ambos os pais. Há necessidade de desenvolver uma linha de treino e acompanhamento durante as diversas fases do processo: diagnóstico, parto, hospitalização, follow-up e gravidezes subsequentes. Isto deverá ter implicações na gestão do sistema de saúde, não só no treino dos profissionais de saúde mas também na organização de estruturas e espaço dedicados aos cuidados neste processo. O maior conhecimento dos pais sobre a temática permite o planeamento de cuidados com qualidade. A menor participação dos pais no estudo sugere uma maior investigação da perspetiva deste género na vivência do luto.</p>
Vivencia Del Cuidado De Enfermería En Un Proceso De Duelo Luzmila Hernández Sampayo 2019 Espanha	Analisar a experiência de cuidado de uma enfermeira a uma parturiente que sofreu uma morte perinatal	<p>Estudo de caso, no qual se analisa a assistência de enfermagem através da teoria do cuidado de Kristen Swanson e padrões de conhecimento de Bárbara Carper</p> <p>Nível de Evidência: 6 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)</p>	<p>A autora propõe que o cuidado deve incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conhecer a parturiente, os seus significados, crenças e expectativas Estar presente/disponível/dar apoio Reconhecer a realidade do outro Antecipar as necessidades Demonstrar habilidades e competência no cuidado Demonstrar respeito Explicar/Informar sobre o processo de cuidados Se a pessoa é crente numa religião, usar a fé para manter a esperança <p>A conclusão da autora foi de encontro à necessidade dos profissionais terem formação específica sobre o luto perinatal.</p>
Support and follow up needs of parents after pregnancy loss, stillbirth and neonatal death:	Apresentar recomendações, face à perda gestacional e	Revisão da Literatura de estudos escritos em inglês, sem limite de data, sobre perda gestacional desde as	<p>A perda de um filho que ainda não nasceu ou no momento do parto é uma perda prospectiva - representa a perda de um futuro desejado e imaginado;</p> <p>Foi identificado que a perda de um filho tem o potencial de ser a experiência mais traumática que um adulto pode experienciar na vida;</p>

<p>Recommendations for practice Julie Jones 2019 Londres</p>	<p>morte perinatal, para a prática do EEESMO</p>	<p>16 semanas de gestação até aos 28 dias de vida do neonato (morte perinatal)</p> <p>Nível de Evidência: 5 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)</p>	<p>As decisões dos pais durante o processo da perda, no que se refere a ver o filho, guardar memórias ou à cerimónia fúnebre, podem sofrer mudanças, uma vez que os mesmos consideraram ser difícil pensar com clareza acerca de procedimentos e burocracias que não imaginavam que existiam pelo que quem os assiste deve informá-los durante todo o processo com empatia e cuidado; É importante, para o EEESMO, reconhecer que os indivíduos lidam com a dor da perda de diferentes formas, mesmo dentro da mesma cultura ou família; O Pai e a mãe lidam com a perda de forma diferente e o EEESMO deve reconhecer essas diferenças de modo a facilitar o seu processo de luto. Não foi encontrado consenso na literatura sobre se é ou não benéfico os pais verem o filho. No entanto, o autor considerou que os pais têm mais receio de se esquecerem do filho do que se recordarem de como o viram. A literatura recomenda que o EEESMO não deve influenciar esta escolha. Foi reconhecido que o luto pode ser ajudado através de cuidado apropriado, da mesma forma que pode ser dificultado por má assistência (associado a comentários insensíveis por parte dos profissionais). Um EEESMO mal preparado pode demonstrar expressões faciais de choque face às características do nado morto, sendo que tal é descrito como algo que aumenta o stress da família; O autor recomenda para a prática: Que exista um EEESMO especializado em luto perinatal em cada hospital Deve ser oferecido aos pais o contacto deste EEESMO, encorajando-os a contactar A existência de uma consulta follow-up às 6-8 semanas e aos 4-6 meses. Pais que engravidam novamente devem ser cuidados pelo EEESMO especializado em luto perinatal que os assistiu na perda anterior.</p>
<p>Application of Caring Theory to Nursing Care of Women Experiencing Stillbirth Natasha Nurse-Clarke Barbara DiCicco-Bloom Rana Limbo 2019 Holanda</p>	<p>Determinar até que ponto as EEESMO usaram os princípios da teoria de médio alcance de Swanson para cuidar de mulheres que sofreram uma morte perinatal</p>	<p>Uma análise secundária de dados provenientes de entrevistas com 20 EEESMO usando o método de análise de conteúdo dirigida. Foram usados os cinco processos de cuidado descritos na teoria de Swanson foram usados como códigos a priori para conduzir a análise.</p> <p>Nível de Evidência: 6</p>	<p>A aplicação da teoria de cuidado de Swanson no cuidado às mulheres que sofrem uma morte perinatal pode fornecer uma abordagem clínica muito necessária, com muito potencial de influenciar e melhorar os cuidados de enfermagem num momento tão vulnerável.</p> <p>O Saber: Esta dimensão do cuidar inclui evitar preconceitos, o cuidado específico àquele indivíduo, envolvendo-se e avaliando minuciosamente, com o intuito de conhecer os significados atribuídos ao evento; O Estar Com: <i>Significa estar disponível e proporcionar, inclusive, tempo “extra” a estes cuidados.</i> Fazer Por:</p>

		(Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)	<p>Proteger e preservar a dignidade destas mulheres, encorajando-as a escolher um nome, se ainda não o fizeram, por exemplo. Dar apoio enquanto os pais seguram o nado morto e dar informação, no regresso a casa, sobre grupos de suporte para pais enlutados.</p> <p>Possibilitar: Providenciar informação de forma faseada, de forma a dar tempo ao casal para se ajustar ao evento. Explicar o que se estava a passar em determinados momentos e o que esperar de seguida. Informar sobre possíveis momentos em que se ausente e quem a fica a substituir nos cuidados promove a confiança nos cuidados.</p> <p>Manter a Esperança: Frequentemente as mulheres verbalizavam crer que não chegaram ao hospital a tempo ou que deveriam ter percebido que algo não estava bem com o filho, Manter a esperança envolve o desmistificar de sentimentos de culpa da mãe associados à morte do filho.</p> <p>As enfermeiras têm ações terapêuticas que facilitam o processo de luto e sofrimento das mulheres que vivem uma morte perinatal, nomeadamente proporcionando a hipótese de conhecerem e pegarem no colo o seu filho, tirarem fotografias ou guardar lembranças.</p>
All bereaved parents are entitled to good care after stillbirth: a mixed-methods multicentre study (INSIGHT) D Siassakos S Jackon K Gleeson C Chebsey A Ellis C Storey 2017 Inglaterra	Compreender os desafios na assistência aos pais que experienciam morte perinatal	<p>Estudo de casos; efetuadas entrevistas semiestruturadas em 3 maternidades a 21 mulheres, 14 homens e 22 profissionais (que experienciaram uma morte perinatal), realizadas durante o ano de 2013.</p> <p>Nível de Evidência: 6 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)</p>	<p>Os autores observaram que os cuidados a estes pais variam excessivamente e devem ser estruturados.</p> <p>Após o diagnóstico de morte perinatal, a situação continua emergente para os pais, que percecionam que nem sempre é encarada do mesmo modo pelos profissionais de saúde.</p> <p>Deve existir um quarto privado disponível para se dar a notícia e os pais poderem ficar algum tempo depois. Este espaço deve proporcionar privacidade e não abandono.</p> <p>Os pais mostraram-se descontentes por não terem a opção de escolha por cesariana.</p> <p>Os autores recomendam que os profissionais de saúde devem saber reconhecer as diferentes manifestações de dor pela perda e terem treino estruturado na gestão destas reações.</p> <p>Os pais devem ser mantidos informados sobre as etapas do processo</p> <p>Deve ser demonstrada empatia pela perda</p> <p>O cuidado one-to-one é ideal (1 enfermeiro para 1 casal).</p>
Life after death: The bereavement midwife's role in later pregnancies	Perceber a importância e relevância do	<p>Estudo de caso</p> <p>Nível de Evidência: 6</p>	<p>A intervenção das <i>midwives</i> foi reconhecida como relevante para as mulheres que passaram por um processo de luto perinatal, e que planeiam uma gravidez futura (ou em que a mesma está confirmada), quer através da ligação que</p>

<p>Alison Power Tracy Rea Sharon Fenton 2017</p>	<p>seguimento da <i>midwife</i>, numa gravidez posterior a um processo de luto perinatal que a mesma acompanhou anteriormente</p>	<p>(Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)</p>	<p>formam uma com a outra (na qual há uma constante partilha de emoções, onde a linguagem não verbal da grávida e a linguagem técnica e terminologia da <i>midwife</i> assumem um papel preponderante) quer através de grupos de apoio (no artigo é focado o “<i>Butterfly Group</i>”), cuja finalidade é a partilha de experiências e sentimentos por mulheres que passaram por situações semelhantes, formando até amizades que estendem para lá do grupo</p>
<p>Empty Arms: Supporting bereaved mothers during the immediate postnatal period Denise McGuinness, Dr Barbara Coughlan, Sheila Power 2014</p>	<p>Explorar os cuidados pós-natais relacionados com as necessidades físicas e emocionais da mulher, no contexto de nado-morto.</p>	<p>Análise de um estudo com 15 mulheres “enlutadas” (McGuinness, 2013). Nível de Evidência: 6 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)</p>	<p>As <i>midwives</i> podem assistir os pais a criar memórias: praticar o “<i>assumptive bonding</i>” (Cacciatore, 2010), no qual o nado-morto é colocado nos braços da mãe pela <i>midwife</i>, de uma forma sensível e com compaixão. Está relatado com sendo uma experiência positiva e facilitadora do processo de luto. Assistir os pais em pequenos rituais que possam ajudar no processo de luto, sempre sendo culturalmente sensível: ter uma fotografia como recordação, ou em família ou das mãos ou pés do bebé, providenciar uma porção de cabelo do bebé, ou uma recordação videográfica do mesmo.</p>
<p>Perinatal Loss and Process of Recovery Lucia Mazúchová, Simona Kelčíková Lenka Žalúdková 2014 Slovakia</p>	<p>Determinar as relações entre perda perinatal e o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica; identificar as diferenças nas manifestações desadaptativas de luto em mulheres (as que experienciam um aborto espontâneo, passam por um parto de um nado morto, ou vivenciam a morte de um filho num pós-parto inicial). Em seguida, o objetivo foi conhecer a experiência das mulheres com os cuidados de saúde prestados após a perda perinatal.</p>	<p>Participaram deste estudo 108 mulheres com diagnóstico de perda perinatal. Os dados foram coletados por meio de um questionário. Foi utilizada estatística descritiva para avaliar os resultados (percentagem, média aritmética e desvio padrão). A comparação de grupos (mulheres que sofreram abortamento, morte fetal ou morte nos primeiros dias de puerpério) do ponto de vista dos sinais patológicos de luto foi verificada pelo teste post hoc de Sheff e teste ANOVA. X Nível de Evidência: 4 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)</p>	<p>As mulheres com diagnóstico de morte perinatal passam por um processo de adaptação e luto, necessitando de cuidados e atenção específicas. As autoras verificaram que existe uma ligação entre a perda perinatal e o risco de desenvolver sintomatologia psicopatológica. As respostas mais frequentes, consideradas traumáticas, foram: desesperança, desespero, pensamentos prolongados de suicídio, raiva. Ao comparar as mulheres que vivenciaram um abortamento espontâneo com as que vivenciaram a morte do filho no início do período pós-parto, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Quanto mais longo o período desde a perda, menos sintomas de tristeza patológica foram registados. A abordagem específica para essas mulheres fornecida por parteiras é necessária na adaptação ao processo de luto saudável. A pesquisa revela que os profissionais de saúde prestam mais atenção ao cuidado somático e orgânico do que às necessidades psicológicas da mulher ao fornecer cuidados de saúde. No processo de adaptação e no processo de luto saudável, é necessário manter a abordagem específica e individual da mulher também por parte das parteiras. As intervenções das <i>midwives</i>, para além do cuidado ao corpo, devem incidir no apoio emocional, social, espiritual e responder às necessidades de informação.</p>

<p>Support for mothers, fathers and families after perinatal death Laura koopmans Trish Wilson Joanne Cacciatore Vicki Flenady 2013 Australia</p>	<p>Conhecer o efeito de qualquer das formas de intervenção em pais e famílias que experienciaram morte perinatal.</p>	<p>Revisão da literatura na Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (a 28 de janeiro de 2013), sendo usado como critério de seleção: ensaios randomizados sobre o encorajamento da aceitação da perda, luto, aconselhamento ou psicoterapia especializada para pais e famílias que experienciaram morte perinatal.</p> <p>Nível de Evidência: 1 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)</p>	<p>É cada vez mais aceite pelo mundo um cuidado empático, sensitivo e integrado num ambiente de estratégias de caráter emocional, que seja de maior suporte aos pais, mães e respetivas famílias, naquilo que é a experiência da morte perinatal.</p> <p>O autor conclui que existe ainda falta de estudos com qualidade e rigor metodológicos e que os existentes têm uma amostra demasiado pequena para comprovar a eficácia e benefícios deste tipo de intervenções. Contudo, estudos descritivos de algumas estratégias conseguem demonstrar a eficácia de certas técnicas (como o segurar o nado morto, desde que acompanhado por uma equipa devidamente preparada com as ferramentas de apoio emocional). Alguns dos dados recolhidos por esta revisão apontam que as que vêm e seguram o filho são mais propícias a sofrer de ansiedade e de sintomas de SPT após 1 ano, comparativamente às que não o fizeram. AS mulheres que optam por segurar no bebé sentem-se 4 vezes mais incentivadas e seguras a tal, quando têm grande apoio da equipa de saúde.</p> <p>Estima-se que aproximadamente 1 em cada 5 dos pais sofrem de intenso e prolongado processo de luto após a morte do bebé. Tais números não são inesperados uma vez que a morte perinatal é um dos eventos mais devastadores que pode ocorrer na vida adulta e que pode acoplar processos de depressão, ansiedade, síndrome de stress pós-traumático (SPT). Destas doenças mentais, sejam elas agudas ou crónicas, destaca-se a SPT, uma vez que as mulheres que passaram pela morte perinatal preenchem 20% mais os requisitos desta síndrome em comparação à população geral.</p> <p>Verifica-se ainda que a morte do feto aumenta o risco de divórcio do casal, uma vez que provoca o desequilíbrio emocional individual e na dinâmica do par. No caso de deteção de anomalias ou de morte intrauterina, é normalmente apresentado informações de interrupção da gravidez.</p> <p>Após o parto, a sedação é uma “solução” excessivamente prescrita para o alívio da dor após a perda perinatal (cerca de 48.5% das mulheres). Contudo, a evidência apoia a utilização de métodos não farmacológicos para este controlo. Um estudo de caso controlo demonstrou que os pais procuravam a maior parte da informação sobre a morte perinatal e como processar o luto em fontes online, desde blogues de outros pais a websites governamentais.</p> <p>O apoio familiar, social e da equipa de profissionais de saúde parece fazer diminuir ainda os níveis de ansiedade e depressão em períodos até aos 15 anos após o momento da perda do bebé.</p> <p>O autor conclui e reforça que existe uma grande dificuldade em encontrar forte evidencia científica (com o devido rigor metodológico) em comparação com a abundante informação empírica disponível (estudos descritivos) e, como tal,</p>
---	---	---	---

			torna-se difícil criar <i>guidelines</i> ou pontos em comum para os profissionais de saúde agirem sob estes contextos.
When a baby dies: Motherhood, psychosocial care and negative affect Ewa Nordlund Astrid Börjesson Joanne Cacciatore Carissa Pappas Ingrid Randers Ingela Rådestad 2012 Suécia	Explorar as experiências das mães que sofreram morte perinatal e as suas interações com os profissionais de saúde	Aplicado questionário online no website Swedish National Infant Foundation, com o ponto de partida na pergunta “Do you currently feel sad, hurt or angry for something health professionals did in connection to the birth of your baby?”, entre 2008 e 2010. A amostra incluiu 213 mulheres que experienciaram morte in útero após as 22 semanas de gestação. Nível de Evidência: 6 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)	As autoras identificaram sentimentos de tristeza associados a pouco suporte sentido pelas parturientes por parte dos profissionais, particularmente relacionados com o tempo de interação com o filho; sentimentos de desapontamento associado ao não reconhecimento do seu papel de mãe; revolta em resposta à indiferença pela sua perda e mágoa face ao sentimento de abandono. As autoras recomendam: Tratar o nado morto de igual forma a que tratariam o nado vivo; Evitar abordar assuntos triviais junto dos pais Evitar abordar burocracias associadas ao processo logo após o nascimento; Não tratar o filho por feto ou aborto; Não apressar a despedida; Evitar colocar as parturientes perto de onde consigam ouvir o choro de outros recém-nascidos; Promover uma comunicação empática; Auxiliar os casais a recolherem memórias, tais como fotografias ou uma mecha de cabelo, quando apropriado; Reconhecer e validar estas mulheres como mães deste filho; Afirmam que profissionais especializados demonstram mais competências para cuidar destas parturientes.
Parenting a lone twin: When one twin dies Kelly L. Grady 2012 Boston	Descrever as experiências de pais que passaram pela morte perinatal de um dos gémeos; de que forma a dor envolvida na perda influenciou o desempenho do papel parental do gémeo sobrevivente; identificar as estratégias de coping utilizadas por estes pais; como é que as emoções vividas na experiência os afetaram; e, por fim,	Estudo qualitativo descritivo após entrevistas a 8 mães e 1 pai que vivenciaram a morte perinatal de um dos gémeos. Nível de Evidência: 6 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)	A morte de um filho é um fenómeno rodeado de complexas camadas de perda e não se identifica apenas um modelo teórico que o explique; A partilha de histórias entre casais que passaram pela mesma experiência revela-se significativo; O cuidado prestado aos pais deve ser personalizado; É relevante para os enfermeiros adquirirem competências de comunicação.

	identificar a forma como os enfermeiros que prestam assistência perinatal e familiar podem providenciar um cuidado mais significativo e sensível.		
Helping a woman meet her stillborn baby while it is soft and warm Ingela Radestad Line Christoffersen 2008 Noruega	Elencar as dúvidas, receios, arrependimentos e opiniões dos pais, quando se deparam com o seu bebê nado-morto.	Estudo fenomenológico, realizado através de entrevistas, com durações compreendidas entre uma e três horas, a 20 famílias, sendo que mãe e pai foram entrevistados separadamente. Os participantes tinham idades compreendidas entre 20 e 45 anos, sendo a idade gestacional entre 26 a 42 semanas Nível de Evidência: 6 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)	Os pais sentem que precisam de saber de antemão que o nado-morto irá ser tratado com o mesmo respeito e cuidado que um bebê vivo; Antes do nascimento (baseado na experiência dos profissionais de saúde), os pais precisam de saber como será a aparência do bebê; Os pais precisam de aconselhamento quanto ao que fazer imediatamente a seguir ao nascimento do bebê, como por exemplo tirar fotografias ou ver e pegar no bebê. Os pais muitas vezes preferem saber o que outros pais fizeram na mesma situação, ou consideraram importante naquele momento, do que simplesmente ser-lhes perguntado o que gostariam de fazer, ou ser-lhes dito o que fazer. O tempo imediatamente após o nascimento do nado-morto, quando o bebê ainda está macio e quente, pode ser visto como uma situação aguda e muito sensível, na qual a <i>midwife</i> tem um papel preponderante. Estar em sintonia com os pais e atender às necessidades específicas dos mesmos permite associar o bebê nado-morto a memórias menos dolorosas e a alguns aspetos positivos, no meio de um momento tão difícil. É um tempo que nunca se poderá recuperar, no qual o choque se apodera dos pais, o que provoca incapacidade de tomar iniciativa. A mãe e o pai precisam de orientação e aconselhamento quando são apresentados e se despedem do seu bebê, e esse é uma intervenção da <i>midwife</i> .
Complicated Grief after Perinatal Loss Anette Kersting Brigit Wagner 2012 Alemanha	Identificar quais os fatores de risco para o desenvolvimento de reações de luto complicado; Conhecer quais os sinais de luto complicado; Conhecer de que forma pais e mães reagem à perda;	Revisão Sistemática de ensaios clínicos randomizados Nível de Evidência: 1 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)	A perda perinatal tem impacto na mãe, pai e na relação conjugal (culpa, isolamento social, baixa autoestima, inveja de outras crianças); Existe um número significativo de mulheres com sinais de luto patológico anos após a perda (Stress pós-traumático, depressão, ansiedade e perturbações do sono); Foram identificados os fatores de risco para o luto complicado (ausência de suporte social, Relação conjugal previamente conflituosa, ausência de outros filhos, Personalidades de tendência neurótica, Antecedentes de depressão) O luto patológico é particularmente mais incidente em situações de malformação fetal (sentimentos de ambivalência perante a gravidez);

	Conhecer as intervenções descritas na literatura e sua eficácia face à morte perinatal.		Em relação aos meios complementares de diagnóstico: Foram reportados maiores níveis de sofrimento nos pais que viram o filho na ecografia, especialmente nos homens; Estudos são contraditórios quanto à prática dos pais observarem e tocarem o corpo após a interrupção médica da gravidez (controverso); Homens e mulheres vivenciam a perda de forma diferente, o que pode prejudicar a qualidade da relação (Pais tendem a interiorizar e negar a dor e tentam distrair-se em vez de falar sobre o assunto); Apesar de estar descrita a importância do apoio e da psicoterapia, existe pouca evidência sobre a eficácia das intervenções.
Provision of Meaningful Care at Diagnosis, Birth, and after Stillbirth: A Qualitative Synthesis of Parents' Experiences Karolina Lisy Micah D. J. Peters Dagmara Riitano Zoe Jordan Edoardo Aromataris 2016 Adelaide, Austrália	Investigar as experiências dos pais com intervenções não farmacológicas e cuidado recebido por profissionais de saúde ao diagnóstico de morte fetal, indução e parto, pós-parto imediato e tardio.	Revisão Sistemática de estudos descritivos e qualitativos Nível de Evidência: 5 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009)	A morte fetal é um evento traumático e o cuidado recebido durante este período pode ter um impacto duradouro no bem-estar da parturiente. Foram identificados aspectos que os pais consideraram importantes nos momentos de: Diagnóstico: Intervalo entre o diagnóstico e a comunicação do mesmo foi considerado angustiante Estilo de comunicação empático e sensível Tomada de decisão conjunta Clareza da informação prestada Validação das emoções sentidas Tempo e espaço para absorver a informação Indução e Parto: Sensibilidade e respeito demonstrados Preparação das mães acerca do que esperar no momento do parto Orientação sobre o momento de ver e pegar o filho O serviço em que ficam (isolamento vs ouvir recém-nascidos) Termos médicos como nado morto podem ser percebidos como uma despersonalização do filho Pós- Parto Imediato: Respeito pelas necessidades e preferências dos pais em relação a ver e tocar no filho Possibilidade de coletarem memórias Demonstração de respeito pelo corpo do filho Tempo disponibilizado para estarem com o filho Pós-parto tardio: Follow-up dos profissionais

			Demonstração de empatia e esclarecimento de informação numa próxima gravidez, especialmente na idade gestacional correspondente à da perda anterior
--	--	--	---

4.7 Resultados

A análise dos artigos permitiu identificar os sentimentos vivenciados pela parturiente face à morte do filho, a percepção dos cuidados recebidos pelos profissionais com que contactaram e as recomendações para estes cuidados, tendo em conta que alguns autores afirmam haver influência desta assistência no processo de luto da parturiente.

Apesar de existirem vários estudos sobre o tema, o nível de evidência científica com rigor metodológico) encontrado é baixo, existindo maioritariamente informação empírica disponível (estudos descritivos). No que concerne aos níveis de evidência encontrados nos artigos obtidos no agregador de conteúdos EBSCOhost: 2 artigos foram de nível I (*“as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados”* (Galvão, 2006, pg.1)); 1 de nível 4 (*“evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados”* (Galvão, 2006, pg.1)); 2 de nível 5 (*“evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos”* (Galvão, 2006, pg.1)) e 11 de nível 6 (*“evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo”* (Galvão, 2006, pg.1)).

A *guideline* é considerada de nível I de evidência e os outros dois artigos, ambos revisões sistemáticas, um de nível 2 e outro de nível 5 (Galvão, 2006; Pompeo, et al., 2009).

Um aspeto notado desde logo foi o facto dos estudos encontrados referirem-se a profissionais de saúde de um modo geral, não especificando na grande maioria quais são estes profissionais (apesar da pesquisa incluir os termos específicos relacionados com o cuidado de enfermagem). No caso da prática clínica vivenciada, é o EEESMO que está continuamente presente desde a admissão na urgência até ao puerpério, tendo sido, por isso, reconhecida relevância nas recomendações orientadas pelos autores e faz sentido incluí-las na prática.

4.7.1 Conceito De Processo De Luto E Respostas De Luto

Estamos perante um processo de luto sempre que acontece uma perda significativa e dolorosa para o indivíduo. O luto configura-se como uma resposta à perda, num processo de readaptação, no qual os enlutados se reestruturam racional e emocionalmente (Worden, 2009, citado por Marques, 2015).

A perda de um filho que ainda não nasceu, durante o nascimento ou pouco depois dele, é um fenómeno descrito como traumático, na qual os pais descrevem sentimentos de choque, dor, desesperança, desespero e raiva (Grady, 2012; Camacho-Ávila, et al., 2019; Mazúchová, et al., 2014; Jones, 2019; Lisy, et al., 2016), tal como observado no caso exposto.

O artigo que explora a experiência de luto perante a morte perinatal das mães paquistanesas, bengalesas e britânicas habitantes numa cidade inglesa revela que todas as mulheres referiram sentir ansiedade durante o processo de perda, até quando pensam em gravidezes futuras, tal como todas verbalizaram que o processo de luto é tanto mais custoso quanto mais avançada se encontra a gravidez (Garcia, Ali, Griffiths, & Randhawa, 2020). Esta homogeneidade, apesar das diferenças culturais, revela que o impacto da perda é transversal.

Por se tratar da perda de um projeto de parentalidade desejado, é considerada uma perda prospetiva (Jones, 2019). Koopmans, et al. (2013) reconhecem existir uma incidência acrescida de 20% de síndrome de stress pós-traumático nas mulheres que experienciaram uma morte perinatal, em comparação com a população geral. Os mesmos autores estimam que 1 em cada 5 dos progenitores desenvolve sintomatologia psicopatológica (Koopmans, et al., 2013).

Outros autores acrescentam que comparativamente com as mulheres que sofrem um abortamento em fases iniciais da gravidez, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao risco das que vivenciam uma morte perinatal desenvolverem sintomas psicopatológicos (Mazúchová, et al., 2014; Garcia et al., 2020; Kersting, et al., 2012).

Também nos casos de malformação fetal (por se apresentarem sentimentos de ambivalência perante a gravidez - desejavam a sua continuidade, mas passam a querer o seu término), a incidência de um processo de luto patológico é maior (Kersting, et al., 2012).

Esta sintomatologia psicopatológica é descrita como quadros de perturbações de sono, ansiedade e depressão, para além do stress pós-traumático já mencionado (Kersting, et al., 2012).

São considerados fatores de risco para o luto patológico a ausência de suporte social, uma relação conjugal previamente conflituosa, ausência de outros filhos, personalidades de tendência neurótica e existência prévia de patologia mental, tal como depressão (Kersting, et al., 2012).

4.7.2 As Necessidades Da Mulher/Parturiente Em Processo De Luto

As mulheres com diagnóstico de morte perinatal necessitam de cuidados e atenção específicas (Koopmans, et al., 2013; Siassakos, et al., 2017; Lisy, et al., 2016).

Os artigos selecionados para análise apresentam vários aspetos descritos pelos pais sobre os cuidados prestados que consideraram os ter influenciado negativamente. Interessa identificar o que é percebido como negativo para que se reflita sobre a prática e se melhore nos cuidados.

O impacto deste tipo de perda atinge, para além do indivíduo que vive a transição para a parentalidade, a relação conjugal, estando descrito um aumento do risco de divórcio, uma vez que os processos de luto diferem entre homens e mulheres, verificando-se uma maior interiorização e menor verbalização dos sentimentos por parte dos pais, comparativamente com as mães, que podem interpretar como desinteresse ou alheamento por parte do parceiro (Koopmans, et al., 2013; Kersting, et al., 2012; Martínez-Serrano, et al., 2018). Este desequilíbrio emocional individual e na dinâmica do par é influenciado por sentimentos de culpa, isolamento social e baixa autoestima (Koopmans, et al., 2013; Kersting, et al., 2012; Martínez-Serrano, et al., 2018).

Um dos aspetos identificados como agravantes da angústia é o momento de espera entre os exames complementares de diagnóstico e o receber a notícia, referido por alguns casais como tendo sido demorado. Outro artigo encontrado reporta maiores níveis de sofrimento nos pais que viram o filho na ecografia, especialmente nos homens (Kersting, et al., 2012), o que poderá relacionar-se com o processo de vinculação, no caso dos homens, ser promovido durante a gravidez, pela constatação da presença do filho através destes meios imagiológicos, especialmente desde que as ecografias mostram cada vez com mais pormenor as características faciais dos fetos.

Está descrito no trabalho de Siassakos et al. (2017) que os pais sentem-se desagradados quando percebem que, após o diagnóstico de morte fetal, o que é emergente para eles que aconteça - o parto-, de forma a encurtar a duração deste evento extremamente doloroso, não é encarado do mesmo modo pelos profissionais de saúde (Siassakos, et al., 2017). Alguns estudos apontam, inclusive, um outro aspeto negativo salientado pelos pais, acerca da possibilidade de encurtar a duração do evento: a inexistente opção da cesariana (Siassakos, et al., 2017; Camacho-Ávila, et al., 2019).

Após a passagem para a sala de partos, existem aspetos a ter em conta que foram também identificados em estudos como sentidos de forma negativa pelos pais, nomeadamente sentimentos de abandono ao estarem sozinhas numa sala (Siassakos, et al., 2017; (Nordlund, et al., 2012).

Nordlund, et al., (2012) e Martínez-Serrano et al. (2019) acrescentam sentimentos de tristeza associados a pouco suporte sentido pelas parturientes por parte dos profissionais, desilusão associada ao não reconhecimento do seu papel de mãe e revolta em resposta à indiferença pela sua perda. Também o medo de se ser julgado negativamente pelos profissionais de saúde por colocarem questões foi verbalizado (Garcia et al., 2020).

As barreiras logísticas intra-hospitalares têm o potencial de complicar o processo, uma vez que partos após morte fetal eram realizados no mesmo local daqueles em condições saudáveis na maioria dos casos estudados na evidência encontrada (Martínez-Serrano, Palmar-Santos, Solís-Munoz, Álvarez-Plaza, & Pedraz-Marcos, 2018). No serviço, apesar do quarto ser no extremo do corredor, é audível o choro proveniente dos recém-nascidos do quarto mais próximo. Não obstante, não existe alternativa espacial que permitisse evitá-lo.

Foi relatado ainda que os pais precisam de aconselhamento quanto ao que fazer imediatamente a seguir ao nascimento do filho, como por exemplo tirar fotografias ou ver e pegar ao colo; assim como preferem saber o que outros pais fizeram na mesma situação (tal como no caso descrito), ou consideraram importante naquele momento, do que simplesmente ser-lhes perguntado o que queriam de fazer, ou ser-lhes dito o que fazer (Radestad & Christoffersen, 2008). De facto, os pais poderão não ter conhecimento de que existe a possibilidade de guardarem lembranças físicas do filho e o EEESMO está na posição de informar das opções disponíveis. No caso exposto, esta opção de recolher lembranças, como uma fotografia ou porção do cabelo, não foi mencionada. Apesar dos achados referidos, a questão de os pais verem o filho não é consensual (Kersting & Wagner, 2012). Ainda assim, existem autores que consideram que os pais têm mais receio de se esquecerem do filho do que se recordarem de como o viram (Jones, 2019).

A partilha de histórias entre casais que passaram pela mesma experiência revela-se significativo e é mencionado em mais que um artigo (Grady, 2012; Power, et al., 2017). Um estudo de caso controlo demonstrou que os pais procuravam a maior parte da informação sobre a morte perinatal e como processar o luto em fontes online, desde blogues de outros pais a *websites* (Koopmans, et al., 2013), o que demonstra a necessidade de apoio e informação após o evento crítico da perda, na gestão deste luto.

4.7.3 Intencionalidades das Intervenções Identificadas

A pesquisa revela que os profissionais de saúde prestam mais atenção ao cuidado somático e orgânico do que às necessidades da mulher como um todo, ao fornecer cuidados de saúde (Mazúchová, et al., 2014).

Durante o parto, Jones (2019) aponta a ausência de preparação do EEESMO e a ocorrência de manifestação de expressões faciais de choque, por exemplo, face às características do nado morto, como algo que agrava o stress vivido pela família. Ainda que o enfermeiro seja visto como o profissional mais valorizado, os pais referiram preferir ser acompanhados por profissionais treinados e com boas competências de comunicação (Grady, 2012).

Ao longo destes momentos, o neonato não deve ser chamado pelos termos médicos, por exemplo, “nado morto”, pois pode ser interpretado pelos pais como uma despersonalização do filho e insensibilidade por parte da equipa (Lisy, et al., 2016).

Esses momentos possibilitam a recolha de memórias e de sentimentos que poderão vir a facilitar o processo de luto (Lisy, et al., 2016; McGuinness et al., 2014).

A mudança na decisão da parturiente, no caso experienciado em ensino clínico, é algo que surge descrito nos artigos. Jones (2019) afirma que as decisões dos pais durante o processo da perda, no que se refere a ver o filho, guardar memórias ou à cerimónia fúnebre, podem sofrer mudanças, uma vez que os mesmos consideraram ser difícil pensar com clareza acerca de procedimentos e burocracias que não imaginavam que existiam pelo que quem os assiste deve informá-los durante todo o processo com empatia e cuidado.

Em concordância, as mães devem ser preparadas sobre o que esperar no momento do parto e dadas orientações sobre o momento de ver e pegar no filho. O EEESMO deve expor as opções e proporcionar tempo para a mulher e/ou casal as pensar (Queensland Clinical Guidelines, 2018).

Ao se reunir as recomendações e/ou orientações para o cuidado, é possível destacar a necessidade da existência de uma equipa munida de um estilo de comunicação empático, claro e sensível (Queensland Clinical Guidelines, 2018). Ademais, capaz de reconhecer e validar as emoções sentidas pelos pais, dando-lhes tempo e espaço para absorver a informação fornecida (Lisy, et al., 2016).

No entanto, a privacidade não deve ser sinónimo de abandono para o casal, exigindo que o enfermeiro seja capaz de gerir a sua presença junto da mulher e/ou casal (Siassakos, et al., 2017).

O pai e a mãe lidam com a perda de forma diferente e o EEESMO deve reconhecer essas diferenças de modo a facilitar o seu processo de luto (Jones, 2019). O EEESMO deve reconhecer que os indivíduos lidam com a dor da perda de diferentes formas, mesmo dentro da mesma cultura ou família, sendo verificada a necessidade de os profissionais terem formação específica sobre o luto perinatal (Sampayo, 2019; Nurse-Clarke, et al., 2019).

No seguimento das diferenças entre as manifestações materna e paterna do processo de luto, o EEESMO deverá informar o casal sobre estas diferenças entre formas de lidar com a perda, com o intuito de minimizar o impacto delas sobre a dinâmica da díade.

O EEESMO deve conhecer a parturiente, os significados que atribui, crenças e expectativas; estar presente/disponível/dar apoio; reconhecer a realidade do outro; antecipar as necessidades da mulher e/ou casal; demonstrar habilidades e competência no cuidado; evitar abordar assuntos triviais junto dos pais; evitar colocar as parturientes perto de onde consigam ouvir o choro de outros recém-nascidos; explicar/Informar sobre o processo de cuidados e, se a pessoa é crente numa religião, usar a fé para manter a esperança; desmistificar sentimentos de culpa da mãe associados à morte do filho; providenciar informação de forma faseada, de modo a dar tempo ao casal para se ajustar ao evento; informar sobre possíveis momentos em que se ausente e quem a fica a substituí-lo nos cuidados; demonstrar respeito pelo nado morto; não tratar o filho por feto ou aborto; reconhecer e validar estas mulheres como mães deste filho; estar presente e dar apoio enquanto os pais seguram o nado morto; informar sobre e dar oportunidade de reunir lembranças do filho; não apressar a despedida e evitar abordar burocracias associadas ao processo logo após o nascimento (Sampayo, 2019; Nordlund, et al., 2012; Nurse-Clarke, et al., 2019; Queensland Clinical Guidelines, 2018).

Um dos aspetos identificados que não vai de encontro aos achados de alguns artigos é o acompanhamento destas mulheres não ser feito sempre pelo mesmo enfermeiro, nem este tem uma formação específica diferente dos restantes da equipa - o profissional que está na sala de partos não é o mesmo que acompanha no puerpério, nem existe um follow-up por parte da enfermagem após o regresso a casa. Uma vez que o EEESMO é responsável por preparar para a parentalidade, acompanhar estes casais neste processo de luto, recuperação e posterior gravidez, deveria pensar-se em orientar a prática no sentido de ser oferecido aos pais um contacto do EEESMO, encorajando-os a contactar, tal como a existência de uma consulta follow-up às 6-8 semanas e aos 4-6 meses, conforme recomendado (Jones, 2019). Verifica-se, atualmente, na prática, uma referência para o psicólogo.

As Queensland Clinical Guidelines (2018), para além de orientarem para as intervenções previamente referidas neste capítulo, acrescentam no que se refere aos cuidados culturalmente sensíveis, que o EEESMO deve conhecer a cultura dos pais e as suas crenças face ao nascimento e à perda e estar desperto para a existência de algum rito específico e

dar oportunidade a estes pais de receberem algum serviço de suporte espiritual, se apropriado.

No que concerne à comunicação, esta guideline apresenta uma série de expressões que recomenda ou desaconselha. “*Lamento*”, “*Não há o que dizer*”, “*Sinto-me triste por vocês*” e “*Podemos falar mais tarde*”, são exemplos de frases recomendadas, enquanto expressões como “*Foi melhor assim*”, “*o tempo cura*”, “*podem ter mais filhos*” ou “*foi melhor ter morrido agora enquanto não o conheciam bem*” não devem ser utilizadas (Queensland Clinical Guidelines, 2018).

O mesmo documento contempla questionar os pais sobre se têm um plano de parto que gostariam de ver cumprido de igual modo e ser promovido o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor de trabalho de parto, para além de ser disponibilizados os meios farmacológicos (Queensland Clinical Guidelines, 2018).

Apesar de terem sido identificados aspetos que poderiam ser melhorados, tais como informar sobre as opções de recolherem lembranças do filho ou existir um contacto posterior do EEESMO com este casal após o regresso a casa, conclui-se que as intervenções implementadas face ao casal com que se contactou apresentaram-se como apropriadas, uma vez que foi demonstrada empatia, respeito e reconhecimento da parentalidade, tal como foi dada oportunidade à mãe de ver/segurar o filho e guardar lembranças se o entendesse.

4.7.4 Efeitos Das Intervenções No Processo De Luto

De todos os artigos obtidos da pesquisa, apenas os estudos de Jones (2019), Nurse-Clarke et al. (2019), Power et al. (2017), Lisy et al. (2016), McGuinness et al. (2014) e Mazúchová et al. (2014) mencionaram diretamente a relação entre o cuidado do EEESMO durante o evento e a sua influência no processo de luto, nomeadamente no que se refere aos momentos de recolha de memórias no contacto com o filho após o nascimento (Lisy, et al., 2016; McGuinness et al., 2014).

Apesar disso, nenhum deles determina em que medida o EEESMO influencia este processo: poderá ter implicações na duração do processo de luto? Na intensidade das manifestações de dor? Nos comportamentos de procura de suporte? Na incidência de doença mental subsequente?

Deste modo, conclui-se que para se clarificar a influência da intervenção do EEESMO durante o parto para o processo de luto dos pais é necessária a realização de mais estudos.

4.8 Conclusões

Em suma, a morte perinatal é um evento inesperado e doloroso para a parturiente, que acarreta um processo de luto de manifestações habitualmente diferentes das do pai e a predispõe a maior risco de desenvolvimento de doença mental (tal como stress pós-traumático e depressão) nos meses seguintes.

Recorrendo novamente à pergunta - “Quais as intervenções do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica perante a morte perinatal durante o trabalho de parto e a sua influência no processo de luto da mulher?”, conclui-se que o EEESMO acompanha e assiste a parturiente durante o trabalho de parto, face à morte perinatal, tendo algum nível de influência e facilitando o processo de luto, sendo as intervenções que pode implementar para facilitar o processo de luto, durante o trabalho de parto, e a intencionalidade terapêutica que as suporta, apresentadas na tabela 3.

Quadro 2 - Intervenções Facilitadoras do Processo de Luto e Intencionalidade Terapêutica

Intervenções	Objetivo (efeito terapêutico)
Executar escuta ativa	Que a parturiente sinta o seu sofrimento ouvido e reconhecido; Que se estabeleça uma relação terapêutica de confiança.
Assistir na decisão sobre medidas facilitadoras do luto	Que a parturiente exerça a sua autonomia na tomada de decisão; Que a parturiente sinta a sua vontade respeitada; Que a parturiente sinta a sua necessidade de tempo para a tomada de decisão respeitada; Que a parturiente se sinta apoiada.
Analisar com a parturiente a relação entre o apoio da família e o luto	Que a parturiente reconheça que o pai pode apresentar manifestações de sofrimento diferentes das suas; Que o suporte familiar seja reconhecido como um fator facilitador do processo de luto.
Ensinar sobre luto	Que a parturiente reconheça manifestações das fases do luto (Negação; Raiva; Negociação; Depressão; Aceitação).

Ensinar sobre momentos críticos	<p>Que a parturiente tenha uma experiência de contacto com o filho nado morto, se o desejar;</p> <p>Que a parturiente saiba o que esperar sobre o aspeto físico do filho nado morto, se desejar vê-lo;</p> <p>Que a parturiente recolha lembranças do filho nado morto, se o desejar.</p>
---------------------------------	---

CONCLUSÃO

A parentalidade exige a vivência de um processo de transição pelos novos pais, com aquisição de conhecimentos e capacidades para o desempenho deste papel com competência. Não obstante, ser mãe/pai é um processo complexo sujeito à ocorrência de complicações desde a gravidez até ao pós-parto. O EEESMO, quer na presença do processo fisiológico saudável, quer na presença de complicações, é o profissional mais habilitado para a assistência a estes casais, sendo possuidor de um corpo de conhecimentos e competências fundamentadas em evidências científicas.

Elaborar este documento expôs o confronto da evidência científica com as práticas realizadas, à reflexão e ao reconhecimento da necessidade crescente de um cuidado de excelência, humanizado e personalizado, face ao projeto de parentalidade desejado, embora cada vez mais adiado, numa sociedade com fácil acesso a uma variedade de informação, muitas vezes não fidedigna.

Esta necessidade do cuidado humanizado e específico ganha destaque face a situações de desfecho negativo, tal como a morte fetal. Nesta vertente, é necessário que o EEESMO seja capaz de gerir as suas próprias emoções, ter competências de comunicação e conhecimentos sobre o processo de luto, de modo a ser um vetor facilitador do mesmo.

Para este documento, foram escolhidos fenómenos e práticas que ganharam destaque ao longo do percurso académico e consideram-se atingidos os objetivos, no que concerne ao ganho de conhecimentos, competências e investigação. Não obstante, a intervenção do EEESMO é vasta e a sua aprendizagem não termina com o processo formativo académico, mas deve ser contínua, adaptando-se às necessidades das mulheres/casais e procurando novas evidências sobre temáticas ainda pouco estudadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Europeia de Medicamentos. (2013). ANEXO I - Resumo das Características do Medicamento. Obtido de https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/atosiban-sun-epar-product-information_pt.pdf
- Agunbiade, O., & Ogunleye, O. (2012). Constraints to exclusive breastfeeding practice among breastfeeding mothers in Southwest Nigeria: implications for scaling up. *International Breastfeeding Journal*, 7(5). Obtido de <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-7-5>
- Aires, C. F. (jul./ago./set. de 2016). Empowerment Na Gravidez: Estudo De Adaptação da Empowerment Scale for Pregnant Women Para o Contexto Português. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(10), pp. 49-57. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16033>
- Aly, H. (2004). Respiratory Disorders In The Newborn: Identification and Diagnosis. *Pediatrics in Review*, 25(6), pp. 201-208. doi:10.1542/pir.25-6-201
- American Academy of Pediatrics. (2019). *Caring for a Premature Baby: What Parents Need to Know*. (American Academy of Pediatrics) Obtido em 2020, de Healthy Children: <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/preemie/Pages/Caring-For-A-Premature-Baby.aspx>
- American Academy of Pediatrics. (2009). *Providing Breastmilk for Premature and Ill Newborns*. (American Academy of Pediatrics) Obtido em 2020, de Healthy Children: <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/breastfeeding/Pages/Providing-Breastmilk-for-Premature-and-Ill-Newborns.aspx>
- Ânima Educação. (2014). *Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: A Pesquisa Baseada Em Evidências*. Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação.
- Apolinário, D., Rabelo, M., Gonçalves Wolf, L., Kissula, S., & Leal, G. (2016). Práticas Na Atenção Ao Parto E Nascimento Sob A Perspectiva Das Puérperas. *Revista da Rede*

de Enfermagem do Nordeste, 17(1), pp. 20-28. doi:10.15253/2175-6783.2016000100004

Aradmehr, M., Azhari, S., Ahmadi, S., & Azmoude, E. (2017). The effect of chamomile cream on episiotomy pain in primiparous women: a randomized clinical trial. *J Caring Sci*, 6(1), pp. 19-28. doi:10.15171/jcs.2017.003.

Areia, A., Almeida, M., Braga, A., Pereira, N., Macedo, C., & Silva, C. (dezembro de 2018). Corticoterapia Para Maturação Pulmonar Fetal. *Normas de Orientação Clínica/Guidelines. Acta Obstétrica Ginecológica Portuguesa*, 12(4), pp. 311-313. Obtido em Janeiro de 2020, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v12n4/v12n4a11.pdf>

Badenhorst, W. e. (2007). Psychological Aspects of Perinatal Loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), pp. 249 - 259. doi:doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004

Balda, R., & Guinsburg, R. (2019). Avaliação e Tratamento da Dor no Período Neonatal. *Residência Pediátrica*, 9(1). doi: 10.25060/residpediatr-2019.v9n1-13

Barbosa, A. I. (2013). *Método Canguru: Conhecimentos, Crenças e Práticas dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Obtido em junho de 2020, de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9448/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20M%C3%A9todo%20Canguru%20Conhecimentos%20Cren%C3%A7as%20e%20Pr%C3%A1ticas%20dos%20Enfermeiros.pdf>

Barbosa, M., Moreira, S., & Ferreira, S. (2017). Desinfecção Do Cordão Umbilical: Revisão Baseada Na Evidência. *Rev Port Med Geral Fam*, 33, pp. 41-47. Obtido de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732017000100005

Barros, A. (2020). *Ansiedade Traço e Estado, Risco Para Depressão E Ideação Suicida Em Gestantes De Alto Risco Em Alagoas*. Dissertação. Obtido de <http://200.17.114.109/handle/riufal/6809>

Batalha, L. (2018). *Anatomofisiologia Pediátrica (Manual de Estudo - Versão 1)*. Coimbra. Obtido de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=185277&code=672b6c0eddb5c14c9ecabc192689a085c17a618c>

Brantes, A. L. (2018). *Competências Oro-Motoras Para a Alimentação do Recém - Nascido Pré-Termo - Influência no Neurodesenvolvimento*. Relatório De Estágio Para Obtenção Do Grau De Mestre Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediatria, Escola

Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Obtido de <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/24726>

Camacho-Ávila, M., Fernández-Sola, C., Jiménez-López, F., & Granero-Molina, J. (2019). Experience Of Parents Who Have Suffered A Perinatal Death In Two Spanish Hospitals: A Qualitative Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(512). doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2666-z>

Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cardão, C., Parreira, V., & Coutinho, E. (2019). Práticas Preventivas Nos Cuidados Ao Coto Umbilical do Recém-Nascido - Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, pp. 1590-1599. Obtido de <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/download/2371/2277>

Cardoso, A. M. (2011). *Tornar-se Mãe, Tornar-se Pai - Estudo Sobre a Avaliação das Competências Parentais*. Tese para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Obtido de https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-se%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%C3%Aancias%20parentais.pdf

Cheifetz, O., Lucy, S., & Crowe, J. (2010). The Effect of Abdominal Support on Functional Outcomes in Patients Following Major Abdominal Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Physiotherapy Canada*, 62(3), pp. 242-253. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2909864/>

Coca, k., Gamball, M., Silvalli, R., & Abrão, A. (2009). A Posição De Amamentar Determina O Aparecimento Do Trauma Mamilar? *Revista Da Escola De Enfermagem Universidade de São Paulo*, 43(2), pp. 446-452. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a26v43n2.pdf>

Cochran, W. J. (Maio de 2020). Jaundice in the Newborn. *Children's Health Issues - MSD Manual Consumer Version*. Obtido de <https://www.msmanuals.com/en-jp/home/children-s-health-issues/gastrointestinal-gi-and-liver-problems-in-newborns/jaundice-in-the-newborn>

Colman, L., & D., C. A. (1994). *Gravidez - a experiência Psicológica*. Lisboa: Colibri.

Comissão Para a Redução da Taxa de Cesarianas da ARS Norte, I.P. (2009). *Medidas PARA Reduzir A Taxa De Cesarianas Na Região Norte De Portugal*.

Correia, M. d. (2012). *A Psicologia na Saúde da Mulher e da Criança: Intervenções, Práticas e Contextos* (1ª ed.). Lisboa: Placebo, Editora Lda.

- de Araújo Lima, A., Lima, M., & Lucena, G. (2019). Medo E Dor No Trabalho De Parto E Parto. *Revista Científica de Enfermagem - RECIEN*, 9(28), pp. 55-63. Obtido de <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=a6485268-4e8f-4c63-98cd-fc14b22bae18%40pdc-v-sessmgr02&bdata=Jmxhbmc9cHQtcHQmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=141074244&db=a9h>
- Dennis, C. S., Hodnett, E., & McQueen, K. (2012). An all-purpose nipple ointment versus lanolin in treating painful damaged nipples in breastfeeding women: a randomized controlled trial. *Breastfeed Med*, pp. 473-9. doi:10.1089/bfm.2011.0121.
- Direção Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. p. 6. Obtido de <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2015). Trabalho de Parto Estacionário. *Orientação nº 001/2015*. Obtido de <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/orientacao-n12015-de-19012015-trabalho-de-parto-estacionario-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (Outubro de 2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores. Portugal.
- Direção-Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/81407/2/44989.pdf>
- Dodou, H., Rodrigues, D., Guerreiro, E., Guedes, M., Lago, P., & Mesquita, N. (2014). A Contribuição Do Acompanhante Para A Humanização Do Parto E Nascimento: Percepções De Puérperas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(2), pp. 262-269. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0262.pdf>
- East, C., Begg, L., Henshall, N., Marchant, P., & Wallace, K. (2012). Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database Systematic Review*, pp. 2-12. Obtido de https://www.cochrane.org/CD006304/PREG_local-cooling-for-relieving-pain-from-perineal-trauma-sustained-during-childbirth
- Engel, H., Kao, S., Larson, J., Uriel, S., Jiang, B., Brey, E., & Cheng, M. (2015). Investigation of Dermis-derived hydrogels for wound healing applications. *Biomed J.*, pp. 58-64. doi:10.4103/2319-4170.132899.
- Fernandes, J., Machado, M., & Oliveira, Z. (2011). Prevenção E Cuidados Com A Pele Da Criança E Do Recém-Nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), ,102-110.,

86(1), pp. 102-110. Obtido de
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000100014

Flenady, V. B. (2014). Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *4*, pp. 137-140. doi:10.1111/1471-0528.13009

Fonsecal, L., Scochill, C., Rochall, S., & Leite, A. (Jan/fev de 2004). Cartilha Educativa Para Orientação Materna Sobre os Cuidados com o Bebê Prematuro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(1). Obtido de
<https://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14.pdf>

Fragata, P. A. (2012). *O Método Mãe-Canguru Nos Recém-Nascidos de Baixo Peso*. Artigo de Revisão, Faculdade De Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra. Obtido em 2020, de
<https://eg.uc.pt/bitstream/10316/27480/1/O%20M%C3%89TODO%20M%C3%83E-CANGURU%20NOS%20REC%C3%89M-NASCIDOS%20DE%20BAIXO%20PESO.pdf>

Fucile, S., Gisel, E., Schanler, R., & Lau, C. (2009). A Controlled-flow Vacuum-free Bottle System Enhances Prterm Infants' Nutritive Sucking Skills. *Dysphagia*, 24(2), pp. 145-151. doi:10.1007/s00455-008-9182-z.

Furriel, C., Silva, G., Jennings, J., & Christoffel, M. (2020). Medidas Não Farmacológicas Para Alívio Da Dor Do Recém-Nascido a Termo: Revisão Integrativa. *Research, Society and Development*, 9(9). doi:http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7721

Gabbe, S. e. (2016). *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies* (7ª ed.). Elsevier.

Galvão, C. M. (2006). Níveis de Evidência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2). Obtido de
<https://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>

Garcia, R., Ali, N., Griffiths, M., & Randhawa, G. (2020). A Qualitative Study Exploring The Experiences Of Bereavement After Stillbirth In Pakistani, Bangladeshi And White British Mothers Living In Luton, UK. *Midwifery: An International Journal*, 91, pp. 1-10. doi:https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102833

Góes, F., Silva, M., Santo, A., Pontes, B., Lucchese, I., & Silva, M. (2020). Cuidado Pós-Natal De Recém-Nascidos No Contexto Da Família: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), pp. 1-10. doi:http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0454

Grady, K. (2012). Parenting A Lone Twin: When One Twin Dies. *Tese de Doutorado*. Boston. Obtido de
<https://dlib.bc.edu/islandora/object/bc-ir:101726/datastream/PDF/download/citation.pdf>

- Gramke, H., Rijke, J., Kleef, M., Raps, F., Kessels, A., Peters, M., & al., e. (Jul-Aug de 2007). *Clin J Pain*, 23(6), pp. 543-8. doi:10.1097/AJP.0b013e318074c970
- Gras-Le Guen, C., Caille, A., Launay, E., Boscher, C., Godon, N., Savagner, C., . . . Giraudeau, B. (Janeiro de 2017). The Use of Alcohol versus Dry Care for the Umbilical Cord in Newborns: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized and Non-randomized Studies. *Pediatrics* , 139(1). doi:10.1542/peds.2016-1857
- Guimarães, M., & Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das Transições e Sua Aplicabilidade Para a Enfermagem. Rio de Janeiro. Obtido de <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>
- Gustafson, J., Dong, F., Duong, J., & Kuhlmann, Z. (2018). Elastic Abdominal Binders Reduce Cesarean Pain Postoperatively: A Randomized Controlled Pilot Trial. *Kansas Journal of Medicine*, 11(2), pp. 1-19. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5962320/>
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L., Li, F., & Lu, H. (2019). A Review And Comparison Of Common Maternal Positions During The Second-Stage Of Labor. *International Journal of Nursing Sciences* , 6, pp. 460-467. Obtido de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2352013219301309?token=5F37FC2EEDF7A8FCD45AA044E05566F86859E44BA2D3348244AEE7D0344ECC07FF634BDF9BF6107DC4A20A85B0FD14DB>
- ICN. (2015). CIPE, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lusodidacta. Obtido de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkIGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrcE4JONEfouVPS6Rwg8>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). Estatísticas Demográficas - 2018. Lisboa. Obtido em 22 de Janeiro de 2020, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=358632586&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (15 de Novembro de 2019). *Pordata, Base de Dados Portugal Contemporânea*. Obtido em 17 de Novembro de 2019, de <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>
- Jackson, K., & Dennis, C. (2017). Lanolin for the treatment of nipple pain in breastfeeding women: a randomized controlled trial. *Matern Child Nutr.*, 13(3). Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27477840>

- Jones, J. (2019). Support And Follow Up Needs Of Parents After Pregnancy Loss, Stillbirth And Neonatal Death: Recommendations For Practice. *International Journal of Birth & Parent Education*, 6(2), pp. 20-22. Obtido de <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=2befb1c5-722b-45a8-b77a-df6cada9c49e%40sdc-v-sessmgr02>
- Kennedy, R., & Crowle, A. (Março de 2017). Key Differences in Infant Skin. Neonatal Skincare Clinical Practise Guideline. Obtido em 2020, de https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Key%20Differences%20in%20Infant%20Skin.pdf
- Kent, J., Ashton, E., Hardwick, C., Rowan, M., Chia, E., Fairclough, K., . . . Geddes, D. (2015). Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments. *Int J Environ Res Public Health*, pp. 12247-63. doi:10.3390/ijerph121012247
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated Grief After Perinatal Loss. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), pp. 187-194. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384447/>
- Knight, K. (2000). *Crioterapia no tratamento das lesões esportivas*. São Paulo: Manole.
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V. (2013). Support For Mothers, Fathers And Families After Perinatal Death (Review). *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*(6), pp. 1-22. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub3>
- Lages, A. (2012). *Parto por cesariana: consequências a curto e longo-prazo*. Faculdade de Medicina Universidade do Porto. Porto: Normas Editoriais da Ata Obstétrica e Ginecológica Portuguesa. Obtido de https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=16456
- Leite, A., Silva, A., Castral, T., Nascimento, L., Sousa, M., & Scochi, C. (2015). Amamentação e Contacto Pele-a-Pele No Alívio da Dor em Recém-Nascidos Na Vacina Contra Hepatite B. *Revista Electrónica De Enfermagem*, 17(3). doi:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.31932>
- Leventhal, L., de Oliveira, S., Nobre, M., & da Silva, F. (2011). Perineal analgesia with an ice pack after spontaneous vaginal birth: a randomized controlled trial. *J Midwifery Womens Health*, pp. 141-146. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21429079>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Portugal. Obtido de <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

- Lisy, K., Peters, M., Ritano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2016). Provision of Meaningful Care at Diagnosis, Birth, and after Stillbirth: A Qualitative Synthesis of Parents' Experiences. *Birth*, 43(1), pp. 6-19. doi:10.1111/birt.12217
- Loureiro, R., Bernardes, J., Ferreira, M., & Freitas, P. (2014). Nascer Em Portugal: Estudo Nacional Descritivo. *Arquivos de Medicina*, 28(6), pp. 167-171. Obtido de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0871-34132014000600002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- Mac Auley, D. (Jul. de 2011). Ice therapy: how good is the evidence? *Int J Sports Med.* , 22(5), pp. 379-384. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11510876>
- Maciel, H., Costa, M., Costa, A., MArcato, J., Manzo, B., & Bueno, M. (2019). Medidas Farmacológicas e Não Farmacológicas de Controle e Tratamento Da Dor em Recém-Nascidos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), pp. 21-26. doi:10.5935/0103-507X.20190007
- Majesti, B. N. (2016). *Amamentação Leite Materno E Contato Pele a Pele No Alívio Da Dor Em Recém-Nascidos Submetidos à Punção De Calcâneo No Alojamento Conjunto*. Dissertação de Mestrado., Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Obtido de <http://objdig.ufrj.br/51/teses/854449.pdf>
- Mancuso, A., De Vivo, A., Giusi, F., Denaro, A., & Laganà, D. (2010). Effects Of Antepartum Electronic Fetal Monitoring On Maternal Emotional State. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 87(2), pp. 184-189. doi: <https://doi.org/10.1080/00016340701823892>
- Mangat, A., Oei, J., Chen, K., Quah-Smith, I., & Schmölzer, G. (2018). A Review of Non-Pharmacological Treatments for Pain Management in Newborn Infants. *Children*, 5(130), pp. 2-12. doi:10.3390/children5100130
- Marques, M. (2015). Luto e Saúde Mental. *Portal dos Psicólogos*. Obtido de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0851.pdf>
- Martínez-Serrano, P., Palmar-Santos, A., Solís-Munoz, M., Álvarez-Plaza, C., & Pedraz-Marcos, A. (2018). Midwives' Experience Of Delivery Care In Late Foetal Death: A Qualitative Study. *Midwifery*, 66, pp. 37-44. doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.010>
- Mascarenhas, V., T., L., Dantas e Silva, F., Negreiros, F., Santos, J., Moura, M., . . . Jorge, H. (2019). Evidências Científicas Sobre Métodos Não Farmacológicos Para Alívio A Dor Do Parto. (Epub, Ed.) *Acta Paulista de Enfermagem* , 32(3). doi:<https://doi.org/10.1590/1982-0194201900048>

- Mazúchová, L., Kelčíková, S., & Žalúdková, L. (2014). Perinatal Loss And The Process Of Recovery . doi:10.5593/sgemsocial2014/B12/S2.082:
- McGuinness, D., Coughlan, B., & Power, S. (2014). Empty Arms: Supporting Bereaved Mothers During The Immediate Postnatal Period. *British Journal of Midwifery* , 22(4). Obtido de <https://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=406824ee-71ca-4996-933a-9c52d13989d5%40pdc-v-sessmgr06>
- Medley, N. V. (2018). Interventions During Pregnancy to Prevent Preterm Birth: An Overview of Cochrane Systematic Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(Art. No.: CD012505). doi:10.1002/14651858.CD012505.pub2.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), pp. 12-28. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>
- Melo, J., Barroso, M., Alencar, J., Bandeira, L., Duarte de Melo, A., Neto, E., & Oliveira, G. (2019). Cuidados E Métodos Não-Farmacológicos De Alívio Da Dor Nas Gestantes Em Trabalho De Parto. *Id Online Revista Multidisciplinar e De Psicologia*, 13(44), pp. 73-86. Obtido de <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1583/2349>
- Mendes da Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5ª ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Mendes, K. S. (Out-Dez de 2008). Revisão Integrativa:: Método De Pesquisa Para a Incorporação de Evidências Na Saúde E Na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm* , 4, pp. 758-64. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- Mercer, R. T. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 568-582. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x, 35(5), pp. 568-582. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x
- Mercer, R., & Walker, L. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *AWHONN, the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 35(5), pp. 568-582. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x
- Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. (2017). Cálculo de Dotações Seguras Nos Cuidados de Saúde Materna e Obstétrica. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20n._%2021-2017_18.05.2017_MCEESMO_C_lculo%20de%20Dota_es%20Seguras%20nos%20Cuidados%20de%20EESMO_alterad_etapa%20%205.pdf

- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2013). Promover E Aplicar Medidas Não Farmacológicas No Alívio Da Dor No Trabalho De Parto E Parto. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Montenegro, N. R. (2014). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Nené, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Niazi, A., Rahimi, B., Soheili-Far, S., Askari, N., Rahmanian, P., & al, e. (2018). A Systematic Review on Prevention and Treatment of Nipple Pain and Fissure: Are They Curable? *Journal of Pharmacopuncture*, 21(3), pp. 139-150. doi:10.3831/KPI.2018.21.017
- Nordlund, E., Börjesson, A., Cacciatore, J., Pappas, C., Randers, I., & Rådestad, I. (2012). When A Baby Dies: Motherhood, Psychosocial Care And Negative Affect. *British Journal of Midwifery*, 20(11), pp. 780-784. doi:10.12968/bjom.2012.20.11.780
- Nurse-Clarke, N., DiCicco-Bloom, B., & Limbo, R. (2019). Application of Caring Theory to Nursing Care of Women Experiencing Stillbirth. *MCN Am J Matern Child Nurs.*, 44(1), pp. 27-32. doi:10.1097/NMC.0000000000000494
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de Bolso - Enfeemeiros Especialistas Em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República - Regulamento n.º 391/2019, 85(2ª Série)*. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>
- Organização Mundial de Saúde. (2014). Recomendações Da OMS Para A Prevenção E Tratamento Da Hemorragia Pós-Parto. Obtido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf;sequence=12

- Organização Mundial de Saúde. (2017). Guia De Implementação Da Lista De Verificação Da OMS Para Partos Seguros. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Organização Mundial de Saúde. (2019). Optimal Timing Of Cord Clamping For The Prevention Of Iron Deficiency Anaemia In Infants. Obtido de https://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/en/
- Paiva, C., Oliveira, S., Francisco, A., da Silva, R., Mendes, E., & Steen, M. (2016). Length of perineal pain relief after ice pack application: A quasi-experimental study. *Women Birth, 29*(2), pp. 117-122. doi:10.1016/j.wombi.2015.09.002
- Pascaal, A., Govaert, P., Oostra, A., Naulaers, G., & Ortibus, E. (Janeiro de 2017). Neurodevelopmental Outcome In Very Preterm And Very-low Birthweight Infants Born Over The Past Decade: A Meta-Analytic Review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. Mac Keith Press. doi:DOI: 10.1111/dmcn.13675
- Pedreira, M., & Leal, I. (setembro de 2015). Psicologia, Saúde e Doenças. *Terceiro trimestre de gravidez: expectativas e emoções sobre o parto, 16*(2), pp. 254-266. doi:<http://dx.doi.org/10.15309/15psd160210>
- Perinatal Services BC. (Julho de 2017). Perinatal Mortality Guideline. versão 2. Vancouver, British Columbia, Canada. Obtido de <http://www.perinataleservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/PerinatalMortality/PerinatalMortalityGuideline.pdf>
- Piccinini, C., Gomes, A., Nardi, T., & Lopes, R. (2008). Gestação E A Constituição Da Maternidade. *Psicologia em Estudo, 13*(1), pp. 63-72. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>
- Pillai Riddell, R., Racine, N., Gennis, H., Turcotte, K., Uman, L., Horton, R., . . . Lisi, D. (2015). Non-pharmacological Management of Infant and Young Child Procedural Pain (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 12*(CD006275). doi:10.1002/14651858.CD006275.pub3.
- Pompeo, D., Rossi, L., & Galvão, C. (2009). Revisão Integrativa: Etapa Inicial Do Processo De Validação De Diagnóstico De Enfermagem. *Acta Paulista De Enfermagem, 22*(4). Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>
- Power, A., Rea, T., & Fenton, S. (2017). Life After Death: The Bereavement Midwife's Role In Later Pregnancies. *British Journal Of Midwifery, 25*(5). doi:<https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.5.329>

- Prime, D., Garbin, C., Hartmann, P., & Kent, J. (Dezembro de 2012). Simultaneous Breast Expression in Breastfeeding Women Is More Efficacious Than Sequential Breast Expression. *Breastfeeding Medicine*, 7(6), pp. 442-447. doi:10.1089/bfm.2011.0139
- Procianoy, R., & Silveira, R. (Março de 2020). The Challenges of Neonatal Sepsis Management. *Jornal de Pediatria*, 96(1), pp. 80-86. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553619301971?via%3Dihub>
- Queensland Clinical Guidelines. (Março de 2018). Stillbirth care. Queensland, Austrália. Obtido de https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0023/143087/g-stillbirth.pdf
- Queensland Clinical Guidelines Steering Committee. (2019). Neonatal jaundice. *Maternity and Neonatal Clinical Guideline*, pp. 2-40. Obtido de https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0018/142038/g-jaundice.pdf
- Quintas, C., & Ramires, A. (2013). Icterícia Neonatal - Avaliação E Tratamento No Recém-Nascido De Termo E Pré-Termo. *Consenso da Sociedade Portuguesa de Neonatologia*. Obtido de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf
- Radestad, I., & Christoffersen, L. (2008). Helping A Woman Meet Her Stillborn Baby While It Is Soft And Warm. *British Journal of Midwifery*, 16(9), pp. 588-591. Obtido de <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=fe6f84da-b1b5-4ea8-b9a3-50566d3582a9%40sessionmgr4006>
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. d. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Rebelo, I., & Patrício, B. (2013). *Líquido Amniótico e Suas Perspetivas Clínicas - Alterações Analíticas e Significado Clínico*. Lidel.
- Reis, A., Mazur, F., Ferreira, W., & Charan, D. (2019). A Dor Do Recém-Nascido, Avaliação e Assistência Do Enfermeiro: Revisão Documental. *Revista Jurídica Uniandrade*, 30(1). doi:ISSN 1806-6771
- Rodríguez, M., Arnáez de la Cruz, M., Sánchez, Z., Romero, I., Bonal, Z., Ballarín, P., & Garrido, M. (2019). Analgesia Epidural Como Factor Influyente Tanto En El Trabajo De Parto Como En Los Resultados Maternofetales Posteriores. *Prog Obstet Ginecol*, 62(6), pp. 527-532. doi: 10.20960/j.pog.00241
- Rolland de Souza, A. R. (2008). Avaliação da Vitalidade Fetal Intraparto. *Acta Médica Portuguesa*(21), pp. 229-240. Obtido de www.actamedicaportuguesa.com

- Sampayo, L. H. (2019). Vivencia Del Cuidado De Enfermería En Un Proceso De Duelo. *Cultura de los Cuidados*, 23(54), pp. 59-66. doi:10.14198/cuid.2018.54.07
- Santos, C., Marçal, R., Voltarelli, A., Silva, R., & Sakman, R. (2020). Métodos Não Farmacológicos De Alívio Da Dor Utilizados Durante O Trabalho De Parto Normal. *Global Academic Nursing Journal*, 1(1). doi:https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200002
- Santos, J., Oliveira, S., Silva, F., Nobre, M., Osava, R., & Riesco, M. (Dec de 2012). Low-level laser therapy for pain relief after episiotomy: a double-blind randomized clinical trial. *J Clin Nurs.*, 21(23-24). Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22642607>
- Sasaki, B., Pinkerton, K., & Leipelt, A. (2014). Does Lanolin Use Increase the Risk for Infection in Breastfeeding women? *Clinical Lactation* , 5(1), pp. 1-6. doi:http://dx.doi.org/10.1891/2158-0782.5.1.28
- Saul, R. (Maio de 2017). Non-pharmacological Treatment of Pain In Neonates and Infants. *Nursing Times*, 113(6), pp. 36-38. Obtido de <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/pain-management/non-pharmacological-treatment-of-pain-in-neonates-and-infants-15-05-2017/>
- Scultetus, A., Villavicencio, J., & Rich, N. (2003). The life and work of the German physician Johannes Scultetus (1595-1645). *J Am Coll Surg* , 196(1), pp. 130-9. doi:10.1016/s1072-7515(02)01477-1
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sevo, M., & Semeraro, P. (2010). Urinary Catheterization During Epidural Anesthesia. *Commentary* , 14(1), pp. 11-13. doi:https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2010.01502.x
- Shanazi, M., Khalili, A., Kamalifard, M., Jafarabadi, M., Masoudin, K., & Esmaeli, F. (2015). Comparison of the effects of lanolin, peppermint, and dexpanthenol creams on treatment of traumatic nipples in breastfeeding mothers. *Journal of caring sciences*, 4(4), pp. 297-307. doi:10.15171/jcs.2015.030.
- Shojae, K., Dawati, A., & Zayeri, F. (2010). Frequency and side effect of episiotomy in primiparous women: a three-month longitudinal survey. *Journal of Medical Sciences Ghom*, 3(2), p. 36. Obtido de <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20093263656>
- Siassakos, D., Jackson, S., Gleeson, K., Chebsey, C., Ellis, A., & Storey, C. (2017). All Bereaved Parents Are Entitled To Good Care After Stillbirth: A Mixed-Methods

- Multicentre Study (INSIGHT). *BJOG*, 125(2), pp. 160-170. doi:10.1111/1471-0528.14765
- Silva, N., Silva, F., Pimentel de Oliveira, C., Silva, J., Cordeiro, J., & Neto, R. (2020). Abordagem Dos Cuidados Com O Coto Umbilical Na Atenção Básica Para Prevenção Da Onfalite: Relato De Experiência. *Brazilian Journal Of Health Review*, 3(5). doi:10.34119/bjhrv3n5-100
- Silva, R., & Porto, C. (2016). A Importância da Interação Mãe-Bebê. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 20(3), pp. 73-78. Obtido de <https://www.redalyc.org/pdf/260/26046651003.pdf>
- Silva, S. M. (2011). *Icterícia Neonatal*. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61080/2/Ictercia%20Neonatal.pdf>
- Silva, T., & Lopes, M. (2020). A Expectativa Do Casal Sobre O Plano De Parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), pp. 1-6. doi:10.12707/RIV19095
- Silva, Y., Araújo, F., Amorim, T., Martins, E., & Felisbino-Mendes, M. (2020). Analgesia Obstétrica No Trabalho De Parto E Sua Associação Com Desfechos Neonatais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5). doi:http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0757
- Smyth, R., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomy For Shortening Spontaneous Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6). doi:10.1002/14651858.CD006167.pub4.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). Hipoglicemia Neonatal. *Consenso Clínico*. Portugal. Obtido de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). Consenso Clínico - Cuidados cutâneos no Recém - Nascido. *Cuidados cutâneos no Recém - Nascido*. Obtido de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Pele_RN.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Nascer Prematuro em Portugal*. Obtido de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). Consenso Clínico. *Prematuridade tardia*. Obtido de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2019/02/Consenso-PTT-final-revista2018.pdf>

- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). Consenso Clínico - Prematuridade Tardia. Obtido em Janeiro de 2020, de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2019/02/Consenso-PTT-final-revista2018.pdf>
- Sousa e Silva, C., & Carneiro, M. (2018). Pais Pela Primeira Vez: Aquisição De Competências Parentais. *Acta Paul Enferm*, 31(4), pp. 366-73. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982->
- Sousa, e. a. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Enfermagem*(2), pp. 17-26.
- Souza, A., Wanderley, G., Pereira, M., Franco, M., Sousa, D., Girão, E., . . . Guerra, G. (Abril-junho de 2020). Parâmetros Maternos e Fetais Em Gestante Submetida a Tocólise Com Nifedipina. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 20 (2): 459-466 abr-jun., 2020, 20(2), pp. 459-466.* doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000200007>
- Steen, S. (2015). Perinatal Death: Bereavement Interventions Used by US and Spanish Nurses and Midwives. *International Journal of Palliative Nursing, 21(2)*. Obtido em 13 de Novembro de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25715163>
- Stevens, B., Yamada, J., Ohlsson, A., Haliburton, S., & Shorkey, A. (2016). Sucrose for Analgesia In Newborn Infants Undergoing Painful Procedures. *Cochrane Systematic Review, 7(CD001069)*. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001069.pub5>
- Tafazoli, M., Saeedi, R., Robatsangi, M., & Mazloom, R. (2010). Aloe vera gel Vs. lanolin ointment in the treatment of nipple sore: A randomized clinical trial. *Tehran University Medical Journal, 67(10), pp. 699-704.* Obtido de https://www.researchgate.net/publication/289884615_Aloevera_gel_Vs_lanolin_ointment_in_the_treatment_of_nipple_sore_A_randomized_clinical_trial
- The American College Of Obstetricians And Gynecologists and Society For Maternal-Fetal Medicine. (Março de 2014). Safe Prevention Of The Primary Cesarean Delivery. *Obstetric Care Consensus*(1). Obtido de <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/obstetric-care-consensus/articles/2014/03/safe-prevention-of-the-primary-cesarean-delivery.pdf>
- Vanin, L., Zatti, H., Soncini, T., Nunes, R., & Siqueira, L. (25 de novembro de 2019). Revista Paulista de Pediatria. *Fatores de Risco Materno- Fetais Associados à Prematuridade Tardia, 38*, pp. 1-8. Obtido em Março de 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018136>
- Vargas, P., Vieira, V., Queiroz, A., Alves, V., Aguiar, R., & Rodrigues, D. (jan./Mar. de 2016). Experiências De Puérperas Na Identificação De Sinais De Fome Do Recém-nascido. *Revista Baiana de Enfermagem, 30(1), pp. 335-343.* Obtido de

https://www.researchgate.net/publication/300375804_EXPERIENCIAS_DE_PUERPERAS_NA_IDENTIFICACAO_DE_SINAIS_DE_FOME_DO_RECEM-NASCIDO

- Vieira, F. (2013). *Pesquisa Científica em Enfermagem: Guia Prático*. Novas Edições Académicas.
- Vieira, F., Bachion, M., Mota, D., & Munari, D. (Mar de 2013). A systematic review of the interventions for nipple trauma in breastfeeding mothers. *J Nurs Scholarsh*, 45(2), pp. 116-125. doi:10.1111/jnu.12010.
- Vilariça, L. B.-A. (2019). *Envolver o Pai no Processo de Nascimento: Uma Estratégia Para a Promoção da Ligação Precoce Pai/Filho*. Relatório final de estágio de natureza profissional, Porto. Obtido em 2020, de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29469/1/Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio%20final%20%283%29...pdf>
- World Health Organization. (2003). Kangaroo Mother Care: a Practical Guide. *Department of Reproductive Health and Research*. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42587/9241590351.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2011). *Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates*. Obtido em 2020, de The WHO Reproductive Health Library: <https://extranet.who.int/rhl/topics/newborn-health/care-newborn-infant/breastfeeding-or-breast-milk-procedural-pain-neonates>
- World Health Organization. (2017). Guideline: Protecting, Promoting And Supporting Breastfeeding In Facilities Providing Maternity and Newborn Services. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf;jsessionid=DC0FD94A9F4E8A30482072EE61987F62?sequence=1>
- Zimmerman, E., & Thompson, K. (2015). Clarifying Nipple Confusion. *Journal of Perinatology*, 35, pp. 895-899. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/280091118_Clarifying_nipple_confusion

