

ESCOLA SUPERIOR ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

O Processo de Aquisição de Competências: estratégias para a prevenção da episiotomia - uma revisão integrativa da literatura

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientação:

Prof.^a Doutora Marinha Carneiro

Cristina Manuela Ferreira Couto

Porto | 2013

AGRADECIMENTOS

Apesar da sua natureza individual, a realização deste relatório contou com importantes contributos e orientações, pelo que expressamos os mais sinceros agradecimentos, a todos aqueles que, directa ou indirectamente, influenciaram a existencia deste trabalho, em especial:

À Professora Marinha Carneiro, pelo rigor e competência científica que conferiu à orientação deste trabalho, pela disponibilidade, apoio e motivação em nós depositadas, e por todas as preciosas sugestões e ensinamentos que transmitiu.

Ao grupo de EEESMO do bloco de partos que integramos, à Enf^a Fátima Pinto pela sua orientação, simpatia e conhecimentos partilhados, e aos restantes elementos, à Enf^a Josefina Borges, ao Enf^o Floriano Cunha, Enf^a Manuela Garçês e à Enf^a Isabel Felix, pelo carinho e competência com que nos receberam e orientaram o nosso crescimento pessoal e profissional, na aquisição de competências de EEESMO.

Às orientadoras do serviço de Obstetricia I e II, à Enf^a Liliana Ribeiro, Enf^a Helena Alves, Enf^a Helena Barros e Enf^a Sandra Brochado, pela orientação, acompanhamento e motivação, contribuindo para o sucesso da nossa intervenção.

Aos amigos e colegas de trabalho, principalmente à Diana Leite e ao Duarte Ferreira, pela sua amizade, pela partilha de conhecimentos, pelas palavras de ânimo e pela simpatia em nós confiadas.

Aos meus pais e ao Cristiano pelo amor, pela confiança e apoio incondicional, manifestados de forma incessante, durante toda a realização deste trabalho, dando-me assim a força necessária para nunca desistir.

SIGLAS E ABREVIATURAS

- AAP - *American Association of Pediatrics*
- ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists*
- AI - Auscultação Intermitente
- AMB - *Alternative Model Birth*
- APP - Autocuidado e Preparação para a Parentalidade
- APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo
- CHTS - Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CTG - Cardiotocografia
- DGS - Direção Geral de Saúde
- DMG - Diabetes Mellitus Gestacional
- DPP - Data Provável do Parto
- DUM - Data da Última Menstruação
- EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
- EV - Endovenosa
- FC - Frequência Cardíaca
- FCF - Frequência Cardíaca Fetal
- GCC - Gravidez com Complicações
- HMP - Hidratação Materna Parentérica
- HTA - Hipertensão Arterial
- IFP - Incompatibilidade Feto-Pélvica
- IG - Idade Gestacional
- ILA - Índice de Líquido Amniótico
- ITU - Infecção do Trato Urinário

- LA - Líquido Amniótico
- MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- NICE - *National Institute of Health and Clinical Excellence*
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- PIM - Ponto de Intensidade Máxima
- RAM - Rutura Artificial de Membranas
- RCIU - Restrição do Crescimento Intra Uterino
- RN - Recém-Nascido
- RPM - Rutura Prematura de Membranas
- RPMPT - Rutura Prematura de Membranas Pré-Termo
- SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- SF - Soro Fisiológico
- SU - Serviço de Urgência
- T - Temperatura
- TA - Tensão Arterial
- TMB - *Traditional Model Birth*
- TP - Trabalho de Parto
- TPPT - Trabalho de Parto Pré-Termo
- UNICEF - *United Nations Children's Fund*
- WHO - *World Health Organization*

RESUMO

O presente relatório de estágio pretende a exposição do processo de desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO), ao longo do Estágio gravidez, trabalho de parto e pós-parto.

Esta narração, documenta todas as atividades desenvolvidas no âmbito da intervenção do EEESMO dirigida à mulher, e ao acompanhamento dos seus processos de gravidez, trabalho de parto (TP) e pós-parto, bem como todas as reflexões e estratégias que permitiram a integração das competências específicas, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

É também apresentado, o resultado do processo de desenvolvimento de competências na área da investigação, o qual contemplou a produção de uma revisão integrativa da literatura, direcionada para a determinação do conhecimento científico em relação às intervenções do EEESMO passíveis de prevenir a episiotomia.

Estas incluem o incentivo do exercício físico moderado, desde o início da gravidez; o ensino da massagem perineal à mulher, e apoio na sua realização desde a 30ª semana gestacional; a promoção da mudança postural ao longo do TP, com possibilidade de deambulação; o incentivo ao puxo espontâneo, ao longo do período expulsivo; a promoção da restrição da manipulação perineal, permitindo a adaptação, lenta e gradual, dos tecidos perineais à apresentação fetal; a aplicação de compressas quentes no períneo, durante o 2º período do TP; a realização de massagem perineal suave, usando um lubrificante; e a realização de apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de *Ritgen*, em prol da sua versão modificada, mais interventiva.

Assim consideramos que a intervenção do EEESMO na prevenção da episiotomia, deve atender ao conjunto sequencial destas intervenções, e a sua aplicação na prática exige a disponibilidade de mais evidência, bem como a

divulgação dos seus resultados junto dos profissionais e comunidade, com apresentação dos ganhos em saúde, e em humanização dos cuidados dirigidos à mulher.

Palavras-chave: Competências específicas, Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, Prevenção da episiotomia, Humanização dos cuidados obstétricos.

ABSTRACT

Title: The Acquisition Process Skills: Strategies for the prevention of episiotomy - an integrative review of the literature

This report intends to stage the exhibition of the development and acquisition of skills as a nurse specialist in maternal health nursing and midwifery (EEESMO), along the stage pregnancy, labor and postpartum .

This narration, documenting all activities within the intervention EEESMO toward women, and the monitoring of their processes of pregnancy, labor, and postpartum, as well as all ideas and strategies that allowed the integration specific skills, advocated by Order of Nurses.

Also shown is the result of the development of skills in research, which included the production of an integrative literature review, directed to the determination of scientific knowledge regarding interventions EEESMO which could prevent episiotomy.

These include the encouragement of moderate exercise, from the beginning of pregnancy; teaching perineal massage to women, and support in its implementation since the 30th gestational week; the promotion of postural change over the labor, with the possibility of walking; the incentive to pull spontaneous along the expulsion period; the promotion of constraint handling perineal, allowing for adaptation, slow and gradual, the perineal tissues to fetal presentation; applying warm compresses on the perineum during the 2nd period of labor; the performing perineal massage smooth, using a lubricant, and carrying out simple perineal support during the application of maneuver *Ritgen*, in support of your modified version, more interventionist

Thus we consider that the intervention in the prevention of episiotomy, EEESMO must meet the sequential set of these interventions and their application

in practice requires the availability of more evidence, as well as disseminating their findings to professionals and the community with the presentation of health gains, and humanization of care aimed at women.

Keywords: Specific skills, specialist nurse in nursing midwifery and maternal health, prevention of episiotomy, Humanization of obstetric care.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	IX
INTRODUÇÃO.....	12
1. PROJETO INDIVIDUAL DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE EESMO - VIVÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS NA PRÁTICA AO LONGO DO ESTÁGIO: GRAVIDEZ, TRABALHO DE PARTO E PÓS-PARTO	15
1.1. Processo De Desenvolvimento E Aquisição De Competências De EESMO .	17
1.1.1. Desenvolvimento De Competências Específicas No Âmbito Da Gravidez Com Complicações	19
1.1.2. Desenvolvimento De Competências Específicas No Âmbito Do Trabalho De Parto E Parto.....	36
1.1.3. Desenvolvimento De Competências Específicas No Âmbito Do Autocuidado E Preparação Para A Parentalidade	80
1.2. Outras Atividades.....	103
2. PREVENÇÃO DA EPISIOTOMIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	107
2.1 Introdução Ao Problema	107
2.2 Método	112
2.3 Análise Dos Resultados.....	113
2.4 Discussão.....	117
2.4.1 Exercício Físico Durante A Gravidez	118
2.4.2 Massagem Perineal Na Gravidez	119
2.4.3 Posição Materna.....	122
2.4.4 Puxo Espontâneo	123
2.4.5 Hands Off	124
2.4.6 Compressas Quentes.....	125
2.4.7 Massagem Perineal Durante O Trabalho De Parto.....	126
2.4.8 Manobra De Ritgen.....	128
2.5 Principais Conclusões	129
3. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	134
4. CONCLUSÃO	138
5. BIBLIOGRAFIA	140

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Algoritmo de Reanimação Neonatal.....	105
FIGURA 2: Esquema representativo da intervenção do EEESMO na prevenção da episiotomia.....	117
FIGURA 3: Número de grávidas vigiadas	136
FIGURA 4: Número de partos realizados.....	136
FIGURA 5 :Número de puérperas e recém-nascidos alvo de vigilância.....	137

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Diagnósticos das grávidas internadas a 03/04/2013.....	29
TABELA 2: Diagnósticos das grávidas internadas a 26/04/2013.....	26
TABELA 3: Dez passos para o sucesso da amamentação	72
TABELA 4: Estratégia de pesquisa nas bases de dados.....	113
TABELA 5: Caracterização dos artigos selecionados	116

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma atividade humana complexa que visa a prestação de cuidados ao indivíduo e a promoção das ações que contribuem para a sua saúde e bem-estar, sendo este aspeto fundamental, numa perspetiva de vida, em que a gravidez e o parto se constituem como fenómenos de realização pessoal no processo de desenvolvimento humano.

Neste sentido, encontram-se as palavras de Collière (1999, p.90)

... quando não há doença, deficiência ou acidente, mas há acontecimentos que exigem recurso a uma ajuda exterior (nascimento de um primeiro filho, período de crise, adaptação a uma nova cultura, etc) o campo de competência da enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afetivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe....

Assim, de acordo com Silva (2007) o papel da Enfermagem nesta perspetiva de vida é fundamental e o EEESMO *... encontra-se numa posição privilegiada para o desenvolvimento de programas de intervenção durante todo o ciclo de vida da mulher, no sentido de planificar, desenvolver e potenciar o cuidado com qualidade e autonomia.*

Enquanto ciência, a Enfermagem tem que se fundamentar na investigação, como método rigoroso de aquisição de conhecimentos, no sentido de alargar o seu campo de ação e facilitar o seu desenvolvimento. Neste sentido, é importante fomentar a investigação durante a formação em Enfermagem, proporcionando o máximo de experiências possíveis, numa perspetiva de treino de competências, isto é, estimular no estudante/profissional, a procura do conhecimento, a reflexão sobre situações práticas e a recontextualização dos saberes teóricos.

É com base nestes pressupostos que se insere o presente relatório de estágio, o qual pretende traduzir o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de EEESMO, no âmbito da unidade curricular Estágio gravidez

trabalho de parto e autocuidado no pós-parto e parentalidade, previsto no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Este estágio pretende dar cumprimento à diretiva comunitária de 2005/CE/36 do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, transposta para direito interno, Artigo nº 37 de Decreto-Lei nº 16/2009 de 4 de Março, através do desenvolvimento de capacidades, e mobilização de conhecimentos, de forma a promover uma prática de excelência e especializada durante o acompanhamento da mulher, aquando da vivência da gravidez, do TP e do puerpério.

A evolução deste estágio ao longo de um ano letivo encerrou um conjunto de atividades, demonstradas no presente relatório, e desenvolvidas no sentido da aquisição de competências de EEESMO. Estas incluíram a reflexão sobre situações práticas, dirigida à recontextualização de saberes teóricos capaz de culminar em práticas emancipatórias dos cuidados, bem como o desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura, subordinada a uma problemática com interesse para a prática do EEESMO. Assim, o objeto de estudo refere-se à Prevenção do Trauma Perineal, emergindo das nossas preocupações em relação às práticas demasiado intervencionistas, com recurso ao uso liberal/rotineiro da episiotomia, em contraposição com as orientações da *World Health Organization* (WHO), que defende o seu uso seletivo.

O estudo sobre esta temática teve como finalidade responder à seguinte questão de investigação: “Que intervenções podem ser desenvolvidas pelo EEESMO no sentido de prevenir a episiotomia?”.

Este documento encontra-se organizado em três partes, na primeira chamada de “Projeto individual de desenvolvimento de competências de EEESMO - vivências e experiências na prática ao longo do Estágio: gravidez, trabalho de parto e pós-parto” onde procuramos demonstrar as atividades desenvolvidas ao longo do estágio que conduziram ao desenvolvimento e aquisição de competências de EEESMO.

Na segunda parte, intitulada “Prevenção da episiotomia: revisão integrativa da literatura” procuramos responder à questão de investigação, pelo que é especificada e definida a problemática, a metodologia utilizada, a análise dos resultados, bem como a sua discussão e reflexão das suas principais conclusões.

Por último, é apresentada a “Reflexão crítica sobre o processo de desenvolvimento do estágio profissionalizante”, onde partilhamos alguns dados e vivências, tradutores da sua evolução.

As principais fontes de informação utilizadas na elaboração deste relatório consistiram em bases de dados, nomeadamente a CINAHL Plus with full text, a COCHRANE Database of systematic reviews, através da plataforma EBSCOhost, bem como a PUBmed, e alguns livros e artigos de revistas científicas. Estas encontram-se cuidadosamente documentadas na bibliografia mencionada no final do trabalho.

Esperamos com a elaboração deste relatório, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados na área da enfermagem de saúde materna e obstétrica, no sentido em que, ao estudar detalhadamente as intervenções passíveis de prevenir o trauma perineal, possamos alertar e motivar os EEESMO para a responsabilidade que estes assumem na sua prevenção, e na humanização dos cuidados prestados.

1. PROJETO INDIVIDUAL DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE EEESMO - VIVÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS NA PRÁTICA AO LONGO DO ESTÁGIO: GRAVIDEZ, TRABALHO DE PARTO E PÓS-PARTO

Integrada no 2º ano do MESMO da ESEP, a unidade curricular Estágio gravidez, trabalho de parto e pós-parto propende a definição de um projeto individual de desenvolvimento de competências visando constituir-se como uma linha orientadora do mesmo, tendo em conta as competências a adquirir.

O Estágio: gravidez, trabalho de parto e pós parto decorreu ao longo de 32 semanas, em Unidades do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS), no Bloco de Partos, na unidade de Gravidez com Complicações - Obstetrícia II e na unidade de Puerpério - Obstetrícia I.

Sendo este um estágio contínuo, desenvolvido ao longo de três módulos, em três serviços diferentes, sob orientação de várias enfermeiras tutoras, foi nosso plano numa fase inicial, apresentar o nosso projeto de desenvolvimento de competências, de forma a dar conhecimento dos nossos objetivos, bem como das atividades que pretendíamos desenvolver para a sua concretização. Nos primeiros turnos em cada serviço procedemos ao reconhecimento da estrutura física e funcional dos serviços, da sua dinâmica, dos métodos de trabalho utilizados, dos sistemas de registo dos cuidados de enfermagem, bem como dos protocolos vigorados.

Salientamos que no módulo do bloco de partos, foi realizada uma apresentação pormenorizada pela Enf.^a tutora, Enf.^a Fátima Pinto, com a apresentação de cada sala de partos, com exploração e demonstração dos Kits de Reanimação Cardiopulmonar (RCP), Hemorragia Pós-Parto, e Reanimação Neonatal e os devidos protocolos. Este material e fármacos a usar nestas situações,

encontram-se numa zona de fácil e rápido acesso, permitindo assim uma eficaz atuação de emergência.

Este estágio, teve como finalidade o desenvolvimento de capacidades, assim como a mobilização de conhecimentos de forma a promover uma prática de excelência e especializada durante o acompanhamento da mulher no seu processo de maternidade e transição para a parentalidade. Assim, de acordo com o estipulado no plano de estudos, na definição do nosso projeto, procuramos especificar os seus objetivos:

- Integrar competências promotoras de práticas emancipatórias do papel parental;
- Adquirir competências de intervenção no domínio dos Cuidados de Enfermagem Especializados à mulher, em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e puerpério;
- Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher e família na saúde reprodutora, gravidez, processo de maternidade e exercício da parentalidade;
- Mobilizar os conhecimentos teóricos com suporte na prática baseada em evidências, problematizando uma temática de interesse pessoal, e assim contribuir para a excelência da prática do EEESMO.

O percurso do estágio possibilitou ainda a integração na equipa de enfermagem (a qual no bloco de partos e unidade de gravidez com complicações era constituída por EEESMO, e no puerpério integrava também enfermeiros generalistas), a colaboração na dinamização dos projetos vigorados, a prestação de cuidados especializados e a reflexão crítica acerca dos mesmos, no sentido da recontextualização dos conhecimentos e implementação de intervenções suportadas na prática baseada na evidência.

Foi ainda possível, de acordo com o previsto no plano de estudos, a identificação de uma temática de interesse pessoal, alvo de problematização das intervenções do EEESMO, no que concerne à prática da episiotomia. O seu uso rotineiro, ainda hoje, continua a ser praticado concomitantemente com a ausência de evidência científica que suporte o seu benefício, e com a existência de evidência clara de que a episiotomia pode trazer algumas sequelas para a mulher, nomeadamente, o aumento da taxa de infeção, do risco de lesão grave no períneo, da perda sanguínea, e do desconforto e tempo de recuperação pós-parto, com repercussões no estabelecimento do processo de amamentação (FIGUEIREDO [et al.], 2011).

Neste contexto as autoras supracitadas realçam que a *evidência científica é clara de que a episiotomia piora o estado genital em vez de protegê-lo. Assim, se entendermos trauma como todo o procedimento externo, invasivo e doloroso à fisiologia do parto e do corpo feminino que impossibilita a mulher de reagir, a episiotomia constitui-se no próprio trauma para a mulher.*

A problematização desta temática, pretende a determinação do conhecimento em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, face às intervenções e estratégias a desenvolver pelo EEESMO no sentido de evitar a episiotomia, tendo em vista a humanização dos cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia.

Em simultâneo, pretendemos fundamentar as competências adquiridas, bem como as estratégias utilizadas na sua concretização e aplicação prática, refletindo acerca das intervenções de Enfermagem que contribuem para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, e sobre o processo de desenvolvimento e aquisição de competências de EEESMO.

1.1. Processo De Desenvolvimento E Aquisição De Competências De EESMO

Do processo de desenvolvimento e aquisição de competências de EESMO fizeram parte todas as atividades realizadas e cuidados prestados, propostos para este estágio, os quais passaremos a descrever, e a fundamentar com os aspetos teóricos que os sustentam e substanciam em cuidados especializados, pela excelência das suas práticas.

Roldão (2003) define competência como a capacidade de mobilizar adequadamente diversos conhecimentos prévios, selecionando e integrando esses conhecimentos perante uma determinada questão ou problema. Competência é o objetivo último de vários objetivos que para ela contribuem, e é um processo construído, que, em princípio, não se perde. Assim, enquanto pessoas, somos detentores de várias competências construídas ao longo da vida.

O EEESMO, de acordo com o Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (2010a) é detentor de um conjunto de competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento dos domínios de

competências do enfermeiro de cuidados gerais que se concretiza em competências comuns e competências específicas.

Neste sentido, os enfermeiros especialistas partilham o domínio de competências comuns, que de acordo com a OE (2010a) *são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria*. Estas competências, desenvolvidas ao longo do estágio, promoveram a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Além destas, a OE (2010a) prevê o domínio das competências específicas, as quais define como as que *decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas*. Assim, o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (2010b) define o EEESMO como o profissional responsável pelo exercício de várias áreas de intervenção, nomeadamente, a Gravidez- na assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; o Parto - na assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; o Puerpério - na assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal.

Assim, considerando os objetivos já enunciados, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de EEESMO, no intuito de recontextualizar saberes assentes na prática baseada na evidência, teve subjacente o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO da OE, visando a integração de cada competência por ele prevista, tal como passaremos a demonstrar, descrevendo todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

1.1.1. *Desenvolvimento De Competências Específicas No Âmbito Da Gravidez Com Complicações*

Além dos domínios comuns do enfermeiro especialista, ao longo do seu processo formativo são proporcionadas diversas experiências visando a aquisição de competências específicas na área da patologia materno-fetal, previstas no supracitado Regulamento de Competências Específicas do EEESMO. De acordo com o Guia de Orientação do Estágio de natureza profissionalizante, o módulo de Gravidez com Complicações (GCC) propende, ao longo de quatro semanas, a formação profissional no domínio da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de forma a mobilizar saberes, com base em evidências e no pensamento crítico para a tomada de decisão.

Este deve traduzir um processo de desenvolvimento e aquisição de competências técnico científicas e clínicas, necessárias à implementação de cuidados especializados à mulher grávida com patologia associada à gravidez e cirurgia obstétrica, pelo que, o estudante deverá ser capaz de proceder ao rastreio, encaminhar e cuidar da mulher grávida e família, em situação de risco, de uma forma culturalmente congruente, de forma a promover a saúde da mãe e do filho, em ambiente seguro, indo ao encontro das competências definidas e aprovadas pela OE, as quais, pretendem o desenvolvimento de atividades em três áreas distintas: a promoção da saúde, o diagnóstico precoce e prevenção de complicações e o tratamento, reabilitação e readaptação.

Perante a possibilidade de uma gravidez, isto é, na presença de amenorreia e de alguns sintomas subjetivos e objetivos da gestação, torna-se de importância extrema o seu diagnóstico e monitorização, pelo que ao longo do estágio, no contexto do internamento da grávida com complicações, não nos assistiu o diagnóstico da gravidez (intervenção realizada aquando da admissão ao serviço de urgência), mas coube-nos a importante função de confirmar a idade gestacional (IG), para a qual contribui o cálculo da data da última menstruação (DUM), no sentido de procedermos ao cálculo do número de semanas de gravidez.

Em diversas oportunidades utilizamos a regra de *Nägele*, que consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação, subtrair três meses e

adicionar um ano, e permite a determinação da data provável do parto (DPP), considerando que a mulher tem ciclos de 28 dias e que a gravidez se deu no décimo quarto dia; se o ciclo for inferior ou superior a 28 dias é necessário um ajustamento. De acordo com esta regra, somente 5% das mulheres têm parto espontâneo na DPP, na maioria este ocorre num período compreendido entre sete dias antes ou depois da DPP (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Esta é a mais antiga e mais utilizada forma de rapidamente se conhecer a IG, embora atualmente seja contestada por diversos autores que a apontam como um método pouco fiável. De acordo com Graça (2010), *a DUM continua a ser utilizada para o cálculo da idade gestacional, mas carece de acuidade, já que em 10-45% das grávidas a DUM não é conhecida e apenas 30% das mulheres sabem inequivocamente esta data, muitas apresentam irregularidades menstruais ou abandonaram recentemente um anticoncepcional oral.*

Graça (2010) considera que a evolução tecnológica associada à utilização de sondas transabdominais e transvaginais de mais alta frequência veio contribuir para o maior relevo dado ao exame ecográfico do 1º trimestre, cujo objetivo já não é só confirmar a gravidez, mas também avaliar a viabilidade fetal, datar corretamente a gravidez, diagnosticar e caracterizar uma gravidez múltipla, rastrear cromossomopatias e diagnosticar anomalias congénitas de expressão precoce, num período mais profícuo em informação detalhada e atempada. A datação da gravidez, é assim, um dado de elevado interesse obstétrico, com grande impacto na qualidade dos cuidados dirigidos ao diagnóstico de uma gravidez de termo, pré-termo e pós-termo e nos resultados neonatais, e por isso foi para nós importante, aquando da admissão, e sempre que contactávamos com uma grávida pela primeira vez, no sentido de procedermos à confirmação da IG.

Uma vez confirmada a gravidez, e o diagnóstico de alguma complicação nela implicada, torna-se importante implementar e avaliar programas e intervenções de promoção da saúde pré-natal, um período de preparação física e psicológica para o nascimento e parentalidade. Tornar-se mãe/pai, é viver uma etapa única da vida adulta e representa um período de intensas aprendizagens quer para o casal, quer para a família, e por isso, é também uma oportunidade única para influenciarmos positivamente a saúde da mulher e da família.

Ao longo do acompanhamento de cada grávida, aproveitando todos os momentos de prestação de cuidados, quer na monitorização de sinais vitais, quer na monitorização da CTG, fomos procurando interagir com a grávida, com a sua família, e promovendo a interação destes com todos os presentes, de forma a que,

quer as grávidas internadas, quer as suas famílias, que se encontravam de visita, beneficiassem de momentos de reflexão sobre a sua saúde e sobre novos hábitos a adquirir.

Durante o período pré-natal, as mulheres procuram, essencialmente, orientação e cuidados de vigilância, e encontram-se mais motivadas para mudanças relativas a hábitos saudáveis, pelo que as intervenções de enfermagem relativamente à promoção da saúde podem afetar durante muitos anos, o bem-estar da mulher, da criança que vai nascer e da restante família (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Em concordância com as autoras supracitadas, foi nossa preocupação orientar e ensinar a grávida em relação à importância da vigilância pré-natal e suas implicações na saúde fetal, e explicar que após a alta, as consultas de vigilância pré-natal devem ser mantidas regularmente. De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS) devem ser mensais até ao 3º trimestre, altura em que há maior possibilidade de ocorrerem complicações, legitimando uma monitorização mais intensa, pelo que, a partir das 28 semanas de gestação as consultas são calendarizadas de duas em duas semanas até à 36ª semana e depois semanalmente até ao parto, constituindo uma forma de assegurar a saúde da mãe e do bebé, e a vivência de uma gravidez tranquila.

Era ainda explicado que estas consultas permitem diagnosticar e tratar perturbações de saúde da mãe já existentes (HTA, Diabetes, consumo Tabágico, etc.), ou que possam ser desenvolvidas durante a gravidez, além de que permitem monitorizar o crescimento e desenvolvimento do feto e identificar anomalias passíveis de influenciar o TP, através da realização de exames laboratoriais e ecografias ou, se houver necessidade, recorrer à ultrassonografia e à amniocentese.

Nestes momentos, procuramos ainda proporcionar informação sobre os recursos disponíveis de apoio à parentalidade e ao autocuidado, informando a grávida que a partir das 28 semanas poderia frequentar as sessões de preparação para o parto e parentalidade, que decorrem no CHTS, aos sábados de manhã, dinamizadas pelos EEESMO do bloco de partos. A grávida pode ainda inscrever-se na chamada “Visita Guiada” orientada pelo EEESMO, juntamente com a pessoa significativa eleita para estar presente no parto, normalmente o pai, para conhecer o serviço de internamento de obstetrícia, assim como o bloco de partos, de forma a conhecer melhor o ambiente envolvido e assim melhor se preparar para o momento mais ansiado - o parto.

Era ainda enfatizado e dado a conhecer, às grávidas que pudessem deambular, em conjunto com as suas famílias, o Cantinho da Amamentação, e explanada a importância da amamentação. Assim, foram também fornecidos panfletos e explicado que decorridas 48 a 72 horas depois do parto receberiam alta do internamento de Obstetrícia I, pelo que, qualquer dúvida ou apoio que precisassem poderiam recorrer ao cantinho ou à linha de apoio disponível 24 horas.

Nesta fase foi também nossa preocupação informar e orientar sobre comportamentos saudáveis na gravidez, nomeadamente no que concerne à alimentação, fator muito importante na manutenção da saúde materna e no provimento de nutrientes adequados ao desenvolvimento fetal.

Foi sempre nossa preocupação a avaliação do estado nutricional e do ganho ponderal, bem como o esclarecimento sobre a alimentação durante o período pré-natal, nomeadamente os alimentos ricos em ferro, de origem animal - carne e fígado de vitela, peixe e mexilhão (cujo consumo tem implicações na saúde cardiovascular e desenvolvimento fetal, pelo que, é recomendado pelo menos duas vezes por semana, evitando os peixes ricos em metilmercúrio, como o peixe-espada, o atum, o espadim, o lúcio e o espadarte) e gema de ovo; de origem vegetal - pão de cevada, pão integral, cereais e aveia, grãos integrais ou enriquecidos como as nozes, castanhas e feijão e o pimento e as frutas como a ameixa, o abacaxi, o morango, o kiwi, e a tangerina (PARIZZI e FONSECA, 2010).

Além disso, era ainda explicada a importância dos suplementos vitamínicos, bem como a redução no consumo de doces e cafeína, cujo consumo superior a 300 mg de cafeína por dia, sobretudo durante o 3º trimestre, pode resultar em maior agitação fetal e problemas respiratórios neonatais; e incentivado o consumo de cerca de dois litros de água (oito copos) por dia para favorecer um bom débito urinário, preventor da infeção urinária (PARIZZI e FONSECA, 2010).

A promoção da saúde da grávida incidiu ainda sobre os perigos do consumo do álcool durante a gravidez, o qual tem sido associado ao abortamento no 1º trimestre e ao síndrome alcoólico fetal; e do tabaco, associado a RCIU e aumento das taxas de morbilidade e mortalidade perinatal, bem como parto pré-termo, rotura prematura de membranas (RPM), placenta prévia e morte fetal, devido à diminuição da perfusão placentária. Assim, procuramos incentivar fortemente as grávidas a cessarem o consumo de álcool e tabaco, ou pelo menos a reduzir o número de cigarros (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

No sentido de promover a saúde da grávida era também explicada a necessidade de maior atenção nos cuidados de higiene pessoal, dado que as glândulas sudoríparas na grávida encontram-se mais ativas devido a influências hormonais, levando ao aumento da transpiração, e assegurando que após o parto tudo voltaria à normalidade (O'REILLY, BOTTOMLEY e RYMER, 2008).

Era sempre reforçado o ensino em relação à importância de a grávida lavar as mãos antes e depois de ir ao WC, bem como de limpar o períneo no sentido antero-posterior, de forma a prevenir as infecções urinárias, muito frequentes na grávida, devido a alterações fisiológicas do aparelho urinário. Esta também era informada acerca dos sinais de hematúria e disúria e importância de manifestá-los ao EEESMO.

Além disso, foi incentivado o uso de cuecas de algodão e evitar roupas muito apertadas, ou que possam produzir demasiado calor ou humidade na área genital e assim contribuir para o crescimento de microrganismos. A grávida era ainda instruída a não contrariar a vontade de urinar, evitando a multiplicação das bactérias dentro da bexiga, e a planear as situações em que possa ser necessário atrasar a micção (ex. realização de uma viagem), bem como a importância de urinar antes e depois das relações sexuais, de forma a evitar a introdução de bactérias (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Foram ainda incentivados os exercícios de *Kegel*, explicada a sua utilização, fortalecendo os músculos perineais utilizados na relação sexual e no TP, bem como a sua importância no controle da micção, e na prevenção da incontinência urinária na fase final da gravidez. Constatamos que a maioria das grávidas, não tem consciência dos seus músculos perineais e nunca ouviu falar dos exercícios de *Kegel* (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Outra das nossas preocupações no que concerne à saúde da grávida estava relacionada com a importância de praticar exercício físico, o qual provoca uma sensação de bem-estar, melhora a circulação, promove o repouso e o relaxamento, (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2010).

Ao longo do módulo de gravidez com complicações foi nossa preocupação promover a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, pelo que procuramos fornecer informação à grávida sobre os recursos disponíveis na comunidade, informando-a de que poderia, quando recebesse alta, realizar as consultas de vigilância pré-natal no centro de saúde, recorrendo ao CHTS no caso de surgirem alterações e quando necessário realizar ecografia ou outros exames

de diagnóstico; poderia, ainda realizar preparação para o parto e parentalidade no centro de saúde ou no CHTS.

Durante o internamento no serviço de gravidez com complicações, procuramos sempre incentivar, nas grávidas com mais de 28 semanas de gestação e com condições de deambulação, à presença nas sessões de preparação para o parto e parentalidade responsável, que decorriam ao sábado de manhã, na sala de formação. Normalmente os níveis de adesão eram elevados de forma entusiasta, dado que os dias no internamento são intermináveis e todos iguais, esta era, na opinião das grávidas, “uma ótima forma de não dar conta do tempo a passar” e ainda ficarem mais informadas na vivência do seu processo de parentalidade.

No sentido de preparar a grávida para o seu papel de futura mãe, procuramos monitorizar, e implementar intervenções de promoção do aleitamento materno, com objetivo de influenciar a sua decisão em relação à amamentação. Por isso, foi nosso propósito evidenciar os benefícios do leite materno, o qual é concebido especialmente para o bebé humano e é nutricionalmente superior a qualquer alternativa. É bacteriologicamente mais seguro e está sempre fresco e pronto a usar. Os seus nutrientes estão em equilíbrio e a sua absorção e digestão é facilitada em relação às fórmulas lácteas, além de que, vai sofrendo alterações na sua constituição ao longo da mamada e ao longo do tempo, de forma a satisfazer as necessidades da criança em crescimento. O leite materno contém fatores de crescimento que promovem o desenvolvimento cerebral e do sistema gastrointestinal, além de fatores de imunização que promovem o combate a doenças e alérgenos oriundos do ambiente em que mãe e filho estão incluídos (LOWDERMIL e PERRY, 2008).

Durante o módulo de GCC, com o intuito de promover o aleitamento materno, e incluída no projeto de “Hospital amigo do Bebê” ao qual o CHTS programa aderir, dinamizamos uma sessão de formação dirigida a quatro grávidas internadas, com indicação de repouso absoluto no leito. Esta sessão decorreu na própria enfermaria, tendo sido convidados os familiares a participar. Neste sentido tivemos o cuidado de fechar a porta da enfermaria, minimizando assim as interferências e ruído. Realçamos que esta sessão decorreu de forma interativa tanto com as grávidas como com os seus familiares, os quais fizeram perguntas e partilharam experiências.

Foram abordados temas como anatomia da mama, fisiologia da produção de leite, composição do leite materno, vantagens da amamentação, técnica de amamentação, posições na amamentação, sinais de uma pega correta,

dificuldades e problemas na amamentação, tais como mamilos gretados, mamilo invertido ou umbilicado, ingurgitamento, mastite, extração manual e armazenamento de leite. No final, todos revelaram satisfação, referindo “esta foi uma visita diferente e muito produtiva”. Para nós, foi também uma experiência muito enriquecedora e surpreendente pelo facto de se desenvolver no contexto de enfermaria (e não em sala de formação) permitindo mais proximidade e interação com as grávidas e suas famílias, a qual tencionamos repetir no futuro.

No sentido de promover a tomada de consciência da grávida em relação às suas escolhas no que concerne ao TP, procuramos promover a organização das suas ideias na definição do seu plano de parto. Constatamos que as mulheres não sabiam o que é o plano de parto, e apesar de ouvirem a nossa explicação, não revelaram grande interesse pelo assunto, referindo que as decisões em relação ao parto seriam tomadas pelo seu obstetra.

Para a maioria das mulheres, a gravidez constitui um período normal das suas vidas. Para as grávidas internadas no serviço de Obstetrícia II que detinham um diagnóstico de gravidez de risco, por associação de uma patologia, mais ou menos grave, mas que determinava um internamento, com conseqüente interrupção do processo de preparação para a parentalidade, este é um período de *stress* emocional e sentimentos de medo provocados pelo risco de comprometimento do desenvolvimento fetal. Por isso, logo aquando da admissão, ou do primeiro contato com a grávida, procuramos avaliar o seu estado emocional, no sentido de planear e implementar intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez, prestando apoio contínuo, e avaliando a necessidade de apoio emocional específico (avaliação psicológica e psiquiátrica) que apenas foi necessária, uma vez, num caso de uma grávida com depressão, de início prévio à gravidez, que, ao longo do internamento apresentou várias crises de ansiedade, necessitando de apoio da sua psiquiatra.

Regra geral, verificamos que o diagnóstico da patologia que determinou o internamento, era recebido com alguma apreensão, mas facilmente ultrapassado, com as grávidas a manifestarem uma boa adaptação face à situação, principalmente quando procedíamos ao diagnóstico e monitorização da saúde materno-fetal, através dos meios clínicos e técnicos apropriados, quer avaliando os sinais vitais, quer procedendo à monitorização da CTG, à realização de exames laboratoriais, ou ao encaminhamento para outros exames complementares, comprovando a saúde materno-fetal e tranquilizando a grávida/casal.

Assim, os diagnósticos que motivaram o internamento no serviço de Obstetrícia II variaram entre a Restrição do Crescimento Intra-Uterino (RCIU), a Pielonefrite e Cólica Renal, a Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT) e Incompetência Cervico-Ístmica, alterações do Líquido Amniótico (LA) - Oligoâminos e Hidrâmnios, as Doenças Hipertensivas da Gravidez - Pré-eclampsia, Hemorragias e Placenta Prévia, e a Colestase Gravídica, tal como ilustrado nos quadros seguintes:

Utente	Idade Gestacional	Diagnóstico
1	32 s	RCIU
2	18 s	Pielonefrite
3	22 s + 4d	APPT/ Incompetência Cervico-Ístmica
4	19 s	Cólica Renal
5	31 s	Oligoâminos
6	-	Gravidez Ectópica
7	32 s	Pré-eclampsia

Tabela 1 - Diagnósticos das grávidas internadas a 03/04/2013

Utente	Idade Gestacional	Diagnóstico
1	35s + 6d	Metrorragias
2	29s + 3d	Gravidez gemelar + Colestase Gravídica
3	25 s + 6d	APPT/ Incompetência Cervico-Ístmica
4	9 s	Cólica Renal
5	34 s + 2d	Oligoâminos
6	23s + 3d	Pielonefrite
7	29s + 3d	Diabetes Mellitus Gestacional
8	31s + 4d	Placenta Prévia
9	30s + 1d	Hidrâmnios
10	21s	Cólica Renal
11	31s + 5d	Apendicite

Tabela 2 - Diagnósticos das grávidas internadas a 26/04/2013

Ao longo do módulo de GCC foram prestados cuidados a todas as grávidas internadas, o que permitiu o contato com diferentes patologias e suas complicações obstétricas. No entanto, relevamos dois casos que subsistiram, com diagnósticos de APPT por Incompetência Cérvico-Ístmica e RCIU por Oligoâminos, cujos internamentos se prolongaram durante todo o estágio, o que motivou uma maior interação, e um elevado envolvimento emocional com as grávidas em questão, e por isso, entendemos importante explicar estas vivências. Além destes, abordaremos também a situação particular referente à grávida com diagnóstico de Apendicite, a qual consideramos bastante pertinente pela sua singularidade.

A incompetência cérvico-ístmica corresponde a uma incapacidade do colo uterino para se manter fechado à medida que o produto de concepção aumenta de tamanho, cedendo à pressão intra-uterina e permitindo a sua expulsão (GRAÇA, 2010).

É caracterizada por dilatação quase indolor do colo uterino, sem que exista TP ou contrações uterinas no 2º ou no início do 3º trimestre, com protusão vaginal das membranas e sua rotura, seguida de expulsão de um feto vivo, podendo provocar aborto ou um parto pré-termo, dependendo da idade gestacional. Os critérios de diagnóstico por ultrassonografia são colo uterino curto - menos de 20 mm de comprimento e afunilamento do orifício interno de 30 a 40% (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Perante este diagnóstico procedemos à avaliação dos sentimentos da mulher sobre a sua gravidez e a sua compreensão sobre o significado do diagnóstico, bem como os seus sistemas de apoio na família, pelo que, a grávida e família, foi informada e orientada sobre os sinais e sintomas de risco - dor, contrações uterinas, hemorragia ou perda de LA, bem como da gravidade e significado do diagnóstico.

O tratamento nesta situação, exige o repouso absoluto no leito, a hidratação e administração de progesterona, anti-inflamatórios e antibioterapia, e pode ser necessária uma *cérclage* cervical - designação para a intervenção cirúrgica efetuada durante a gestação, destinada a encerrar a porção proximal do colo do útero, com objetivo de corrigir temporariamente uma situação de incompetência cérvico-ístmica (GRAÇA, 2010).

No caso acompanhado, a grávida necessitou de ser submetida a uma ciclorrafia, cujos riscos de rutura prematura de membranas (RPM), trabalho de parto pré-termo (TPPT) e corioamnionite, exigiram que fosse realizada até cerca das 25 semanas de gestação. Esta pode ser programada (como foi o caso) ou emergente. A nossa atuação, além de colaboração, passou por preparar a grávida para o procedimento operatório, e após o mesmo, pela monitorização intensiva das contrações e do despiste da RPM e sinais de infeção (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Uma das maiores preocupações da nossa atuação encontrava-se dirigida à prevenção de infeção, risco que, de acordo com Graça (2010) é muito frequente, principalmente quando a intervenção é efetuada depois das 20 semanas, dado que a intervenção tardia é mais suscetível de complicações. Igualmente importante, é o despiste de desencadeamento de contratilidade uterina que não ceda a

tocolíticos, a qual impõe a imediata remoção da *cérclage*, uma vez que o efeito de contrações uterinas vigorosas, contra o obstáculo representado pela sutura cervical, poderá resultar em rotura do colo ou do corpo do útero.

Foi ainda efetuado o ensino relativo à auto-vigilância da grávida e à monitorização contínua pelo EEESMO, bem como, mais uma vez avaliados os sentimentos da grávida e do casal em relação à gravidez. A utente foi informada e orientada sobre as medidas de suporte para alívio dos desconfortos, nomeadamente de analgesia, de posicionamento e autocuidado, de gestão do ambiente físico e de apoio emocional (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Realçamos a componente emocional, fortemente associada a esta situação, que particularizou este caso, e permitiu um envolvimento emocional e o desenvolvimento de uma relação afetiva, muito para além da profissional, dado que acompanhamos a grávida em todo o processo, e ela permaneceu internada durante todo o estágio de GCC.

Outra situação acompanhada foi a referente a uma grávida internada com diagnóstico de RCIU por oligoâmnios. De acordo com os autores, o oligoâmnios consiste na diminuição do líquido amniótico, no entanto o estabelecimento da sua definição não é unânime. Assim, segundo Camano [et al.], (2003)...*Oligoâmnios é a redução da quantidade do líquido amniótico (LA), geralmente inferior a 300 ml e com valores abaixo do percentil 5 da curva de normalidade em relação à idade gestacional ou menor que 5 cm ao se utilizar o índice do líquido amniótico (ILA). Incide em 0,5 a 5,5% das gestações e está associado a maior morbiletalidade perinatal (na ausência de rotura das membranas, eleva o risco de morte em 40 vezes).*

Lowdermilk e Perry (2008) referem que ...*O volume de líquido amniótico é um indicador importante na avaliação do bem-estar fetal. A existência de uma quantidade inferior a 300 ml de líquido amniótico (oligohirâmnios) está relacionada com a existência de malformações renais fetais. Finalmente Graça (2010) considera que, ...na gravidez avançada, o volume de LA deverá situar-se entre os 500 ml e os 2000 ml; o volume inferior a 500 ml designa-se por oligoâmnios (ou oligohidrâmnios) e, quando superior a 2000 ml por hidrâmnios (ou polihidrâmnios).*

O oligoâmnios pode derivar da menor produção de LA ou da sua perda por via vaginal. No caso de menor produção de LA destacam-se 3 patologias: a restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), a gravidez prolongada e as

malformações fetais. No caso de perda de LA por via vaginal evidencia-se a rotura prematura de membrana (CAMANO [et al.], 2003).

Assim, facilmente se compreende, que a diminuição do volume de LA acarreta consequências ominosas para o feto. Esta situação complica cerca de 4% de gestações. No 2º trimestre, 50% dos casos de oligoâmnios são devidos a rotura prematura de membranas amnióticas, 15% por malformações fetais, 5% por anomalias da gravidez gemelar, 7% por descolamento prematuro da placenta, 18% por RCIU e 5% de causa idiopática (MONTENEGRO e REZENDE FILHO, 2008).

A nossa intervenção esteve direcionada para o diagnóstico e monitorização de desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além dela. Durante o módulo de GCC não tivemos oportunidade de assistir ao diagnóstico de oligoâmnios (o qual foi efetuado pelo médico num turno anterior ao nosso), dado que o primeiro contato com a grávida se verificou no 2º dia de internamento após o seu diagnóstico. No entanto, devido à pesquisa efetuada, temos bem presentes os seus critérios. A suspeita de oligoâmnios deve ser uma realidade aquando da anamnese com informações direcionadas para as patologias supracitadas, quando o exame obstétrico objetivar mensuração uterina menor que a esperada para a idade gestacional, ou quando as Manobras de Leopold denotarem maior nitidez das partes fetais (CAMANO [et al.], 2003).

Assim, à inspeção o útero aparenta menor volume do que o esperado para a idade gestacional (IG). A grávida pode notar uma redução ou atraso no início dos movimentos fetais. À palpação, o útero é pequeno e as partes fetais são facilmente sentidas. A apresentação pélvica é possível. A auscultação é normal (FRASER e COOPER, 2009).

Normalmente o diagnóstico de oligoâmnios começa por ser suspeito clinicamente, devido a “útero pequeno para a idade gestacional”, no entanto a sua confirmação baseia-se na ultrassonografia, que evidencia uma bolsa de líquido amniótico de diâmetro vertical inferior a 2 cm (MONTENEGRO e REZENDE FILHO, 2008).

Perante este diagnóstico segue-se um internamento em repouso absoluto no leito, o qual implica o afastamento do seio familiar e consequente interrupção do processo de preparação para a parentalidade, com privação de vivência de um período de gravidez normal que naturalmente proporciona grande felicidade ao casal. A nossa intervenção dirigiu-se para o esclarecimento, informação e orientação da grávida/casal em relação a este diagnóstico, e aos sinais e sintomas dele característico, nomeadamente a possível RPM, pelo que a grávida era

ensinada sobre sinais de ruptura de membranas e perda de LA, e a importância da monitorização da sua quantidade (usando como referência o número de pensos higiénicos utilizados em cada dia). Assim, eram explicadas as características do LA, e sua importância para o desenvolvimento fetal, bem como a possibilidade de ocorrência de contratilidade uterina, e o esclarecimento do seu significado.

Nesta fase foi também nossa preocupação o risco de infeção associado à RPM pelo que foi garantida a aplicação de medidas de prevenção da contaminação, e ensinada a grávida em relação ao autocontrolo de infeção, nomeadamente a lavagem das mãos, bem como a forma de higienizar o períneo, limpando-se sempre no sentido da região anterior para a posterior, ou seja da uretra para o ânus. Dado o risco de perda sanguínea, a grávida foi também ensinada em relação aos sinais de perda sanguínea, bem como monitorizada a sua TA, FC e FR regularmente (1xturno).

Era nossa preocupação informar e orientar a grávida sobre medidas de suporte para o alívio dos desconfortos da gravidez, e principalmente, os associados ao internamento e ao repouso absoluto no leito, que determinava necessidades específicas no que concerne ao autocuidado e à hipoatividade, pelo que a grávida era auxiliada no autocuidado, e o pai do bebé foi ensinado a efetuar massagem corporal e lombar para alívio desses desconfortos (na sua ausência estas intervenções eram naturalmente asseguradas por nós). Foram também ensinados os exercícios de mobilização ativa e passiva, bem como explicadas as consequências da hipoatividade a nível de aumento do risco de alterações tromboembólicas e atrofia muscular.

A nossa intervenção foi dirigida também ao planeamento e implementação de intervenções direcionadas à grávida com oligoâmnios, focando os diagnósticos de Gravidez comprometida por patologia associada - oligoâmnios, procedendo à monitorização da CTG, explicando o seu procedimento e o modo de realização, obtendo a sua colaboração e dando oportunidade para esclarecer eventuais dúvidas.

No sentido de minimizar os efeitos do autocontrolo comprometido, relacionado com sentimentos de medo, foi encorajada a comunicação expressiva de emoções, bem como promovida a escuta ativa. Procuramos ainda minimizar os efeitos da adaptação à parentalidade comprometida, proporcionando suporte emocional, promovendo a expressão de sentimentos e medos, fornecendo apoio e estabelecendo uma relação empática com o casal.

O objetivo do tratamento do oligoâmnios é estabelecer a sua causa investigando a sua etiologia e os seus efeitos fetais. Se na ultrassonografia for demonstrada agenesia renal o feto não tem condições de sobrevivência. Se a agenesia não estiver presente, é necessário o estudo do LA, é estabelecido o seu volume estimado por ultrassonografia, é efetuada uma anamnese cuidada capaz de ir de encontro ao despiste de rutura prematura de membranas e é efetuado um estudo da função placentar (FRASER e COOPER, 2009).

No entanto, outros desfechos se possibilitam de acordo com as circunstâncias tal como considera Camano [et al.], (2003)...*Em casos de malformações do trato urinário incompatíveis com a vida extra-uterina, é aventada a possibilidade de abortamento terapêutico em concordância com o casal ou de conduta expectante.*

A maioria das vezes é adotada a conduta expectante. Nos últimos anos, em alguns casos, tem-se preconizado a infusão de líquido amniótico na cavidade âmnica - amnioinfusão, com indicação para melhor análise da anatomia fetal à ultrassonografia, a prevenção intraparto de compressão do cordão umbilical e a fluidificação do mecônio para impedir ou minimizar os efeitos da sua aspiração neonatal. Esta encontra-se ainda associada a melhoria da movimentação fetal e à prevenção de deformidades e da hipoplasia pulmonar. A sua recomendação aplica-se a um Índice de Líquido Amniótico (ILA) abaixo do percentil 5, e o seu procedimento é realizado por amniocentese, com infusão de soro fisiológico ou Lactato de Ringer aquecido a 37°C. O volume de infusão é determinado pelo retorno do ILA ao percentil 50, devendo-se repetir o procedimento quando o ILA estiver novamente abaixo do percentil 5. A amnioinfusão apresenta algumas complicações, as quais apresentam uma incidência de 0,5%, e se relacionam com a possibilidade de rutura prematura de membranas e processos infecciosos, principalmente quando necessária a sua repetição (CAMANO [et al.],2003).

De acordo com a evidência, atualmente não há consenso, se perante oligoâmnios, é imprescindível interromper a gravidez de imediato ou se deve manter uma conduta expectante, assim como não existe acordo em relação ao tratamento a utilizar quando a gravidez se encontra próximo do termo, ou quando a idade gestacional é inferior a 37 semanas. Por este motivo Ramón [et al.] apresentaram em 2009 os resultados de um estudo controlado dedicado à investigação da hidratação materna parentérica. Os autores referem que tem sido recentemente estudada a influência da hidratação materna parentérica, através da administração de soro fisiológico (SF) para favorecer a evolução gravidez com oligoâmnios. Na sua investigação foram determinados 2 grupos de estudo: um de

tratamento e outro de controlo. Às grávidas do grupo de tratamento foi administrado um bólus endovenoso de 2000 ml de solução salina isotónica (SF 0,9%) em 2 horas. Foram avaliados regularmente os sinais vitais, e as grávidas foram submetidas a monitorização cardíaca fetal para despiste de complicações, apenas se tendo verificado um caso de edema facial ligeiro que reverteu espontaneamente.

De acordo com os resultados obtidos, Ramón [et al.], (2009) explicam que a hidratação materna parentérica (HMP) produz hiposmolaridade do plasma materno e expansão do volume plasmático o que parece contribuir para o aumento do ILA. Além disso a HMP parece contribuir para o aumento da idade gestacional, em gestações próximas do termo, em cerca de duas semanas, e em gestações de termo em cerca de oito dias, contribuindo assim para a diminuição da prematuridade, o que naturalmente se reveste de importância fundamental para os resultados neonatais, que segundo a autora passam por diminuição do sofrimento fetal e ausência de dificuldade respiratória ao nascimento.

Rámon [et al.], (2009) são de opinião, que mesmo quando não se optar por HMP, a conduta expectante é contributiva para o aumento da idade gestacional em gestações pré-termo, que de acordo com os resultados do grupo de controlo aumenta em cerca de duas semanas; no entanto em gestações de termo não se verificaram resultados positivos, o que sugere a importância da HMP. Concluíram ainda que, nas gestações de termo a HMP diminui de forma significativa (18%) a taxa de cesariana em casos de oligoâmnios e aumenta a possibilidade de trabalho parto espontâneo.

No caso considerado foi adotada uma conduta expectante, a cliente foi admitida para vigilância materno fetal dado o diagnóstico de oligoâmnios e RCIU, e optou-se por realizar ciclo de corticoterapia promovendo assim a maturação pulmonar. De acordo com a evidência científica, o uso dos corticosteróides no período pré-natal reduz o risco de morbidade pulmonar neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolite necrosante e morte neonatal. A betametasona e a dexametasona são os corticosteróides mais usados para acelerar a maturação pulmonar, devido à rápida absorção da placenta e devido ao facto de apresentarem atividades biológicas semelhantes (MAROGOTTO [et al.], 2007).

O *American College of Obstetrician and Gynecologists* (ACOG) recomenda que a grávida entre as 24 e as 34 semanas, que apresentam risco de parto prematuro recebam duas doses de betametasona (12 mg) intramuscular com

intervalo de 24 horas, dada a sua maior semivida, ou 4 doses de dexametasona (6mg) intramuscular a cada 12 horas.

Salientamos que Marogotto [et al.], (2007), no seu estudo: *Betamethasone vs dexamethasone for the prevention of morbidity in very-low-birthweight neonates*, concluem que a betametasona deva ser o corticosteróide preferido no uso antenatal na grávida com risco de parto prematuro, por estar associado a uma significativamente menor incidência de doença da membrana hialina e displasia broncopulmonar. No entanto, refere a necessidade de mais estudos randomizados para comparar os resultados do uso antenatal da betametasona e dexametasona.

Foi da nossa responsabilidade a cooperação com outros profissionais (nomeadamente o obstetra) no tratamento da mulher com complicações da gravidez, associada à patologia de Oligoâmnios, a qual passou pela administração e manutenção do ciclo de corticoterapia. O protocolo do CHTS prevê, em conformidade com a bibliografia, a utilização da betametasona, pelo que foi administrada a 1ª dose intramuscular às 19h de dia 05/04/2013 e a 2ª toma às 19h de dia 06/04/2013.

Uma outra situação marcante vivenciada ao longo do módulo de GCC, foi um caso de emergência cirúrgica durante a gravidez. A necessidade de cirurgia abdominal ocorre tão frequentemente em grávidas como em não grávidas de idade idêntica, contudo a gravidez pode tornar os diagnósticos mais difíceis, dada a existência de um útero aumentado que altera a disposição dos órgãos internos, dificultando a palpação abdominal, alterando a posição de um órgão afetado e mudando os sinais e sintomas associados a determinada patologia, pelo que nestas situações torna-se mais difícil proceder ao diagnóstico e monitorização de desvios à gravidez normal (LOWDERMILK e PERRY, 2008). Por isso, a nossa intervenção no diagnóstico, remeteu-se à referenciação da situação ao obstetra, o qual solicitou a colaboração do cirurgião, e em conjunto procederam ao diagnóstico de Apendicite numa grávida com 31 semanas e 5 dias.

De acordo com as Lowdermilk e Perry (2008) os problemas comuns que necessitam de cirurgia abdominal durante a gravidez, incluem a cérclage, a cistectomia ovárica e a apendicectomia, as quais motivam preocupações com o feto, relacionadas com os efeitos teratogénicos secundários às drogas anestésicas utilizadas, morte intra-uterina e trabalho de parto pré-termo. Por isso, a anestesia regional é preferível, com monitorização fetal e materna intensiva.

A apendicite ocorre em cerca de 1 em 2000 gravidezes. O seu diagnóstico é frequentemente atrasado devido aos usuais sinais e sintomas imitarem algumas

alterações normais da gravidez como as náuseas, os vômitos e a leucocitose. À medida que a gravidez progride o apêndice é empurrado para cima e mais para a direita da sua posição anatómica, podendo levar à sua rotura e consequente peritonite. Esta situação, naturalmente, implica dor abdominal no quadrante inferior direito, e náuseas e vômitos com perda de apetite. Pode ainda motivar defesa muscular e os movimentos do útero que exacerbam a dor. Pode ainda surgir temperatura ligeiramente aumentada - até 38°. Devido à leucocitose fisiológica da gravidez, este não é um dado importante no estabelecimento do diagnóstico (LOWDERMILK e PERRY, 2008). Pode ocorrer piúria em 10-20% das grávidas, tal como hematuria microscópica (GRAÇA, 2010).

Nesta altura, foi importante identificar estes sintomas e informar e orientar a grávida e conviventes significativos sobre os seus riscos, explicando que se encontram relacionados com o diagnóstico de Apendicite e não com a gravidez. Em simultâneo, tornou-se importante informar e orientar sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos, nomeadamente, da gestão da analgesia e do ambiente, bem como medidas de arrefecimento natural para prevenção da hipertermia.

Nesta situação, o tratamento consistiu na apendicectomia. A antibioterapia profilática é controversa, excepto se houver perfuração do apêndice, peritonite ou abscesso, onde a terapêutica EV com antibiótico de largo espectro, passa a ser mandatória (GRAÇA, 2010).

No caso acompanhado o antibiótico foi prescrito com objetivo profilático, antes que uma possível rotura intestinal se verificasse, pelo que, as nossas intervenções foram direcionadas para a sua administração, monitorizando a situação de saúde materna e avaliando o grau de controlo da dor. Foi ainda efectuado ciclo de maturação pulmonar, dada a elevada probabilidade de interrupção da gravidez por cesariana emergente.

A perfuração do apêndice, com incidência na mulher não grávida é de 4-19%, mas pode atingir os 57% na grávida, e ocorre em paralelo com o aumento da incidência de peritonite e o aumento da idade gestacional (GRAÇA, 2010). Assim, no 3º dia de internamento, mantendo a grávida os sinais e sintomas, foi decidido interromper a gravidez e efetuar apendicectomia, pelo que a nossa intervenção foi direcionada para a colaboração com o obstetra e cirurgião no sentido de efectuar a preparação pré-operatória para a cesariana emergente.

Ao longo deste módulo, tivemos oportunidade de contactar com variadas patologias associadas à gravidez, pelo que foi determinante na nossa prática a

avaliação do bem-estar materno-fetal, recorrendo aos meios técnicos e clínicos apropriados. Em todos os turnos eram avaliados os sinais vitais (TA, FC, FR, T e Dor) e despistadas perdas hemáticas ou de LA. Assim, foi frequente a monitorização da proteinúria (principalmente em doenças hipertensivas da gravidez) bem como da cetonúria (principalmente em casos de diabetes pré ou gestacional) uma vez por dia. Além disso, procedíamos, de acordo com indicação médica, e sempre que considerado pertinente, à monitorização da CTG, e à sua interpretação e registo no sistema informático de apoio à documentação das intervenções de enfermagem. De acordo com a idade gestacional, eram também monitorizados os ruídos cardíacos fetais, utilizando um ecodopler.

Através das manobras de Leopold, da observação da estrutura pélvica, bem como da consulta do processo clínico e interpretação das ecografias, procuramos também avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto, não detectando anomalias.

Foi ainda nossa intervenção a monitorização de desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações a outros profissionais quando necessário. Estas situações consistiram no pedido de colaboração de Psiquiatria para uma grávida internada por RCIU com diagnóstico de depressão prévia à gravidez.

Na grande maioria das grávidas, as depressões são de intensidade ligeira ou medianas (também chamadas depressões neuróticas); os síndromes depressivos verdadeiramente graves observam-se em menos de 10% dos casos. Nas depressões neuróticas, a mulher apresenta sentimentos de incapacidade, de autodesvalorização, astenia, alterações do sono e estados ansiosos.

Baseado em Steer (1993), Graça (2010) refere estar verificada uma correlação positiva entre a intensidade dos sintomas depressivos e um risco mais elevado de RCIU ou de prematuridade, tal como verificado no caso em questão. Dadas as frequentes crises de ansiedade, durante o seu internamento foi necessário solicitar a colaboração psiquiátrica por diversas vezes, até à interrupção da gravidez com cesariana eletiva, por volta das 35 semanas de gestação.

Foi ainda necessário, por diversas vezes, proceder à avaliação das condições socio-económicas domiciliárias de várias grávidas internadas, solicitando apoio ao serviço social. O contexto actual de condições sociais que o país atravessa, justifica a elevada frequência com que esta colaboração é necessária. Além disso, dada a existência de várias grávidas com indicação de repouso

absoluto no leito, além de ensinadas em relação à realização de exercícios ativos e passivos de prevenção das complicações associadas à hipoatividade, foi, por diversas vezes, solicitada a colaboração do fisioterapeuta, no intuito de complementar estes cuidados.

A transferência de grávidas do serviço de Obstetrícia II verifica-se, normalmente, para o bloco operatório, quando há indicação de realização de uma cesariana eletiva, ou para o bloco de partos por início ou indução do TP. Assim, é efetuada a preparação pré-operatória (cuidados de higiene, jejum, cateterismo periférico, soroterapia) e assegurado o bem-estar fetal pela monitorização da CTG. Enquanto estudante do MESMO, coube-nos a decisão sobre o melhor momento para transferir e assegurar a transferência, sempre antecedida de um telefonema para o bloco operatório ou para o bloco de partos, acompanhando a grávida até lá, de forma a apresentá-la ao EEESMO que a recebe e que irá assumir a continuidade de cuidados.

1.1.2. Desenvolvimento De Competências Específicas No Âmbito Do Trabalho De Parto E Parto

O módulo de trabalho de parto e parto visa a formação de profissionais no domínio da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de forma a promover o desenvolvimento e a aquisição de um conjunto de competências técnico científicas e clínicas, necessárias à implementação de cuidados especializados à mulher durante o trabalho de parto e parto, eutócico e ou distócico; à puérpera; ao recém-nascido normal e ou de risco.

Preconiza-se que o estudante cuide a mulher e a família de uma forma culturalmente congruente durante o trabalho de parto e parto, em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina, de acordo com as competências definidas e aprovadas pela OE.

Estas, no que concerne à promoção da saúde, apontam o EEESMO, como o profissional envolvido no cuidado à mulher e família, em ambiente seguro, otimizando as condições de saúde da parturiente e do recém-nascido (RN). Assim, enquanto estudante do MESMO atuamos de acordo com o plano de parto, e de 36

acordo com a organização, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado, dado que cada mulher, inserida na família, deve estabelecer o seu plano de parto, ou seja, tal como defende Lowdermilk e Perry (2008), as práticas e procedimentos que gostariam de incluir ou excluir na sua experiência de nascimento.

Neste sentido, a existência do plano de parto torna-se uma mais-valia no conhecimento e satisfação das expectativas da mulher em relação ao seu parto. A sua inexistência, sujeita a mulher à sequência dos protocolos vigorados nas instituições garantindo a salvaguarda de intervenções de qualidade e o controlo do risco, de forma generalizada, isto é, nem sempre incluindo a individualidade e expectativas pessoais de cada mulher.

Daí advém a importância do estabelecimento do plano de parto. Mas para definir o seu plano de parto, a mulher tem que estar consciente e devidamente informada para a tomada de decisão em relação ao seu corpo e ao seu parto, e por isso o EEESMO ocupa um papel privilegiado neste processo.

Hermansson e Martensson (2010) introduzem o conceito de *Empowerment*, enfatizando o importante papel das EEESMO que capacitam as mulheres através das suas práticas sustentadas nas crenças e valores significativos para a mulher, utilizando como ferramentas a investigação e a educação para a saúde, e assim traduzindo também o seu próprio empoderamento profissional.

No decorrer do estágio no Bloco de Partos, constatamos que a maioria das mulheres não tem conhecimento do que é um plano de parto e assim, não o tem definido para o seu parto. No sentido de conhecer e ir ao encontro das expectativas das parturientes, dentro dos limites dos protocolos promovidos na instituição, aquando da admissão, e principalmente durante a fase latente do trabalho de parto, em que a mulher se encontra mais disponível para interagir, fomos determinando, através de conversas informais, quais as escolhas da mulher e do casal.

Assim, a mulher foi informada acerca das normas da instituição e logo avaliada a sua adesão às mesmas, e foi questionada em relação às suas escolhas no que concerne à presença do acompanhante (o qual, na maioria dos casos, era o marido/companheiro e pai do bebé, embora ocorressem algumas situações em que o acompanhante era a mãe da parturiente, pelo facto de o pai do bebé se encontrar ausente a trabalhar no estrangeiro).

Foram também questionadas as suas opções em relação à receção do RN (interesse em laquear o cordão umbilical, ou permitir o contacto pele a pele, com

a colocação do RN no abdómen da mãe, e interesse em que este fosse amamentado, se possível, durante a 1ª hora após nascimento). Em relação à gestão do ambiente e do espaço físico da sala, procuramos conhecer as suas preferências quanto à temperatura, luminosidade e possibilidade de existência de música.

Nesta altura, era efetuada também uma abordagem da evolução do trabalho de parto e questionada a decisão em relação ao controlo da dor, colocando disponíveis as opções não farmacológicas (massagem lombar, possibilidade de mudança de posição horizontal e vertical ou deambulação durante o TP até ao WC, com possibilidade de tomar duche e o uso de bola) e farmacológicas (administração de fármacos opióides de atuação sistémica e analgesia epidural).

Na nossa prática, visando as competências do EEESMO, procuramos garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto, parto, e nascimento dado que, de acordo com Lowdermilk e Perry (2008) o parto é uma altura em que os EEESMO estão expostos a grande quantidade de sangue e fluidos corporais da mãe e do recém-nascido, pelo que é muito importante garantir as condições de segurança padronizadas para prevenir a transmissão de infeção.

Na maioria das vezes, as infeções perinatais são transmitidas através do contato com fluidos corporais, pelo que, consideramos importante implementar medidas que promovessem um ambiente seguro durante o TP, parto e nascimento. Assim, foram lavadas as mãos antes e depois de calçar as luvas e realizar qualquer procedimento; procedemos ao uso de luvas (limpas ou esterilizadas, conforme indicado) durante a realização de procedimentos que implicassem contato com fluidos genitais e corporais da mulher, incluindo perdas hemáticas (p. ex. durante o exame vaginal, amniotomia, cuidados perineais, inserção de um elétrodo para monitorização interna e cateterismo); foi usada máscara com viseira e bata (impermeável e esterilizada) durante a assistência ao parto; foi envolvida a mulher com resguardos ou lençóis esterilizados, e explicado onde poderia ou não tocar; ajudamos o pai a colocar as proteções apropriadas ao tipo de parto, tais como bata, máscara, touca e proteções para sapatos, e indicamos onde poderia permanecer e onde poderia tocar; e foram usadas luvas e touca durante a prestação de cuidados ao recém-nascido, imediatamente após o nascimento.

Durante o módulo no bloco de partos, estas medidas fizeram sempre parte da nossa prática diária, no sentido de minimizar os riscos de infeção. No âmbito da prática de EEESMO procuramos conceber, planear, implementar e avaliar

intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos durante a experiência de parto, que é única para a mulher e para o casal, e, embora se apresente como um processo doloroso, este, é também um processo fisiológico e natural, cujos desconfortos podem ser mais ou menos intensos, de acordo com cada mulher e as suas crenças, pelo que estas devem ser respeitadas no sentido de favorecer o bem-estar da mulher durante o TP, e de potenciar a experiência de parto como positiva para o casal.

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008), quando as necessidades e os desejos são satisfeitos proporcionam uma sensação de conforto. O conforto pode ser visto como fortificante, e constituir uma mudança de paradigma na interpretação da dor do TP. As intervenções mais úteis para o aumento do conforto estão relacionadas com uma abordagem centrada no cuidar.

Assim, ao longo do módulo no bloco de partos a perspetiva do cuidar esteve sempre presente e em conformidade com o pressuposto anterior. Foi sempre adotada uma postura profissional e empática na abordagem à mulher e ao casal, sempre facultando informação e as explicações necessárias no sentido de promover a confiança.

Esteve sempre presente a preocupação em prestar o apoio necessário no sentido de potenciar o autocontrolo na mulher de forma a superar os desconfortos do TP. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008) o profissional de enfermagem, desenvolve todos os dispositivos para proporcionar à mulher tudo o que necessita para o controlo da sua experiência de dor. Esses dispositivos incluem intervenções farmacológicas e não farmacológicas. A presença de uma pessoa (familiar, ou amigo) que proporcione apoio físico, emocional e psicológico é uma forma benéfica de cuidar, que alivia a dor significativamente, melhora os resultados, diminui as intervenções (p. ex. utilização de medidas farmacológicas para o alívio da dor), a taxa de complicações (p. ex. partos por cesariana) associadas ao parto e melhora a satisfação global materna.

Assim, foi facilitada a presença de uma pessoa significativa, maioritariamente o pai da criança, ou em menos casos, uma avó da criança ou uma amiga da mãe. Na sala de parto o pai era devidamente acomodado numa cadeira instalada ao lado da cama, permitindo a proximidade e o apoio contínuo à parturiente. Foram ainda explicadas, exemplificadas e treinadas as técnicas respiratórias na fase inicial do trabalho de parto com objetivo de proporcionar alívio da dor das contrações e do período expulsivo.

Além disso, foram também disponibilizadas algumas medidas não-farmacológicas de alívio dos desconfortos, nomeadamente o toque e a massagem, a *effleurage*, a aplicação de calor na região sagrada e compressas molhadas em água quente aplicadas no períneo, e a aplicação de compressas frias na região frontal da cabeça de forma a fornecer a sensação de frescura. Foi ainda fornecido material (copo com água e espátula com esponja) para o pai hidratar os lábios e a boca da mulher, de forma a evitar a boca seca que a maioria refere, dado a sua permanência em jejum, de acordo com as normas da instituição.

Outra das nossas preocupações recaiu sobre o ambiente envolvente, dado que como referem Lowdermilk e Perry (2008) a qualidade do ambiente pode influenciar a capacidade da mulher para lidar com a dor do trabalho de parto. As mulheres preferem ser cuidadas por familiares, num local confortável semelhante ao lar. O ambiente deve ser seguro com privacidade, permitindo à mulher sentir-se livre para ser ela mesma a tentar medidas de conforto. Os estímulos ambientais envolvem o ruído, a luminosidade e a temperatura que devem ser ajustados de acordo com as suas preferências. Deve existir espaço para a mulher se movimentar e o equipamento para as várias medidas não farmacológicas de alívio da dor.

Assim, procuramos manter o nível de luminosidade mais confortável para a mulher, sempre fechando a porta para proteger a sua privacidade e limitar o nível de ruído do exterior da sala de parto, e sempre foi promovida a mudança de posição. No entanto, esta limitava-se à presença na cama, dado que a maioria das mulheres solicitou analgesia epidural, o que tornou impeditiva a deambulação ou a posição vertical.

Salientamos, que ao longo do módulo no bloco de partos a grande maioria das mulheres optou pela realização de analgesia epidural. Os casos em que esta não foi opção tratavam-se de multíparas em fase ativa do 2º período do TP, em que a colocação do cateter epidural não foi possível, pelo que nestes casos houve oportunidade de alternar a posição das parturientes, as quais foram auxiliadas a efetuar levantar e adotar posturas facilitadoras do encravamento da apresentação fetal, desde que estivesse garantida a monitorização contínua da CTG, e efetuar massagem lombar, não havendo adesão em relação a outras técnicas.

A nossa atuação no acompanhamento da mulher em TP exigiu o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações a ele associadas. De acordo com o regulamento de competências específicas do EEESMO da ordem dos enfermeiros (2010b) é da responsabilidade deste profissional a identificação e monitorização

do TP, competência cuja aquisição ao longo do estágio, exigiu a aprendizagem contínua e a mobilização de conhecimentos baseados na evidência científica.

Graça (2010) entende o trabalho de parto como *o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.*

A determinação do início do TP é de importância extrema, por isso Lowdermilk e Perry (2008) apontam os sinais que o precedem: insinuação-mecanismo que ocorre cerca de 2 semanas antes do parto, que consiste na “descida” da apresentação para a pequena bacia, após o que, a mulher passa a sentir-se menos congestionada e respira melhor. No entanto, dá-se um aumento da frequência urinária, em consequência do aumento da pressão da apresentação sobre a bexiga.

Devido ao relaxamento das articulações pélvicas pode surgir a dor lombar acompanhada das contrações de *Braxton-Hicks*, que podem ser fortes, frequentes e irregulares. Uns dias antes do início do TP dá-se ainda um aumento da secreção vaginal, devido à congestão da mucosa vaginal e ocorre a libertação do chamado rolhão mucoso. Verifica-se ainda o amadurecimento cervical, em que o colo uterino fica amolecido e apagado (início da dilatação). Lowdermilk e Perry (2008) referem ainda que cerca de 2 dias antes do parto pode ocorrer uma perda de 0,5 a 1,5 Kg de peso devido à perda de líquidos, alterações eletrolíticas e variações nos níveis de estrogénios e progesterona, e pode também verificar-se uma sensação de aumento de energia.

De acordo com as autoras supracitadas, o início do TP envolve muitos fatores relacionados com o útero, colo uterino e hipófise materna. Dá-se uma distensão uterina progressiva, bem como um aumento da pressão intrauterina e um envelhecimento da placenta, contribuindo assim para uma crescente irritabilidade do miométrio, o que, associado ao aumento da concentração de estrogénios e prostaglandinas e diminuição da progesterona conduz à instalação das contrações uterinas fortes, regulares e rítmicas, características do verdadeiro TP. As autoras referem estudos relativos à pesquisa de Fibronectina Fetal, uma proteína encontrada no plasma e secreções cervicovaginais da mulher grávida antes do início do TP, e o seu contributo para a previsão do parto pré-termo em grávidas de risco.

Lowdermilk e Perry (2008) consideram que o TP pode ser abordado em duas perspetivas referentes aos mecanismos envolvidos no processo e aos quatro

períodos que a mulher atravessa - dilatação, expulsão, dequitação e hemóstase. O primeiro período do TP, chamado de Dilatação, inicia-se com a instalação de contrações uterinas regulares e rítmicas e termina com a dilatação completa, a qual, em algumas múltíparas pode ocorrer em uma hora, mas nas primíparas é raramente conseguida em menos de 20 horas.

Este período divide-se em três fases: a fase latente (caraterizada pela dilatação do colo uterino até aos 4 cm e contrações em intervalos de 10 a 15 minutos) a fase ativa (caraterizada por dilatação dos 4 aos 8 cm e contrações em intervalos de 2 a 3 minutos) e a fase de transição (caraterizada pelos 8 a 10 cm de dilatação e contrações uterinas em intervalos de 1 a 2 minutos).

O segundo período do TP conhecido como Expulsão inicia-se com a dilatação completa e termina com o nascimento; tem uma duração média de 20 minutos para as múltíparas e de 50 minutos para as primíparas, sendo considerado normal até às duas horas. Lowdermilk e Perry (2008,) referem Simkin e Ancheta (2000) para descrever a fase latente e a fase ativa do segundo período; a fase latente correspondendo a um período que se inicia com a dilatação completa, em que a mulher ainda não sente urgência em efetuar esforços expulsivos; a fase ativa referente ao período em que a mulher sente necessidade de efetuar grandes esforços expulsivos que se repercutem em avanços na apresentação fetal.

O terceiro período inicia-se imediatamente após o nascimento e termina com a expulsão da placenta- Dequitação; a sua duração pode não exceder três a cinco minutos, sendo contudo considerado normal até cerca de uma hora, embora o risco de hemorragia seja aumentando em função da duração deste período (LOWDERMILK e PERRY, 2008 baseadas em CUNNINGHAM [et al.], 2005).

O quarto e último período conhecido como Hemóstase inicia-se imediatamente após a expulsão da placenta e termina cerca de duas horas depois, caraterizando-se pelo restabelecimento hemostático e avaliação da formação do Globo de Segurança de *Pinard* (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Para que o nascimento ocorra por via vaginal, o feto tem que se adaptar ao canal de parto, experimentando várias rotações e ajustamentos que se designam por mecanismo do TP; este descreve uma combinação de sete movimentos cardinais que ocorrem em simultâneo com a finalidade da expulsão fetal e que consistem no *encravamento* da apresentação no estreito superior da bacia, depois a *descida* através da bacia, resultante da pressão exercida pelo líquido amniótico e pelo fundo uterino contraído, bem como da contração do diafragma e músculos abdominais da parturiente, até encontrar resistência provocada pelo colo uterino

ou pavimento pélvico ocorrendo a *flexão*, de forma a que seja o diâmetro suboccipito-bregmático a atravessar o estreito inferior da bacia (GRAÇA, 2010).

Quando atinge as espinhas isquiáticas, a apresentação fetal roda, colocando-se o diâmetro sagital coincidente com o diâmetro ântero-posterior do canal de parto, dando-se assim a *rotação interna*. Quando a apresentação fetal atinge o pavimento pélvico, progressivamente, dá-se a *extensão* e segue-se a sua exteriorização e a *rotação externa*, de forma a alinhar a cabeça com o dorso, libertando-se o ombro anterior e depois o posterior, após o que se dá um movimento de flexão lateral em direção à sínfise púbica resultante na *expulsão* do tronco e pernas (GRAÇA, 2010).

O acompanhamento deste processo exigiu a mobilização de vários conhecimentos, e foi baseado na avaliação da parturiente no que concerne à evolução da atividade uterina e seus efeitos a nível do apagamento e dilatação do colo uterino, e na sua relação com o grau de progressão da apresentação. Assim, procedemos à realização do exame vaginal periodicamente, o qual de acordo com Lowdermilk e Perry (2008) permite avaliar a progressão da apresentação ao longo do TP.

Sendo, no entanto, um exame gerador de *stress* e desconforto para a mulher, só deve ser realizado quando indicado pelo seu estado e do feto. As mesmas autoras defendem que deve ser realizado na admissão, quando ocorre uma alteração relevante na atividade uterina, quando a mulher sente pressão perineal ou vontade de efetuar esforços expulsivos, quando ocorre rotura de membranas ou, quando se verificam desacelerações com diminuição da FCF.

Ao longo deste módulo, o exame vaginal, enquanto importante meio de avaliação do início e da evolução do TP, foi largamente experienciado, tendo presente as indicações anteriores, bem como, sempre antecedido de uma explicação completa acerca do seu procedimento e do tipo de sensações que iria causar, revelando empatia e apoio à mulher no sentido de minimizar o *stress* e desconforto a ele associados, solicitando que se concentra-se no ritmo da respiração tentando relaxar todos os músculos do corpo em cada expiração.

Obtida a sua colaboração e permissão, o exame era efetuado com luva esterilizada e lubrificante no sentido de minimizar o traumatismo dos tecidos perineais; era avaliada a dilatação e extinção do colo uterino, a integridade das membranas, a apresentação, o grau de descida e a variedade fetal (anterior, posterior ou transversa), a qual nem sempre é fácil de obter.

A sua fiabilidade é questionável, tal como é referido num estudo realizado com o objetivo de explorar os fatores que influenciam a exatidão do exame vaginal para determinar a posição da cabeça fetal (variedade) durante a primeira fase do TP, e onde se demonstra que o exame vaginal é menos preciso do que a ultrassonografia (cujo uso no intraparto tem vindo a ser apontado como positivo), para determinar a posição da cabeça fetal durante a primeira fase do TP, e por isso estes resultados sugerem que é preferível realizar avaliações de ultrasonografia rotineiramente no intraparto (KAWABATA [et al.], 2010). No entanto, ao longo do estágio esta técnica nunca foi considerada, pelo que o exame vaginal constituiu o único método de avaliação da progressão fetal ao longo do canal de parto.

Os dados por ele obtidos são registados no partograma, ferramenta utilizada pelo EEESMO com a finalidade de registar a progressão do TP, o qual no Bloco de Partos do CHTS documentava informações relativas à dilatação e extinção do colo uterino, à progressão da apresentação, à integridade das membranas, à hora da sua rotura e às características do LA, bem como FCF, contratilidade uterina, grupo de sangue materno e registo de sinais vitais (Temperatura, TA, FC, FR e grau de Dor referido pela mulher).

Este constituía o principal meio de registo da evolução do TP e dos cuidados de enfermagem prestados à parturiente, apenas complementado com a identificação de alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem na aplicação informática do sistema CIPE; assim o partograma era anexado ao processo clínico utilizado pelos vários profissionais (EEESMO, Obstetras, Pediatras e Anestesiastas) constituindo também uma forma de continuidade de cuidados e comunicação na equipa multidisciplinar. O preenchimento do partograma era iniciado logo aquando da admissão à urgência obstétrica, e prosseguia na admissão ao Bloco de Partos.

No primeiro contacto, na urgência obstétrica, era realizado um exame físico e exame vaginal pelo obstetra em conjunto com o EEESMO, com a finalidade de diagnosticar o início do TP. Para este diagnóstico contribuiu a determinação do Índice de *Bishop* - sistema de classificação das condições do colo uterino, avaliando a sua dilatação, apagamento, consistência e posição;

De seguida, a mulher era internada numa unidade de Expectantes, onde utilizando técnicas de entrevista, procedemos à avaliação inicial, ao exame físico, à revisão dos resultados laboratoriais e meios complementares de diagnóstico, de

forma a determinar as condições de saúde da mulher e do feto, e apresentação das instalações e normas do serviço.

Depois procedemos à monitorização do TP, recorrendo às Manobras de *Leopold*, as quais permitiram identificar o número de fetos, a apresentação (cefálica ou pélvica), a situação (longitudinal, transversa ou oblíqua), a posição (direita ou esquerda), a atitude (flexão ou deflexão), o grau de descida e a localização esperada do ponto de intensidade máxima (PIM) da FCF também conhecido como Foco Fetal. Estas manobras permitem ainda a identificação do fundo uterino, que em conjunto com o Foco Fetal, são elementos orientadores para a colocação do Transdutor de ultrassons da FCF e do Tocodinómetro, permitindo a monitorização da FCF, das contrações uterinas e dos movimentos fetais (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

A FCF constitui o valor médio da FCF, avaliado durante um período de 10 minutos, em que não ocorrem alterações periódicas e não periódicas nem períodos de variabilidade muito marcada. A média normal, no termo da gravidez situa-se entre os 110 e 160 batimentos/minuto. O controlo da FCF é efetuado pelo automatismo do coração fetal, pelo sistema nervoso central e pelo sistema nervoso autónomo - um aumento da resposta simpática provoca a aceleração da FCF, enquanto o aumento da resposta parassimpática provoca a diminuição da FCF. Durante a contração uterina verifica-se um equilíbrio das respostas simpática e parassimpática, não se observando alterações na FCF o que é indicativo de bem-estar fetal e boa adaptação à mesma (LOWDERMILK, e PERRY, 2008).

A atividade uterina regular é uma característica do TP efetivo, isto é, a presença de contrações que se tornam mais frequentes e cuja duração aumenta, constitui a primeira força que, involuntariamente, contribui para a dilatação e extinção e consequente expulsão fetal e da placenta (FRASER e COOPER, 2009).

Assim, a sua avaliação inclui a descrição subjetiva da mulher, a palpação e a monitorização eletrónica, onde cada contração exhibe uma linha padrão de onda em forma de sino, e é caracterizada pela sua *frequência* - período de tempo que decorre entre o início de uma contração e o início de outra, o qual é de cerca de 10 minutos na fase latente do TP e de 1 minuto no período expulsivo; *intensidade-força* de uma contração no seu pico, que gradualmente atinge até 80 mmHg; *duração* - período de tempo que decorre entre o início e o fim de uma contração e o *tónus de repouso* - tensão do músculo uterino entre as contrações, durante o chamado relaxamento uterino. A avaliação da contração uterina constitui uma

referência na progressão do TP e daí a importância da sua monitorização (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

A monitorização e avaliação da FCF e da contração uterina foi largamente experienciada, e quando detetado um padrão anormal, este era imediatamente comunicado ao obstetra.

O trabalho de parto representa um período de stresse fisiológico para o feto, pelo que a monitorização contínua do seu estado de saúde é parte essencial dos cuidados de enfermagem durante esse período (LOWDERMILK, e PERRY, 2008). Por isso, durante o TP, é importante avaliar e determinar a adaptação do feto às contrações uterinas, sendo a Frequência Cardíaca Fetal (FCF) um dos indicadores do bem-estar fetal.

Assim, são várias as técnicas de monitorização da FCF, e, de acordo com Lowdermilk e Perry (2008) baseadas em Feinstein, Sprague e Trepanier (2000) *continua a ser debatido o método ideal de avaliação fetal durante o trabalho de parto. Os resultados de investigações indicam que quer a Auscultação Intermitente (AI) quer a monitorização eletrónica da FCF conduzem a resultados fetais semelhantes em utentes com baixo risco intra-parto. Embora a AI seja um método de baixa tecnologia para a avaliação do estado fetal durante o trabalho de parto que traz menos restrições à atividade materna, mais de 80% das parturientes nos Estados Unidos são monitorizadas eletronicamente pelo menos na última fase do trabalho de parto.*

A auscultação intermitente (AI) é usada para ouvir os sons do coração do feto e avaliar a FCF a intervalos periódicos. Para isso pode ser utilizado um estetoscópio de *Leff*, um fetoscópio de *DeLee-Hillis* ou um aparelho de ultrassons (Doppler). Utilizando a auscultação intermitente, o enfermeiro pode avaliar a FCF basal, o ritmo, o aumento e a diminuição da FCF basal. A escolha do método e frequência da observação do feto depende dos fatores de risco materno-fetais (LOWDERMILK e PERRY, 2008). No entanto, de acordo com Graça (2010) este tipo de controlo não é exequível na esmagadora maioria dos serviços de obstetrícia, onde é praticamente impossível disponibilizar uma EEESMO em exclusivo junto de cada parturiente.

A FCF deve ser avaliada imediatamente após rotura de membranas, uma vez que é esta a altura mais comum para o prolapso do cordão umbilical; após qualquer alteração do padrão das contrações ou no estado materno e antes e depois da administração de medicação à parturiente (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

O protocolo do CHTS prevê a monitorização contínua da CTG. A cardiocotografia tem por objetivo a avaliação contínua da FCF e consequentemente o nível de oxigenação do feto. Os traçados da FCF são analisados na procura de padrões característicos de acontecimentos de hipoxia específicos ou não (LOWDERMILK e PERRY, 2008 baseadas em KING e PARER, 2000).

Existem dois tipos de cardiocotografia: a monitorização externa, com recurso ao uso de transdutores externos colocados no abdómen da parturiente para avaliar a FCF (ondas sonoras de alta frequência refletem a ação mecânica do coração fetal) e a atividade uterina - tocotransdutor, que monitoriza a frequência e a duração das contrações uterinas por meio de um sensor de pressão aplicado no abdómen materno, as quais são registadas graficamente. Não impõe rotura de membranas e nem dilatação do colo uterino, e pode ser utilizado no ante e intraparto.

A monitorização interna, recorre à utilização de um elétrodo espiral aplicado à apresentação fetal para avaliar a FCF e um cateter de pressão intrauterina para avaliar a atividade e a pressão uterina. Esta obriga à rutura de membranas e à dilatação do colo uterino, pelo que só pode ser utilizada no intraparto.

A CTG contínua possibilita o registo contínuo, em suporte de papel e eletrónico, da FCF e das contrações uterinas, permite a avaliação da variabilidade da FCF, a deteção e identificação de padrões periódicos, a vigilância de vários fetos por uma só EEESMO e a possibilidade de rever o comportamento da FCF durante todo o TP (GRAÇA,2010).

Ao longo do módulo no bloco de partos, em nenhuma situação usamos a auscultação intermitente; a unidade dispunha de um aparelho de Doppler para esse efeito, o qual nunca era utilizado dada a preferência pela cardiocotografia a qual, de acordo com o protocolo do CHTS, era executada logo na admissão, mantida na sala de expectantes e de indução e permanentemente utilizada na sala de partos, apenas interrompida aquando da execução do bloqueio epidural, sendo portanto utilizada em todos os partos.

Esta era registada graficamente, de forma contínua, e no final de cada parto era arquivada eletronicamente e no processo clínico, procedendo-se aos devidos registos. Sempre que detetada alguma situação de alarme, a mesma era comunicada ao obstetra, registada no partograma e informaticamente através do SAPE (sistema de apoio à prática de enfermagem).

A nossa intervenção de promoção da saúde da parturiente, procurou sempre considerar a dor, enquanto fenómeno desagradável, complexo e muito individual com ambos os componentes sensorial e emocional. As grávidas preocupam-se, frequentemente, com a dor que irão sentir durante o TP e com o modo como irão reagir e lidar com ela, dado que é um fenómeno responsável por grandes níveis de medo e ansiedade (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Assim, proporcionamos medidas de alívio e cooperamos com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor. A nossa intervenção passou por promover todas as técnicas não farmacológicas passíveis de adaptar à sala de parto, bem como implementar as técnicas farmacológicas prescritas, as quais passam pela administração de analgésicos como o tramadol, ou opioides como a petidina e a analgesia com bloqueio epidural, técnica largamente utilizada na sala de parto e a principal escolha das mulheres.

Esta consiste na introdução de um cateter no espaço epidural, entre a 10^a Vertebra Torácica (T10) e a 5^a Vertebra Sagrada (S5), por onde é administrado, em bólus ou perfusão contínua, um anestésico (ex. ropivacaína) ou um analgésico opiáceo (ex. fentanil, sulfentanil). Assim, o efeito anestésico ou analgésico ocorrerá com variações no comprometimento motor dependendo do medicamento e quantidade usada (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

A técnica utilizada exige assepsia rigorosa e é executada por um profissional treinado (anestesista) o qual requer a colaboração de outro profissional. Sendo o EEESMO o responsável pela prestação de cuidados à parturiente, é da sua competência esta colaboração, que passa por explicar o procedimento, as fases e os cuidados a adotar durante o mesmo, explicar as estratégias de comunicação nos momentos das contrações, reunir e preparar todo o material necessário, garantindo as condições de assepsia, colocar e auxiliar a mulher a manter a posição adequada (sentada com as costas curvadas ou na posição de Sims modificada, com os ombros paralelos, os membros inferiores fletidos e as costas arqueadas e de forma mais imóvel possível), proceder à manutenção e administração de fármacos prescritos, e colaborar com o anestesista nos procedimentos necessários.

Ao longo do módulo no bloco de partos, todas estas intervenções foram largamente experienciadas, já que a maioria das nossas parturientes requereu a analgesia epidural para alívio da dor durante o seu trabalho de parto.

Nas situações em que as mulheres optaram por não fazer analgesia epidural, na sua maioria multíparas, apresentando como principal motivo o medo do desconhecido associado à picada na coluna (e o mito de que correria o risco de perder a mobilidade a nível dos membros inferiores) ou experiências negativas de partos anteriores com epidural - várias mulheres referiram a falta de sensibilidade nos membros inferiores e a dificuldade em colaborar no período expulsivo e um caso de uma mulher que no parto anterior, por dificuldade na colocação do cateter epidural ocorreu a perfuração da dura-mater, o que provocou cefaleias e tonturas persistentes ao longo de cerca de 15 dias, em consequência da perda de líquido cefalo-raquidiano, obrigando ao repouso absoluto no leito durante este período e dificultando a vinculação com o RN.

Esta situação encontra-se descrita na literatura como um dos riscos da analgesia com bloqueio epidural. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008) esta é uma das principais desvantagens da analgesia com bloqueio epidural, bem como a limitação da mobilidade da mulher pela necessidade de manter um acesso venoso, monitorização contínua, possibilidade de ocorrer hipotensão ortostática e tonturas, ou sedação e diminuição da força nos membros inferiores.

Lowdermilk e Perry (2008) referem ainda a possibilidade de efeitos centrais como agitação, comportamento bizarro, desorientação, parestesias e convulsões, ou hipertermia se o TP for superior a 12h, com risco de sépsis materna e neonatal, retenção urinária e principalmente, aumento na duração do TP e maior necessidade de instrumentalização no TP, com repercussão nas taxas de partos distócicos por ventosa, fórceps ou cesariana.

Nas mulheres que recusaram a epidural, constatamos um maior autocontrolo na tolerância da dor do TP e adesão a técnicas não-farmacológicas, como a massagem lombar, a mudança de posição, inclusive a posição vertical ou o uso da técnica respiratória. No entanto, ainda assim, as utentes mostraram interesse em obter algum alívio da dor pelo que houve necessidade de recorrer ao controlo farmacológico.

Khooshideh e Shahriari (2008) defendem que a analgesia ideal em obstetrícia tem como principal objetivo a analgesia eficaz e o mínimo de efeitos maternos e neonatais, pelo que o uso de uma analgesia adequada durante o trabalho de parto tem uma influência positiva no decorrer do mesmo.

Khooshideh e Shahriari (2008) sugerem a administração de opióides EV como uma alternativa simples e pouco invasiva, económica e de fácil administração, nomeadamente a petidina, opiáceo agonista largamente utilizado

no controlo da dor durante o primeiro período do TP, mas que tem, persistentemente levantado dúvidas sobre a sua eficácia no alívio da dor materna e preocupações sobre os resultados neonatais; além disso o seu efeito sedativo sobre a mãe levanta o risco de esvaziamento gástrico prolongado, o risco de aspiração e depressão respiratória.

Outra alternativa é o tramadol, sintético análogo da codeína e fraco agonista opióide, cuja eficácia analgésica é similar à petidina, mas com menor efeito sedativo para a mãe e logo melhores resultados neonatais.

Khooshideh e Shahriari (2008) realizaram um estudo para comparar os efeitos da administração de Tramadol e Petidina durante o TP. De acordo com os autores ambas as drogas possuem efeitos a nível do sistema nervoso central (vertigem, sonolência, fadiga, sedação, cefaleia) e sistema gastrointestinal (náuseas, vômitos, obstipação), sistema cardiovascular (hipotensão) e depressão respiratória, mas que parecem ser mais significativos na administração da petidina. O tramadol penetra a barreira placentar, mas dado o seu menor efeito de depressão respiratória, o seu uso no TP é seguro e associado a uma diminuição na sua duração média.

Os resultados deste estudo indicaram também que, apesar de ambos os fármacos não aliviarem completamente a dor do TP, eles produziram resultados comparáveis na satisfação materna (com mais de 50% de resultados bom ou excelente) e que a administração de 50 mg de petidina IM tem um efeito analgésico equivalente à administração de 100 mg de tramadol IM durante o primeiro estágio do TP. No entanto a petidina parece ser uma alternativa mais eficaz durante o segundo estágio do TP. Além disso, os resultados de Khooshideh e Shahriari (2008) revelam a não alteração do índice de Apgar e inexistência de depressão respiratória que exigisse ressuscitação.

Na nossa prática, tivemos oportunidade de proceder à administração de petidina, principalmente durante a fase lactente do primeiro estágio do TP. De acordo com o protocolo usado no CHTS a administração de 50 mg de petidina diluída em 100cc de soro fisiológico por via EV, era preferencial em relação à administração por via IM menos usada. De acordo com a bibliografia assistimos a um alívio ligeiro da dor, mas acompanhado de períodos de grande sonolência e menor colaboração materna, que foram contornadas com uso de suporte contínuo e medidas não farmacológicas já atrás referenciadas. Em nenhuma situação foi usado o tramadol no controlo da dor durante o TP, fármaco não previsto nos protocolos da instituição no alívio da dor durante o TP.

Foi também da nossa competência o diagnóstico e monitorização do risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da nossa área de atuação. O risco materno-fetal durante o trabalho de parto é despistado através da monitorização atenta da mãe e do feto. Assim, a mãe encontra-se monitorizada através de monitor de sinais vitais, dando conta, regularmente, dos valores de Tensão Arterial, Frequência Cardíaca e Respiratória, e Saturações de O₂ e ainda a Temperatura para despistar sinais de infeção. É ainda avaliada a atividade uterina, os esforços expulsivos, o corrimento vaginal, os sinais de descida do feto (necessidade de efetuar esforços expulsivos, períneo preminente) e o próprio comportamento da mulher (humor, nível de energia e condição do companheiro).

O feto é vigiado através da cardiotocografia (monitorização externa) e em alguns casos, quando esta é difícil ou duvidosa, através de monitorização interna no sentido de avaliar a FCF. O conjunto total destas informações sempre associado à história clínica, permite ao enfermeiro diagnosticar e monitorizar o risco materno-fetal durante o TP.

As situações de maior risco materno estão associadas a situações infecciosas instaladas durante a gravidez, como é o caso da infeção pelo Estreptococos do grupo B (*Estreptococos agalactiae*) reconhecido como uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade perinatais. A sua colonização do trato gastrointestinal e secundária disseminação para o génito-urinário é responsável pela infeção de 10 a 30% das grávidas, levando a situações de infeção urinária, amniotite, endometrite, sépsis, meningite, ou até infeção intrauterina, mesmo em caso de integridade de membranas, culminando em RCIU, microcefalia, coriorretinite, microftalmia ou catarata (GRAÇA, 2010).

De acordo com o mesmo autor, a incidência desta infeção tem sido associada a fatores como o parto pré-termo, a rutura prematura de membranas pré-termo, a rutura prolongada de membranas (≥ 18 horas) ou a febre intraparto ($T \geq 38^\circ$), pelo que a administração de antibioterapia intraparto por via endovenosa, contribui para a diminuição da sua incidência em cerca de 80%, e deve ser baseada na existência de uma cultura positiva, resultante da obtenção de exsudado do terço inferior da vagina, do introito e do reto, efetuada entre as 35 e as 37 semanas de gestação, de forma a garantir um intervalo máximo de 5 semanas entre a pesquisa e o parto; esta deve ainda ser alargada aos casos de resultado da cultura indisponível na altura do parto.

Aquando da admissão da mulher ao bloco de partos, a verificação da integridade das membranas, a história clínica e a consulta de exames de diagnóstico, constituíram importantes dados no estabelecimento do risco materno-fetal, e revelou-se essencial na identificação do resultado positivo ou negativo do Estreptococos do grupo B, e aplicação do Protocolo de Prevenção da Infecção por Estreptococos do grupo B do CHTS. Este, de acordo com a bibliografia, prevê que, no caso de ruptura de membranas superior a 18 horas, deve iniciar-se profilaxia antibiótica, de forma a proceder-se a um mínimo de duas tomas antes do parto, com a administração de Penicilina EV, 5 000 000 UI numa primeira toma, seguida de 2 500 000 UI de 4/4horas, dado tratar-se do antibiótico de primeira linha para a profilaxia da infecção neonatal.

No caso de alergia à Penicilina, o protocolo prevê a administração de terapêuticas de segunda linha como a Clindamicina (900 mg 8/8 horas). Este mesmo protocolo estabelece a conduta a adotar no caso de parto pré-termo, orientando para o rastreio na altura do TP, e estabelecendo um algoritmo de atuação em grávida com suspeita de infecção por Estreptococos. A implementação correta e completa do protocolo de Estreptococos do grupo B positivo, não garante a eliminação da totalidade dos casos de infecção perinatal pelo EGB, mas de acordo com a evidência, esta conduta origina uma diminuição acentuada no número de casos de infecção precoce, mesmo em RN pré-termo (GRAÇA, 2010).

Outra situação de risco materno, fortemente associada a complicações intra-parto, é referente à diabetes mellitus gestacional (DMG). Caracterizada por hiperglicemia provocada por secreção inadequada ou ação deficiente da insulina, esta doença complica 3-9% das gestações, sendo identificáveis dois grupos com implicações diferentes: um constituído por grávidas com diabetes diagnosticada previamente à gravidez, e outro por grávidas em que se manifestou a intolerância aos hidratos de carbono apenas durante a gestação - diabetes gestacional (GRAÇA, 2010).

De acordo com o mesmo autor, a gravidez complicada por DMG é uma situação de alto risco obstétrico, associada a riscos maternos- hipoglicemia, cetoacidose, infeções (urinária, corioamniotite, etc), pré-eclampsia e eclampsia, hidrâmnios, maior risco de distocia e cesariana; riscos fetais - maior risco de anomalias congénitas, asfixia, morte in útero, macrossomia e traumatismo no parto; e riscos neonatais - síndrome de dificuldade respiratória, alterações metabólicas (hipo e hiperglicemia); e na infância - risco de obesidade.

Perante esta situação, e na ausência de complicações materno-fetais, é colocada a questão relativa à necessidade de induzir o trabalho de parto e qual a melhor idade gestacional para o fazer, no sentido de prevenir as mesmas, pelo que, de acordo com o Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez (2011), a idade gestacional ideal para a programação do parto depende, essencialmente, da necessidade de terapêutica farmacológica para controlo metabólico eficaz e da existência de outras complicações materno-fetais.

Assim, é indicado que, no caso de controlo metabólico apenas com recurso a ajuste do plano alimentar e exercício físico, o parto pode ocorrer entre as 40 e as 41 semanas de gestação; no caso de bom controlo metabólico com necessidade de intervenção farmacológica (administração de insulina ou terapêutica oral) a indução do parto deve acontecer às 39 semanas. É ainda explicado que a indução do parto nestas circunstâncias apresenta potenciais benefícios na prevenção de mortes fetais tardias, ou complicações relacionadas com o aumento excessivo do peso fetal (distocia de ombros e lesões do plexo braquial), apresentando, no entanto, como potenciais desvantagens a possibilidade de ocorrência de taquissistolia, prematuridade iatrogénica e induções falhadas.

Em concordância com esta bibliografia o protocolo de Indução do TP na grávida com DMG não insulino tratada do CHTS, estabelece que o TP deve ser induzido entre as 40 e 41 semanas da gravidez, sob monitorização fetal continua e deve ser ponderada a cesariana eletiva se estimativa de peso > 4000 gramas. Assim, a grávida é admitida cerca das 8h e inicia perfusão de solução de polielectrolítico com glicose a 125 mg/dl, bem como monitorização da glicemia capilar de 4/4 horas, com administração de insulina SC, de acordo com um esquema previsto no protocolo, com o objetivo de manter os valores glicémicos variáveis entre 70 e 110 mg/dl. Após o parto, logo que inicie alimentação oral deve suspender os soros e monitorizar a glicemia antes das refeições.

No caso de indução do TP na grávida com DMG Insulino tratada, de acordo com o protocolo do CHTS, o qual difere do anterior apenas no facto de esta ser agendada para as 39 semanas de gestação, sendo importante, no dia da admissão ao bloco de partos, não administrar a dose de insulina prescrita em ambulatório, dado que irá iniciar perfusão de insulina - 25 UI Actrapid® diluídas em 250cc de SF, controlada por bomba perfusora, cujo ritmo de perfusão é variável de acordo com a monitorização horária da glicémica capilar e com o esquema respetivo, por forma a manter a glicemia variável entre os 70 e 110 mg/dl.

Após o dequite, esta perfusão deve ser suspensa, mantendo-se a perfusão de solução de polielectrolítico com glucose até iniciar alimentação oral, após o que se deve monitorizar a glicemia antes das refeições e administrar insulina SC, conforme valores de glicemia, sendo frequente nas primeiras 24 a 72 horas, não ser necessária a sua administração.

Ao longo do estágio no bloco de partos surgiram algumas situações de parturientes com DMG insulino tratadas e com rastreio do Estreptococos do grupo B positivo, o que obrigou à manutenção de várias perfusões e a uma monitorização mais intensa da evolução do TP dados os riscos acrescidos, e daí a importância da sua profunda compreensão.

A evolução do TP pode exigir também o diagnóstico e monitorização de situações associadas a riscos fetais como é o caso da rotura prematura de membranas (RPM), evento que normalmente ocorre no decurso do TP, em gestações de termo, mas que pode ocorrer antes das 37 semanas - rotura prematura de membranas pré-termo (RPMPT).

Neste caso, esta pode ser responsável pelo parto pré-termo, o qual, em 50% dos casos pode acontecer até cerca de 3 dias subsequentes, e é associado a maior risco fetal - dada a imaturidade pulmonar e do desenvolvimento fetal, e maior risco de infeção - dado que as membranas fetais (córion e amnio) em conjunto com o LA protegem o feto das infeções ascendentes da vagina e impedem o prolapso do cordão umbilical (GRAÇA, 2010).

É de extrema importância, aquando da admissão da mulher, a determinação da hora da rotura, e sua relação com a idade gestacional e evolução da gravidez, bem como as características do LA, no que concerne à quantidade, cheiro e cor, a qual evidencia a presença de mecónio, que constitui um importante indicador do bem-estar fetal e neonatal.

De acordo com GRAÇA (2010) o conteúdo celular do LA deglutido pelo feto sofre alterações no intestino fetal, sendo convertido em mecónio, o qual permanece no intestino até ao momento do parto, exceto se ocorrer um episódio de hipoxia, a qual diminuirá a perfusão intestinal e assim estimulará o peristaltismo e conseqüente lançamento de mecónio na cavidade amniótica. Este vai naturalmente aumentar os riscos de infeção fetal pelo risco de aspiração de mecónio, bem como influenciar os resultados neonatais.

O Protocolo de RPM do CHTS, em concordância com os autores referidos, define a RPM como a rotura das membranas corioamnióticas antes do início do TP, e acrescenta que, se esta ocorrer antes das 37 semanas completas de gravidez é

definida como rotura de membranas pré-termo. São estabelecidos os critérios de diagnóstico, os quais apontam para a história clínica (diagnóstico diferencial com incontinência urinária / hidrorreia / leucorreia), o exame físico (líquido amniótico a exteriorizar-se ou presente no fundo de saco vaginal posterior), os exames complementares, a determinação do pH vaginal (papel de nitrazina pH 7.0 - 7.5; falso positivo se sangue, esperma ou vaginose bacteriana).

Tal como sugerido na bibliografia, o protocolo seguido no CHTS indica o registo na avaliação inicial da data e hora da rotura, a determinação da idade gestacional, a avaliação da necessidade de cuidados intensivos neonatais, e o contacto do neonatologista, a pesquisa de sinais de infeção (taquicardia e hipertermia maternas, excitabilidade uterina, taquicardia fetal, características do líquido amniótico), e a avaliação de bem-estar fetal (CTG, ecografia).

As situações de RPM vivenciadas durante o estágio eram referentes a grávidas com idade gestacional ≥ 34 semanas, pelo que será explorada esta conduta. De acordo com o protocolo do CHTS, no caso de feto em apresentação favorável é determinado o índice de *Bishop*, e quando este se apresenta >5 é efetuada indução do TP com estimulação ocitócica; por sua vez, se é <5 e a RPM é <12 h é ponderada a maturação do colo com indução do TP ou a atitude expectante com repouso, hidratação, monitorização da temperatura 8/8h e CTG contínua. No entanto se a RPM é >12 h é efetuada maturação do colo e indução do TP, sendo que quando a RPM atinge as 18h e o rastreio do SBH é positivo ou desconhecido, é iniciada antibioterapia profilática.

Todos estes procedimentos permitiram a minimização do risco materno-fetal durante o TP, e o facto de estes se encontrarem devidamente protocolados, além de permitir um excelente meio de comunicação na equipa multidisciplinar, confere autonomia na gestão dos cuidados para o EEESMO que acompanha a parturiente.

No decurso das atividades de estudante do MESMO, consideramos o diagnóstico e monitorização de desvios ao padrão normal de evolução do TP, referenciando as situações que estão para além da nossa área de atuação a outros profissionais. A vigilância da parturiente requer a identificação de anomalias na evolução do TP, a qual pode ocorrer de forma anormalmente lenta, devido à presença de mecanismos patológicos passíveis de influência sobre a dilatação do colo uterino e a progressão fetal - Distocia.

Estes mecanismos podem ser de natureza dinâmica - Distocia Dinâmica - caracterizada pela existência de anomalias das forças expulsivas relacionadas com

a disfunção contrátil uterina ou com a implementação de forças expulsivas voluntárias inadequadas; e podem ser de natureza mecânica, quando advêm de alterações da apresentação, posição, dimensão fetal e anomalias da bacia materna ou do canal de parto - Distocia Mecânica - a qual conduz ao parto distócico (por ventosa, fórceps ou cesariana) (GRAÇA, 2010).

De acordo com dados apresentados no Relatório da Comissão para a Redução da Taxa de Cesarianas da ARS Norte (2010) os principais motivos que levam à realização de cesarianas nos hospitais públicos da região norte são o TP estacionário, a suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, o estado fetal não tranquilizador, a apresentação pélvica e a tentativa frustrada de indução do TP, ao qual se adiciona a existência de uma cesariana anterior.

Em concordância com estes dados, assistimos a anomalias na evolução do TP, nomeadamente o trabalho de parto estacionário e a tentativa frustrada de indução do TP devido a distocia dinâmica, situação maioritariamente vivenciada, que se encontra associada a disfunção contrátil uterina, definida como a inexistência de forças uterinas suficientemente fortes ou devidamente coordenadas para provocar o apagamento e a dilatação cervicais, e que pode ser de dois tipos: disfunção contrátil hipotónica e disfunção contrátil hipertónica (GRAÇA, 2010).

De acordo com o mesmo autor, o TP com disfunção contrátil hipotónica é caracterizado por contrações de baixa amplitude - não atingindo os 50 mmHg, e de baixa duração - inferior a 45 segundos, e intervalo alongado entre as contrações - menos de 2 contrações em 10 minutos, o que leva, apenas, a um discreto aumento da pressão intrauterina que se revela insuficiente para dilatar o colo uterino a um ritmo eficaz durante a fase ativa do TP. Maioritariamente a sua etiologia é desconhecida, mas pode dever-se à existência de apresentações anómalas, macrossomia, incompatibilidade feto-pélvica (IFP), hiperdistensão uterina (provocada por gravidez gemelar ou hidrâmnios).

Ao longo do módulo no bloco de partos, fomos-nos deparando com situações de disfunção contrátil hipotónica, sendo a nossa atuação, em conformidade com o defendido por Graça (2010), dirigida para o despiste do falso TP, pelo que era importante certificarmos-nos de que a parturiente se encontrava efetivamente na fase ativa do TP, verificando-se atividade uterina rítmica e de intensidade suficiente para provocar sensação dolorosa, bem como progressão na maturação cervical, verificando-se dilatação igual ou superior a 4 centímetros; e para o

despiste de IFP, funcionando a disfunção contrátil hipotónica como mecanismo de defesa em situações de anomalia da dimensão ou apresentação fetal.

Assim, estabelecido o diagnóstico de disfunção contrátil hipotónica em fase ativa do TP, e em conformidade com o defendido por Graça (2010), dever-se-á, no caso de membranas intactas, proceder à sua rotura artificial (RAM), a qual, geralmente leva nos 30 a 60 minutos subsequentes, a uma melhoria da contratilidade uterina. Geralmente era ainda necessário iniciar estimulação da contratilidade uterina com administração de uma perfusão ocitócica, a qual, de acordo com o protocolo do CHTS consistia numa diluição de 10 UI de ocitocina em 1000 ml de Solução Polieletrolítica por via EV, iniciando-se a um ritmo de perfusão de 6ml/h, aumentando para 12 ml/h decorridos 30 minutos, para 24 ml/h decorridos 60 minutos e assim sucessivamente, sempre monitorizando e garantindo o bem-estar fetal; esta perfusão, na maioria dos casos, revelava-se eficaz na correção da disfunção contrátil hipotónica, sendo que quando se verificava a sua ineficácia, esta situação era comunicada ao obstetra e a parturiente encaminhada para uma cesariana.

Foi também possível, embora menos frequentemente, assistir a situações de Disfunção contrátil hipertónica, a qual de acordo com Graça (2010) é referente à incoordenação da contratilidade uterina, dado que o segmento fúndico uterino revela um assincronismo nos estímulos contráteis transmitidos ao segmento inferior, tornando-os ineficazes sobre a progressão da dilatação cervical. Esta situação era comprovada na CTG pelo registo de ondas contráteis de diferentes formas e amplitudes, com intervalos irregulares, observada principalmente na fase latente do TP, e sendo muito dolorosa para a parturiente.

A distocia contrátil hipertónica pode assumir dois tipos de padrões contráteis identificados como hipertonia uterina - ou seja o aumento patológico da atividade do miométrio, traduzido pelo registo de contrações de maior amplitude, duração, frequência e aumento do tônus basal, e a taquissistolia uterina - ou seja o registo de cinco ou mais contrações de características normais num período de 10 minutos, sem elevação significativa do tônus basal (GRAÇA, 2010).

A hipertonia uterina pode diminuir significativamente a perfusão útero-placentária e levar à hipoxia fetal; por sua vez a taquissistolia uterina, ao provocar o marcado aumento da frequência contrátil, pode resultar numa deficiente progressão do TP e conseqüentemente à hipoxia fetal, dado a

contratilidade excessiva impedir a oxigenação fetal normal no intervalo entre as contrações (GRAÇA, 2010).

Durante o módulo no Bloco de Partos, assistimos a alguns casos de distocia contrátil hipertônica, em que a atuação de Enfermagem, tal como sugerido pelo autor supracitado, consistiu no alívio da dor materna e na diminuição/coordenação da atividade uterina, através da vigilância apertada e manutenção da perfusão ocitócica, que, em certos casos, pode resultar na conversão da contratilidade anômala em contrações fisiológicas eficazes.

No entanto, na maioria dos casos, a atitude terapêutica consistiu na suspensão imediata da perfusão ocitócica, na administração da fluidoterapia (Lactato de Ringer), e no posicionamento da parturiente em decúbito lateral esquerdo, no sentido de aumentar a perfusão útero-placentária. Em alguns casos de ineficácia destas medidas, a situação foi comunicada ao obstetra e as parturientes foram encaminhadas para a cesariana.

Além destas medidas, de acordo com Graça (2010) poderia ainda ser instituída oxigenoterapia intermitente (de forma a evitar a vasoconstrição uterina reativa), ou a administração de fármacos com ação tocolítica, nomeadamente os β -miméticos - ritodrine, terbutalina e o salbutamol, que promovem a saída do cálcio das células do miométrio; os sais de magnésio - sulfato de magnésio, que provoca a deslocação do cálcio intra-celular; e dos antagonistas competitivos da ocitocina como o atosibano, no entanto, ao longo do nosso estágio, em nenhuma situação estas foram consideradas.

Um outro tipo de distocia dinâmica presenciado é a referente ao TP precipitado, ou seja aquele que decorre a um ritmo excessivamente rápido (cadência de dilatação do colo uterino igual ou superior a 5cm/hora na nulípara e a 10 cm/hora na múltipara). Este pode estar associado a uma baixa resistência das partes moles do canal de parto quando as contrações uterinas são muito intensas, ou quando a estimulação ocitócica é excessiva; ou associar-se a uma baixa percepção de dor por parte da parturiente, ou ainda ao consumo de cocaína nas horas precedentes (GRAÇA, 2010).

Graça (2010) refere que este tipo de distocia pode levar a Descolamento Precoce de Placenta Não Implantada (DPPNI), rotura uterina, lacerações do canal de parto e hemorragia pós-parto, o que vai de encontro ao caso em questão, o qual se tratou de uma indução do TP com Propess®, em que a parturiente se encontrava em ausência de TP, mas ao fim de 15 horas de evolução manifestou dor intensa, pelo que foi examinada apresentando um colo amolecido, com 5cm

de dilatação e 80% de extensão, foi transferida para a sala de parto, efetuando levante e caminhando até lá. Quando instalada cerca de 5 minutos depois refere vontade de puxar, ao exame vaginal apresentava dilatação completa, e o parto ocorreu cerca de 10 minutos depois; em consequência desta progressão fetal, excessivamente rápida, a parturiente sofreu uma laceração do colo uterino e uma laceração vaginal de 1º grau, abrangendo toda a superfície vaginal até ao colo uterino, cuja resolução passou pela solicitação de colaboração obstétrica.

A colaboração do Obstetra foi também solicitada no caso de surgimento de sinais cardiotocográficos não tranquilizadores, sugestivos de sofrimento fetal, normalmente causado por hipóxia fetal, constituindo motivo para cesariana. A identificação destas situações revelou-se uma tarefa bastante exigente na interpretação dos traçados da CTG, a qual, tal como refere Graça (2010), é uma técnica que requer o conhecimento aprofundado da fisiologia e fisiopatologia do feto e o treino continuado da leitura dos traçados, de forma a evitar decisões precipitadas conducentes a um aumento da taxa de cesariana por “suspeita de sofrimento fetal” que, posteriormente não é confirmada pelos resultados neonatais.

De acordo com Graça (2010) a CTG assegura o bem-estar fetal, isto é, exclui a possibilidade de hipoxia e/ou acidose do feto, se evidencia uma FCF basal estável entre os 110 e 160 bpm, com variabilidade normal ($>5\text{bpm}$ e $\leq 25\text{bpm}$), com ausência de desacelerações e com acelerações esporádicas. Os padrões cardiotocográficos não tranquilizadores, isto é, compatíveis com hipoxia fetal, normalmente estão associados a situações agudas de deterioração do estado fetal como compressão grave do cordão umbilical, descolamento prematuro de placenta, hemorragia feto-materna, situações crónicas como insuficiência útero-placentária, RCIU, infeção fetal, ou situações iatrogénicas como hiperestimulação uterina com ocitócitos e anestesia regional mal conduzida.

Ao longo do estágio, foi possível assistir a situações de compressão ligeira do cordão umbilical, traduzidas na CTG através de desacelerações variáveis, coincidentes com o pico da contração e que portanto não colocaram em questão o bem-estar fetal, exigindo apenas uma monitorização mais intensa da parturiente e da CTG, e que era confirmada na altura do parto pela existência de uma ou mais circulares do cordão umbilical ao pescoço, e assistimos a um caso de nó verdadeiro e apertado no cordão umbilical.

Foi possível ainda a identificação e acompanhamento da parturiente em situação de distocia mecânica, frequentemente associada a desproporção entre os

diâmetros fetais e as dimensões do canal de parto, sendo causa de obstáculo ao encravamento e/ou à progressão fetal, podendo culminar em assinclitismo - deflexão anterior ou posterior da apresentação, causando apresentações de bregma, fronte ou face (nunca presenciadas) ou incompatibilidade feto-pélvica e consequente cesariana emergente, situação que foi, por diversas vezes vivenciada ao longo do estágio, e que portanto ocasiona uma cuidada avaliação e determinação da adequação da estrutura pélvica ao feto durante o TP (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

De acordo com as autoras supracitadas, o papel da bacia materna é o mais importante durante todo o TP, dado que o feto necessita acomodar-se a este canal relativamente rígido, pelo que, o seu tamanho e formato devem ser avaliados antes do início do TP, no sentido de identificar os seus limites ósseos, localizar a grande bacia e a partir desta determinar os três planos da pequena bacia: estreito superior, escavação pélvica e estreito inferior, bem como identificar o ângulo infra púbico, que determina o tipo de arcada púbica que o feto tem que atravessar, e por isso um ângulo estreito será menos favorável do que um ângulo arredondado e largo.

Ao longo da nossa prática, concebemos, planeamos e implementamos intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto. Logo aquando da admissão ao bloco de partos a parturiente era questionada em relação à última dejeção, que caso não tenha sido recente, era incentivada à aplicação do Microlax®, no sentido de favorecer o esvaziamento da ampola retal.

O uso de enema é questionado há vários anos, sob os argumentos de que, para além de causar desconforto à mulher, as fezes líquidas podem contaminar as feridas (episiotomia). No documento de consenso Iniciativa Parto Normal (2009) é referido que sem a aplicação de enemas a emissão de fezes, é mais fácil de limpar que as induzidas por este e que, se não for aplicado enema, este não vai alterar a duração do TP nem o índice de infeção neonatal ou do períneo.

No entanto, Lopes [et al.], (2001) investigaram os efeitos do enteroclisma sobre a contaminação fecal, durante o TP de 90 parturientes, considerando dois grupos: com e sem enteroclisma, de acordo com um ensaio clínico randomizado, e concluíram que o enteroclisma não abreviou o tempo de trabalho de parto e não reduziu a contaminação fecal; mas além disso, as mulheres que realizaram o enteroclisma tiveram opinião mais favorável sobre ele do que as que não o realizaram.

Esta foi uma realidade vivenciada ao longo do estágio, onde o Microlax® é utilizado, considerando que apenas promove o esvaziamento da ampola retal e não o esvaziamento intestinal, pelo que a emissão de fezes é muito próxima da consistência na evacuação fisiológica, não produzindo fezes líquidas e revelando-se assim bastante positiva no período expulsivo, ao reduzir os riscos de contaminação aquando da exteriorização da apresentação.

Contudo, esta prática não é defendida em estudos como o de Cuervo [et al.], (2006), cujo objetivo procurava determinar o efeito do enema de rotina, utilizado durante a primeira fase do TP, sobre as taxas de infeção puerperal e neonatal, e cujos resultados não encontraram evidência suficiente para suportar o uso rotineiro do enema, mas também não descartam um pequeno efeito clínico, que não é contudo significativo na prevenção da infeção e portanto pouco provável em melhorar os resultados neonatais.

O uso de enema no primeiro estágio do TP tende a ser uma prática largamente implementada no bloco de partos tal como referido por Chalmers (2009) no seu estudo sobre o uso de intervenções rotineiras durante o TP, em que as parturientes apontaram, entre outras intervenções, o enema como uma prática rotinizada. Ao longo do módulo no bloco de partos, constatamos que as parturientes, principalmente as múltiparas, solicitavam elas próprias o microclister, alegando que não queriam evacuar durante o TP, evitando assim sentimentos de constrangimento e vergonha de o fazer na presença de outras pessoas, e por este motivo, verificamos uma adesão favorável em relação a esta técnica.

No entanto, temos consciência que esta é uma técnica muito controversa, e que os estudos mais recentes, nomeadamente a revisão de Reveiz, Gaitán e Cuervo (2013), que analisaram vários artigos relacionados com o uso do enema durante o TP, com o objetivo de avaliar os efeitos do enema aplicado durante a primeira fase do trabalho, sobre os resultados maternos e neonatais, e concluindo que os enemas não têm um efeito benéfico significativo sobre as taxas de infeção, tais como infeção da ferida perineal ou outras infeções neonatais e satisfação das mulheres, e portanto, é uma prática que deve ser desencorajada.

No sentido de favorecer as condições de saúde materno-fetal, aquando da admissão à sala de expectantes, e posteriormente aquando da sua transferência para a sala de partos, a parturiente era incentivada a deambular até ao WC no sentido de proceder à micção espontânea e à eliminação intestinal se assim o desejasse. A deambulação, pela posição vertical que a mulher assume, permite,

na primeira fase do TP, uma diminuição da sensação dolorosa, e portanto uma diminuição no recurso à analgesia epidural, além de favorecer o encravamento, e assim encurtar o primeiro estágio do TP (INICIATIVA PARTO NORMAL, 2009).

Esta tem sido comprovada como benéfica na evolução do TP. De acordo com um estudo realizado com objetivo de avaliar os efeitos da deambulação durante a primeira fase do TP sobre a duração do mesmo e sobre os resultados maternos e neonatais, a deambulação e a posição vertical são apontadas como promotoras da redução significativa (cerca de 34%), da duração da primeira fase do TP, da redução da intensidade da dor, da redução no consumo de ocitocina e na taxa de cesariana e partos instrumentalizados. É ainda referida uma melhoria nos resultados neonatais, com melhores índices de Apgar ao 1º e 5º minuto, bem como menor taxa de transferência para a unidade neonatal (REGAYA [et al.], 2010).

Assim, a deambulação da parturiente e a mudança de posição de decúbito para a posição vertical, foi largamente promovida e facilitada, sempre que a parturiente se encontrava recetiva e detinha as condições de segurança para o fazer.

O segundo estágio do trabalho de parto é o período em que o feto nasce; inicia-se com a dilatação completa (10 cm) e extinção completa (100%) do colo do útero e termina com o nascimento do bebé. Tal como referem Lowdermilk e Perry (2008) *o único sinal seguro e objetivo que indica o início do segundo estágio do trabalho de parto é a incapacidade para se sentir o colo durante o exame vaginal, indicando que o colo está completamente dilatado e apagado.*

As mesmas autoras, referem ainda que outros sinais podem surgir em simultâneo nesta altura tais como: aparecimento súbito de suor no lábio superior, um episódio de vômito, aumento do muco vaginal, tremores das extremidades, nervosismo aumentado, necessidade involuntária de fazer esforços expulsivos; e ressaltam ainda que, no caso de mulheres com bloqueio epidural, estes sinais podem não se manifestar.

Ao longo do nosso estágio no bloco de partos fomos constatando o aparecimento destes sinais, não todos em simultâneo, mas cada mulher manifestava algum deles. Nesta fase procedemos a uma avaliação contínua do bem-estar materno-fetal, proporcionamos medidas de conforto para a mãe (tal como ajudá-la a mudar de posição, promover cuidados de higiene oral, manter a

cama limpa e seca, manter um ambiente tranquilo, minimizando conversas externas) e suporte contínuo.

Outra das nossas preocupações nesta fase focou-se na orientação dos esforços expulsivos por parte da mulher. À medida que a apresentação atinge o pavimento pélvico, causa o estiramento mecânico do colo. Esta pressão exercida pela apresentação nos recetores elásticos da face posterior da vagina estimula a libertação de ocitocina endógena que desencadeia na mulher o ímpeto para “fazer força” - Reflexo de *Ferguson*, a mulher sente necessidade de fazer força (manifesta “eu tenho vontade de puxar”) e automaticamente irá começar a exercer pressão para baixo, contraindo os músculos abdominais enquanto relaxa o pavimento pélvico - estes esforços expulsivos são uma resposta involuntária (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

De acordo com as mesmas autoras, o enfermeiro deve orientar a mulher para os esforços expulsivos, encorajando-a a fazer força conforme sente vontade ao contrário de fazerem um esforço prolongado sob comando, e avaliar a respiração da mulher, para que esta não sustenha a respiração por mais de cinco a sete segundos de cada vez, fazendo inspirações profundas, e esforços expulsivos durante a expiração. Lowdermilk e Perry (2008) referem Roberts (2002), que defende que as mulheres que usam um esforço espontâneo têm menor probabilidade de sofrerem lacerações do períneo de 2º e 3º grau ou episiotomias

No entanto, na nossa prática no bloco de partos fomos orientadas para a estratégia de ensinar a mulher e efetuar esforços dirigidos, em que, no início da contração uterina e após uma inspiração profunda, deveria bloquear a respiração, o pai ajudava na contagem até dez segundos, altura em que deveria expirar, inspirar novamente e bloquear a respiração fazendo esforços dirigidos durante o tempo que conseguisse aguentar, o que vai ao encontro do procedimento da manobra de *Valsava* - processo de fazer esforços expulsivos com a respiração sustida, com a glote fechada, e contraindo os músculos abdominais.

De acordo com a bibliografia, esta é uma prática comum que deve ser desencorajada, pois como referem Lowdermilk e Perry (2008) *suster a respiração de forma prolongada ou contínua e fazer esforço comandado, que continua a ser prática comum, pode desencadear a manobra de valsava, pelo facto da mulher encerrar a glote (esforço de glote fechada), aumentando a pressão intratorácica e cardiovascular, reduzindo o desempenho cardíaco e inibindo a perfusão útero-placentária. Para além disso, suster a respiração durante mais de 5 a 7 segundos,*

provoca a diminuição da perfusão de oxigênio através da placenta, conduzindo à hipoxia fetal.

Nesta fase, foi nossa preocupação orientar os esforços expulsivos da mulher no sentido de assegurar o nascimento lento da apresentação, através do encorajamento da mulher em controlar a sua necessidade para fazer força, e em efetuar expirações lentas através dos lábios semi-cerrados, e uma boa proteção do períneo, a qual é conferida pela pressão exercida externamente pelas mãos do EEESMO, o que vai provocar uma saída lenta da cabeça, permitindo a distensão gradual e a adaptação dos tecidos perineais à apresentação e favorecendo assim um coroamento menos traumático para as estruturas perineais.

Nesta fase do coroamento, foi também usado um gel (Lidojet 10%®) que aplicado no períneo e vagina favorecia a distensão dos mesmos, e ainda, em alguns casos, aplicada técnica de hidroterapia por calor, através de compressas embebidas em água quente, dado que o calor aumenta o fluxo sanguíneo, o que alivia a isquemia muscular provocada pelas contrações e pela pressão da apresentação contra os tecidos perineais.

Esta prática revelou-se benéfica na prevenção da realização da episiotomia, a qual de acordo com Lowdermilk e Perry (2008) é uma incisão no períneo realizada com o propósito de aumentar o diâmetro vaginal e minimizar a lesão dos tecidos moles, mas que se torna a principal causa de dor e infecção no pós-parto, e por isso é uma prática que desde 1996, segundo a WHO, deve ser evitada, e apenas realizada em situações excepcionais - apresentação de pelve, distocia de ombros ou ventosas, situações de risco de perda do bem-estar fetal, ou presença de cicatrizes de mutilação dos genitais femininos ou de lacerações anteriores de 3º ou 4º grau mal resolvida.

De acordo com as competências do EEESMO é da sua responsabilidade a aplicação de técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica, efetuando se necessário for uma episiotomia, e em caso de urgência um parto por apresentação pélvica. Durante o estágio no Bloco de Partos foi necessário realizar a episiotomia em cerca de 20 dos partos efetuados, referentes a nulíparas, ou então a partos pré-termo, dado tratar-se de fetos menos resistentes a períodos expulsivos longos. O fundamento do seu uso depende muito da necessidade de minimizar o risco de um grave trauma materno espontâneo e de apressar o parto quando há evidência de comprometimento fetal (FRASER e COOPER, 2010).

Era nossa preocupação, durante o acompanhamento da parturiente, procurar saber a sua opinião em relação a esta técnica e verificar no processo

clínico a autorização em relação ao seu consentimento informado, dado que esta é uma incisão cirúrgica. Quando foi necessária a sua realização numa parturiente que tinha recusado a analgesia epidural, foi necessário proceder à anestesia do períneo, injetando lidocaína; em todas as outras situações, esta intervenção foi desnecessária, dado que as parturientes se encontravam sob efeito de analgesia epidural.

Aquando da realização da episiotomia, tal como defende Fraser e Cooper (2010), esta era realizada durante a contração uterina, quando os tecidos se encontravam mais distendidos e pressionados, de modo a que se tivesse uma melhor visualização da área a incisar, e promovendo assim uma menor perda de sangue. A exteriorização da apresentação dava-se logo de seguida, de forma controlada, através da manobra de *Ritgen*.

Após a exteriorização da cabeça fetal, sempre foi nossa preocupação pesquisar a existência de circular cervical, e em alguns casos verificada a sua existência, foi necessária uma rápida intervenção. Quando na presença de uma circular larga esta era desfeita permitindo a saída dos ombros, quando esta era muito apertada, ou em vez de uma apresentava duas, procedeu-se, em dois casos, à laqueação precoce do cordão, em que este foi clampado em dois pontos e cortado entre eles, por forma a desenrolar o cordão do pescoço, antes de permitir que o nascimento continue. No entanto, a clampagem tardia do cordão umbilical é preferencial tal como evidenciado em estudos que ressaltam o seu benefício, em que se apurou que o retardamento da clampagem do cordão em 30 e 120 segundos, em vez da laqueação imediata, foi associado a uma menor necessidade de transfusão fetal, melhor estabilidade circulatória, menor risco de hemorragia intraventricular e enterocolite necrosante (RABE [et al.], 2012).

A clampagem tardia do cordão levanta a questão sobre os efeitos no controlo do quarto estágio do TP e seus efeitos nos resultados maternos, no entanto, de acordo com o estudo de Andersson [et al.], (2013) a clampagem tardia do cordão, em comparação com a sua laqueação precoce, não teve um efeito significativo sobre a hemorragia pós-parto materna ou na proporção de gases nas amostras sanguíneas do RN, pelo que, os autores concluem que a clampagem tardia é um método viável do ponto de vista obstétrico.

Em nenhuma situação foi necessária a realização do parto de apresentação pélvica, dado que esta sempre foi detetada atempadamente durante a gravidez, com recurso da ecografia, e devidamente encaminhada para o parto distócico por cesariana.

De acordo com o regulamento de competências específicas do EEESMO, numa perspetiva de tratamento, reabilitação e readaptação, fomos responsáveis pela conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto e parto, sendo por isso considerada uma gravidez de risco. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008) a gravidez de alto risco é aquela em que a saúde ou vida da mãe ou do feto estão comprometidas por patologia física ou psicossocial concomitante ou exclusiva da gravidez.

A gravidez de alto risco constitui-se como um problema crítico dos cuidados médicos e de enfermagem, numa altura em que cada vez mais se valoriza a qualidade de vida, e a programação da gravidez confere maior importância ao facto de os filhos serem desejados, o que, naturalmente conduz à redução do tamanho da família e à limitação das gravidezes indesejadas; e numa altura em que os avanços tecnológicos têm viabilizado gravidezes em casais anteriormente inférteis, cada vez mais há a preocupação com o nascimento de crianças normais, que possam desenvolver-se até ao máximo do seu potencial.

Contudo, o diagnóstico de gravidez de alto risco determina uma crise situacional para a família, quando confrontada com uma gravidez que termina antes da data prevista, ou a mulher que desenvolve diabetes gestacional e precisa ser internada, interrompendo o seu processo de preparação para a parentalidade, ou o nascimento de um recém-nascido que não satisfaz as expectativas de normalidade (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Em geral os principais fatores etiológicos dos problemas de saúde materna durante a gravidez prendem-se com a hipertensão, a infeção e a hemorragia, tal como tivemos oportunidade de constatar; na sala de parto, quando em presença de uma parturiente com diagnóstico de gravidez de alto risco por patologia associada, a avaliação inicial assume uma importância fundamental na determinação do risco anteparto, pelo que se constituiu como uma das nossas preocupações fundamentais, no intuito de garantir que o TP decorre sob uma vigilância rigorosa adequada a cada patologia.

Durante o estágio tivemos contacto com parturientes com diagnóstico de gravidez de risco devido a situações de diabetes, pré-eclampsia, hemorragia, doenças infectocontagiosas (parturiente portadora de hepatite B), onde o trabalho de parto se desenvolveu normalmente, contudo exigiu uma monitorização mais intensa, bem como intervenções específicas a cada situação, nomeadamente, nas parturientes com diabetes foi importante a monitorização apertada da glicemia

capilar e manutenção da perfusão de insulina; nas parturientes com diagnóstico de pré-eclampsia foi importante a monitorização de sinais vitais, principalmente tensão arterial e cefaleia a cada hora; e na parturiente portadora de hepatite, esta foi admitida do SU diretamente para a sala de parto no sentido de manter medidas de isolamento de contato, na manipulação dos fluidos corporais.

Todas as restantes intervenções foram comuns ao plano de cuidados da parturiente sem patologia, tendo-se constatado uma evolução normal do TP em todas as parturientes com patologia associada à gravidez.

Após o nascimento, foi nossa intervenção, assegurar a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina. Os cuidados imediatos ao recém-nascido centraram-se na avaliação e verificação da permeabilidade da via aérea e a determinação do índice de Apgar. Nesta fase procuramos manter a permeabilidade da via aérea, a qual se revela importante para suportar o esforço respiratório e prevenir o *stress* provocado pelo frio, pelo que fomos secando o recém-nascido, e cobrindo-o com um lençol aquecido ou colocando-o por baixo de um aquecedor de calor radiante, o que constituiu as prioridades máximas nos procedimentos (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Ao longo do módulo do bloco de partos, logo após a laqueação do cordão umbilical, o RN era colocado em cima do abdómen da mãe, envolvido num lençol aquecido, e procedia-se à sua secagem e estimulação, bem como permeabilização da via aérea, e em simultâneo procedia-se a uma rápida avaliação do RN, do seu bem-estar e índice de Apgar, verificando regularmente, enquanto se procedia ao dequite.

Cerca de 10-15 minutos mais tarde o RN era transportado para o reanimador, com fonte de calor, onde eram prestados os restantes cuidados, desde a avaliação do peso, à administração de colírio e vitamina K e identificação com pulseira com nome da mãe.

De seguida o pai era convidado a colaborar a vestir o RN. Na maioria dos casos os RN apresentavam boa vitalidade, com aspeto rosado, choro vigoroso, e boa adaptação à vida extra-uterina. Em alguns casos verificava-se a hipoxia nas extremidades - a normal acrocianose do recém-nascido.

Ao EEESMO assiste a responsabilidade de assegurar a reanimação do recém-nascido em situações de emergência, no entanto, ao longo do nosso estágio, não presenciamos nenhuma situação de emergência em que tenha sido necessária a reanimação do recém-nascido, as situações mais complicadas, decorrentes da

assistência do TP de três parturientes em que foi solicitada a colaboração obstétrica para aplicação de ventosa, e um caso de aplicação de fórceps, devido a esforços expulsivos pouco eficazes, foram prontamente resolvidas com a aplicação dos primeiros passos da reanimação do recém-nascido.

Estes, de acordo com o protocolo de reanimação do RN vigorado no CHTS, passaram pela minimização da perda de calor - secar e colocar sob fonte de calor; abertura da via aérea - posicionamento e aspiração nasofaríngea do recém-nascido com sonda esterilizada; estimulação tátil; avaliação da respiração, FC e oxigenação, através da observação da coloração da pele e da avaliação da saturação de O₂ com oxímetro.

Em caso de o RN se encontrar a respirar mas estar cianótico (cianose central) é necessário a administração de O₂ à face, tendo-se verificado dois casos destes ao longo da nossa passagem pelo bloco de partos. Se o recém-nascido não respira ou está em *gasping*, e a FC é inferior a 100 bpm e mantém cianose central, apesar da administração de O₂ a 100%, deve-se iniciar ventilação com pressão positiva com ventilador manual, verificando se há expansão torácica adequada, e se há reversão da cianose e aumento da FC (CONSENSOS NACIONAIS EM NEONATOLOGIA, 2004).

Apesar de mantermos presentes estes procedimentos, ao longo do nosso estágio, não foi necessária a sua implementação, dado que a única situação em que no período expulsivo a CTG evidenciou desacelerações sugestivas de sofrimento fetal, houve necessidade de abreviar o período expulsivo efetuando uma episiotomia, dando-se o parto logo de seguida, com RN muito hipotónico, com Apgar de 7 ao 1º minuto, e com saída de grande quantidade de mecónio logo após o nascimento.

Nesta situação o cordão foi laqueado de imediato e o RN transferido para o reanimador com fonte de calor, aplicadas medidas de aquecimento, estimulação tátil e O₂ à face que foram suficientes para rapidamente reverter a situação de forma que ao 5º minuto o Apgar era já de 10.

Através da monitorização com cardiotocografia foi possível avaliar o bem-estar fetal, verificando o registo gráfico das acelerações e desacelerações e sua relação com as contrações uterinas; assim em situações em que se considerou a suspeita de hipoxia, ou aquando da rotura de membranas se verificou a presença de líquido amniótico meconial, estas situações foram participadas ao obstetra, e foi assegurada a presença do neonatologista na sala de parto aquando do momento do nascimento.

Com o culminar da gravidez, o nascimento de um filho é o momento mais aguardado pelo casal/família; é o momento em que o casal vai, finalmente, conhecer o seu filho, confirmar as suas expectativas em relação a ele, verificar o seu estado de saúde e segurança, enfim, é o momento decisivo em que três seres assumem a sua condição imutável de pai, mãe e filho. É, acima de tudo a realização de um processo de assunção da parentalidade, o qual é vivenciado sempre de forma individual e influenciado por diversos fatores.

Neste sentido, tal como previsto no Regulamento de competências específicas (2010b) procuramos conceber, planear e implementar intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos, e assumir a supervisão deste processo no sentido de o potenciar. O nosso primeiro foco de atenção recai sobre a vinculação mãe-bébe, o mais precoce vínculo desenvolvido nesta tríade, já que a mesma se inicia concomitantemente com a gravidez.

Vários autores referem a vinculação materna; de acordo com Figueiredo (2003) a atenção dirigida à vinculação materna remonta a 1970 com Robson e Moss a utilizarem a designação *maternal attachment para dar conta da extensão em que a mãe sente que o seu bebé ocupa uma posição essencial na sua vida*. Segundo esta, os autores salientam que, *os primeiros momentos e os contactos iniciais entre a mãe e o bebé, são críticos para a qualidade futura dos cuidados maternos e determinantes para o desenvolvimento e bem-estar subsequentes do bebé*.

De acordo com a mesma autora, Klaus e Kennell (1976) introduziram o termo *bonding para nos falarem da relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebé (...)* a qual *estabelecer-se-ia desde que se verificam os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, seria facilitada pela adequação do sistema hormonal da mãe e estimulada pela presença do bebé, assim como a sua formação estaria privilegiada num período sensível, localizado nos momentos imediatos ao parto*. Em 1999 George e Solomon acrescentam que o sistema de vinculação materna desenvolve-se numa interação constante com o sistema de vinculação do bebé e tem a mesma função adaptativa: proporcionar a proteção e sobrevivência do bebé.

De acordo com Figueiredo (2003, p.522)

... a ligação afetiva da mãe ao bebé tem sido descrita como um processo de adaptação mútua, que exige tanto da mãe como do bebé, e se estabelece gradualmente, a partir dos momentos iniciais, em que se dão os primeiros intercâmbios entre a mãe e o bebé, geralmente considerados muito determinantes para o relacionamento futuro na díade. No estabelecimento da vinculação da mãe ao bebé interferem numerosas dimensões, de cariz biológico,

psicológico e sociocultural, que dizem particularmente respeito à gravidez, ao parto e ao pós-parto imediato, e se referem à mãe, mas também ao pai e ao bebê.

Assim, a vinculação mãe-recém-nascido deve ser uma das primeiras preocupações do EEESMO, pelo que, durante o módulo de TP, também foi nossa preocupação promovê-la, e para isso, durante o TP, procuramos incentivar a mãe a falar com o bebê, a acariciar a barriga, a espreitar a apresentação e imediatamente após a exteriorização do bebê e laqueação do cordão umbilical, este era colocado em cima do abdômen da mãe. Terminado o dequite e prestados os primeiros cuidados ao RN este era imediatamente colocado e adaptado ao seio materno, um ato que possui inúmeras vantagens, nomeadamente o favorecimento da vinculação mãe e bebê.

Calado (2008, p.6) baseada em Paquette (2004) refere que

... com a entrada das mulheres no mundo do trabalho e as importantes mudanças na estrutura familiar que daí decorreram transformaram os papéis parentais, passando a haver uma maior divisão das tarefas de cuidado das crianças. Assim, nas sociedades atuais, tanto a mãe como o pai tendem a prestar apoio emocional e supervisão parental, bem como a desempenharem brincadeiras com os seus filhos.

Esta importante transformação veio também influenciar o processo de vinculação entre pai e bebê, e proporcionar maior envolvimento, isto é, uma reação extraordinária e uma forte atracção pelo RN, que leva a que os pais passem muito tempo a “comunicar” com o bebê, ficando deliciados com as reações que estes têm para com eles. Estas interações culminam em sentimentos de aumento da autoestima, orgulho e maior maturidade (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

As mesmas autoras referem ainda que os pais passam menos tempo com o bebê do que as mães, sendo as suas interações mais direcionadas para a diversão social e estimulante para o bebê do que para os cuidados. Tratam-se de diferenças subtis provenientes da estimulação de duas fontes - pai e mãe, as quais proporcionam ao bebê uma experiência social mais abrangente. Daí a importância do papel do pai, quer para o bebê, quer para a mulher, e a sua inclusão na sala de parto, enquanto acompanhante da mulher, prestando-lhe o apoio necessário, e enquanto pai, no sentido de promover a vinculação pai-bebê.

Durante o trabalho de parto, ao longo do estágio verificamos na maioria dos casos a presença do pai, pelo que foi sempre preocupação a sua inclusão nos cuidados; assim procuramos incentivar não só o apoio à mulher, mas o toque na barriga onde estava o bebê, a audição da FCF referindo “está a ouvir? é o coraçãozinho do bebê a bater”. Imediatamente ao nascimento e após a

clampagem do cordão umbilical, foi sempre oferecida ao pai a tesoura esterilizada no sentido de ele próprio cortar o cordão umbilical - “quer dar a liberdade ao seu filho?” e verificamos que na maioria dos casos o seu nível de envolvimento era elevado ao ponto de a maioria aceitar a oportunidade, mesmo os que se identificavam como mais facilmente impressionáveis.

Tal como as mães, os pais podem beneficiar das intervenções de enfermagem, durante o período pós-parto. Os enfermeiros podem planejar ensinar os cuidados ao bebé quando o pai está presente, dando-lhes orientação antecipada sobre a transição para a parentalidade (LOWDERMILK e Perry, 2008).

Aquando da prestação dos primeiros cuidados ao RN, foi nossa preocupação a inclusão do pai nos mesmos, explicando os cuidados prestados, pedindo colaboração e dando oportunidade de ser ele a vestir o bebé pela primeira vez, a fazer fotos, a pegar o bebé ao colo pela primeira vez, e a levá-lo até à mãe para juntos o adaptarem ao seio sob a nossa orientação e supervisão.

Em relação à promoção da vinculação do recém-nascido e conviventes significativos, na sala de parto, esta também foi potenciada dentro das possibilidades, pois apesar de não estarem previstas visitas houve situações particulares, em que dado o horário noturno, foi facilitada a visita rápida da avó aquando da passagem da puérpera para o internamento.

Uma outra intervenção altamente fortalecedora da vinculação mãe/bebé/pai é a promoção da amamentação, o mais precocemente possível. A nutrição adequada do recém-nascido promove um ótimo crescimento e desenvolvimento. O EEESMO, de acordo com o regulamento de competências específicas (2010b) concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, dado que após diversas investigações, comprovadas na literatura, concluiu-se que a amamentação constitui a forma ideal de nutrição do recém-nascido.

São diversos os estudos que identificam os benefícios do leite materno para o recém-nascido durante o primeiro ano de vida, e a longo prazo, mesmo depois do desmame, prolongando-se durante a infância e para além dela. Por isso desde 1991, que a WHO, em conjunto com a UNICEF, tem empreendido um esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. As recomendações relativas à amamentação são as seguintes: As crianças devem fazer aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, ou seja, até essa idade, o bebé deve tomar apenas leite materno e não deve dar-se nenhum outro alimento complementar ou bebida. A partir dos 6 meses de idade todas as crianças

devem receber alimentos complementares (sopas, papas, etc.) e manter o aleitamento materno. As crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem os 2 anos de idade.

No sentido de orientar os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados à mãe e criança, e assim potenciar a amamentação a nível mundial a WHO/UNICEF definiu os Dez passos para o sucesso da amamentação.

Dez Passos para o Sucesso da Amamentação	
1	Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde
2	Treinar toda a equipa de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3	Informar todas as grávidas atendidas sobre as vantagens e a prática da amamentação.
4	Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas de seus filhos.
6	Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja por indicação médica.
7	Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia
8	Encorajar a amamentação sob livre demanda (sempre que o bebé quiser).
9	Não dar bicos artificiais (tetinas) ou chupetas a crianças amamentadas
10	Encorajar a criação de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

Tabela 3: Dez passos para o sucesso da amamentação (WHO/UNICEF,1991).

Estes dez passos estiveram sempre presentes na nossa prática, e constituíram-se como linha orientadora no nosso processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Como profissional envolvido no nascimento, o EEESMO encontra-se numa posição privilegiada para promover o aleitamento materno, usando para isso diversas estratégias como aconselhar, educar e informar/relembrar a mãe (e o pai quando presente) dos benefícios do leite materno, e explicando que a amamentação é muito mais do que um processo de alimentação do bebé, ela representa a oportunidade única de interação social, psicológica e até educacional entre os pais e o bebé.

Ao longo do módulo do Bloco de partos, esta foi uma das estratégias utilizadas e verificamos que a exposição dos benefícios do aleitamento materno se revelou muito importante na obtenção da colaboração da mãe em experimentar amamentar. A mesma decorreu principalmente na fase inicial (fase latente) do trabalho de parto em que a mulher se encontrava confortável e receptiva a informação, na maioria das vezes mostrando-se entusiasmada com a experiência da amamentação.

No pós-parto imediato, concluídos os primeiros cuidados ao RN, e depois de ter estado um pequeno período de tempo no colo do pai, este era sempre colocado em contato com o seio materno dentro dos primeiros 30 a 60 minutos de vida. Para isso, era explicada e exemplificada a técnica de amamentação, bem como a posição de amamentação com a mãe deitada (remetendo-se a exemplificação das restantes posições para mais tarde, aquando das mamadas seguintes, no internamento de puérperas depois de a mulher estar devidamente acomodada e depois de um período de descanso e restabelecimento do TP).

O pai foi sempre incluído neste processo, e convidado a aproximar-se e ajudar a mãe a manter o RN devidamente posicionado, o que no pós-parto imediato se revela um pouco difícil para ela. Eram também explicados os sinais de uma boa pega, a ambos os pais, implicando aqui maior responsabilidade ao pai, ressaltando o facto de a mãe estar ainda um pouco debilitada e estar no chamado momento *blues pós-parto* em que se encontra pouco receptiva a informação nova, podendo não se lembrar posteriormente das mesmas explicações, pelo que o pai tinha depois o importante papel de a relembrar. Constatamos que esta simples atitude, aumentava a interação do casal com o bebé e conferia uma grande satisfação ao pai, ao sentir-se parte do processo de amamentação.

Neste momento, é também da competência do EEESMO a identificação de alterações morfológicas e funcionais do RN, referenciando as que estão para além da sua área de atuação. Ao longo do estágio, contactamos com uma situação anormal, em que identificamos um hemangioma abrangendo toda a superfície da região posterior do RN e com relevo externo. Sendo o hemangioma uma acumulação anormal de vasos sanguíneos na pele ou nos órgãos internos, considerado um tumor benigno, que em média, 30% estão presentes no nascimento, e os restantes nos primeiros meses de vida, por estar situado nas camadas superiores da pele (hemangioma capilar), foi facilmente diagnosticado através do exame físico, no entanto, como pode também estar localizado mais profundamente na pele (hemangioma cavernoso), podendo haver necessidade de realizar uma tomografia computadorizada ou uma ressonância magnética, esta

situação foi comunicada de imediato ao Neonatologista que observou o RN e explicou a situação ao casal (HOCKENBERRY e WILSON, 2001).

No entanto, o TP pode envolver situações de maior risco, e inspiradoras de cuidados mais específicos, como é o caso da manutenção do quarto estágio do TP (Hemóstase), em que na sua intervenção, o EEESMO deve conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efetuando em caso de urgência, a sua extração manual e revisão uterina.

Normalmente, o descolamento da placenta ocorre rápida e espontaneamente, em apenas alguns minutos após o nascimento. A placenta está ligada à decídua do revestimento basal do endométrio por numerosas vilosidades coriônicas aleatórias; após o parto, sob ação das fortes contrações uterinas, que ocorrem cerca de 5 a 7 minutos após o parto, e que provocam a redução do tamanho do útero, tornam o local de inserção da placenta muito mais pequeno, levando à rotura das vilosidades, pelo que se dá a separação da placenta. No entanto esta não se separa, por si mesma, de um útero flácido (relaxado, não contraído) porque o local da placenta não está reduzido no seu tamanho (LOWDERMIL e PERRY, 2008).

Assim, perante esta situação o EEESMO deve começar por adotar uma conduta passiva (espera e observa) no sentido de aguardar a separação e expulsão natural da placenta através dos esforços da mãe, clampando e seccionando o cordão umbilical, usando a gravidade, a massagem abdominal no fundo uterino, bem como o contato pele a pele entre mãe e o RN, no sentido de estimular a libertação de ocitocina endógena e assim facilitar a separação e expulsão da placenta (LOWDERMIL e PERRY, 2008).

No entanto, esta conduta só pode ser mantida até ao máximo de 30 minutos, altura em que deve ser substituída por uma atitude ativa no controle deste terceiro estágio do trabalho de parto, através da administração de um ou mais medicamentos ocitócicos (útero-tónicos), efetuando tração controlada do cordão umbilical em simultâneo com estimulação do fundo uterino, até se dar a separação e expulsão da placenta, sendo esta conduta mais aceite pela evidência científica, dado corresponder a uma diminuição das perdas sanguíneas e diminuição do risco de complicações hemorrágicas (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Para auxiliar a mulher na dequitação, o EEESMO deve ensiná-la a fazer esforços expulsivos durante a contração uterina e efetuar compressão alternada

no fundo uterino, bem como exercer uma tração mínima e controlada do cordão para facilitar a saída da placenta e membranas (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

No caso de ainda assim se verificar a retenção da placenta, terá lugar a extração manual da mesma, seguida de uma revisão uterina capaz de investigar sobre a fragmentação da mesma e retenção de fragmentos na cavidade uterina. Durante o nosso estágio no bloco de parto assistimos a uma destas situações, a qual, após o nosso diagnóstico de retenção da placenta, foi referenciada ao obstetra, assumindo ele os cuidados relativos à extração manual e revisão uterina, sendo o nosso papel de colaboração e assistência no procedimento.

A dequitação, em geral começa centralmente, de modo que se forma um coágulo retroplacentário, e pode acontecer sob dois tipos de mecanismos o de *Schultze* e de *Duncan*, os quais não assumem relevância clínica na prevenção da hemorragia (FRASER e COOPER, 2010).

As alterações fisiológicas após o nascimento são profundas - o débito cardíaco aumenta rapidamente quando a circulação placentar cessa e o sangue é mobilizado das extremidades inferiores, o que contribui para o maior risco hemorrágico. Ao EEESMO assiste a imputação de gerir este período de forma a evitar estes riscos, pelo que após a expulsão da placenta pode ser administrada medicação ocitócica, estimuladora da contração uterina e assim ajudando na prevenção da hemorragia (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Ao longo da nossa intervenção, assistiu-nos também a responsabilidade de, após o nascimento, avaliar a integridade do canal de parto e aplicar técnicas de reparação, referenciando as situações que estavam para além da nossa atuação. Ao longo do TP, com os esforços expulsivos, vai ocorrendo distensão da vulva devido ao coroamento, isto é, devido à descida da cabeça fetal e seu aparecimento no introito vaginal.

Cabe ao EEESMO a vigilância deste processo no sentido de o promover da forma mais saudável e segura, podendo para isso aplicar óleo (gel) no períneo, bem como recorrer à hidroterapia através da aplicação de compressas embebidas em água quente, aliviando os fatores isquémicos associados à pressão da apresentação sobre o períneo, e assim distendê-lo à medida que acontece o coroamento. Imediatamente antes do nascimento, a musculatura perineal fica muito distendida, o que pode exigir a realização de uma episiotomia - incisão no períneo para aumentar o diâmetro vaginal, realizada nesta altura com o intuito de minimizar a lesão dos tecidos moles (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Durante o estágio, tivemos necessidade de recorrer a esta técnica, sempre que as condições do períneo não se encontravam favoráveis, existindo assim forte risco de laceração. No entanto, em outros casos, esta técnica não foi necessária, facto que recebeu o contributo importante de técnicas como o uso de compressas quentes e gel lubrificante no períneo, bem como uma boa proteção do períneo, e saída controla da cabeça fetal - manobra de *Ritgen*.

Contudo, apesar de sempre se ter promovido estas medidas, verificaram-se algumas situações de pequenas lacerações - lacerações de 1º grau, cuja resolução foi sempre garantida por nós, o que permitiu a aquisição de destreza manual na realização das técnicas de reparação, nomeadamente a episiorrafia. Verificamos uma situação de laceração de 3º grau, a qual foi referenciada ao obstetra, e cuja resolução foi realizada por nós mas sob orientação e supervisão do mesmo.

Ao longo do estágio constatamos que a episiotomia e o parto instrumentalizado estavam associados a parturientes com gravidez patológica; nesta situação coube-nos cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto, pois tal como já referido anteriormente, a parturiente com complicações da gravidez e do parto requer um acompanhamento cuidado durante o TP, com monitorização e vigilância apertada dos sinais e sintomas indicativos de risco associado à patologia em questão, o que está também fortemente associado a maior instrumentalização no parto, e conseqüente aumento das complicações a ele associadas, nomeadamente partos com recurso a ventosa e ou fórcepses, realizados pelo obstetra, os quais, durante o nosso estágio, tivemos oportunidade de acompanhar 4 casos e colaborar na sua evolução, auxiliando o obstetra e apoiando a mulher.

No exercício da sua atividade no Bloco de partos, é também da competência do EEESMO o diagnóstico e monitorização do trabalho de abortamento. O aborto espontâneo consiste na expulsão de todo o produto da concepção sem que haja interferência externa, isto é, ocorre por consequência de fatores de ordem natural, sendo bastante comum na primeira gestação, em decorrência de anomalias fetais. É considerado aborto a expulsão do feto antes da vigésima semana de gestação, ou com peso inferior a 500gr, podendo ser classificado como precoce, até doze semanas de gestação, ou tardio entre as doze e as vinte semanas. Os principais sinais e sintomas são: a perda hemática vaginal intensa, acompanhada por fortes dores abdominais, a as suas principais causas incluem: tabagismo, alcoolismo, alterações cromossómicas e anatómicas, infeções, distúrbios hormonais, anomalias do ovo, da placenta e do cordão umbilical, e de anomalias cromossómicas (MONTENEGRO e REZENDE FILHO, 2008).

No estágio no bloco de partos tivemos um contato muito limitado com mulheres em trabalho de abortamento, uma vez que os objetivos do estágio estavam mais direcionados para o trabalho de parto e contato com parturientes, no entanto em alguns turnos verificaram-se períodos em que não se encontrava nenhuma mulher na sala de partos, pelo que nessas alturas foi nossa preocupação a experiência com outras situações, nomeadamente a mulher em trabalho de abortamento.

As poucas situações que acompanhamos eram respeitantes a abortos no primeiro trimestre (idade gestacional inferior a 12 semanas de gestação), pelo que os cuidados de enfermagem estavam direcionados para a vigilância dos sintomas atrás referenciados, e a prestação de apoio psicológico específico.

Foi ainda nossa intervenção o planeamento e avaliação de intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o trabalho de abortamento, dirigidos para a vigilância da perda hemática e despiste de sinais de hemorragia e de sinais de infeção, bem como monitorização de sinais vitais e controle da dor.

O apoio psicológico prestado, na nossa opinião, consideramos um pouco limitado pelo facto de a permanência das mulheres na sala de parto se resumir a um ou dois turnos, o que, se revelou um fator limitador da nossa ação. No entanto, procuramos desenvolver ao máximo as nossas competências nesta área, procurando desenvolver práticas culturais congruentes com as exigências específicas face à situação.

O aborto conduz a sentimentos desagradáveis para a mulher, por isso, o EEESMO deve estar atento para atuar de forma adequada diante de cada situação, sistematizando um plano de cuidados orientado para o apoio da mulher no sentido de ultrapassar a dor da perda, tendo presente que as mulheres se tornam mais sensíveis perante esta situação.

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008) a mulher sente que junto com o feto, também os seus sonhos e esperanças morreram. Durante a gestação a mulher vivencia momentos de sonhos, expectativas, realizações e o desejo de concretizar o papel de mãe, fortemente associado ao sentimento de felicidade da mulher e do casal. Com o aborto todos esses sentimentos desaparecem, restando apenas a deceção, a culpa e o medo.

Por isso, o EEESMO deve dispensar uma atenção adequada, não apenas limitar-se às atividades técnicas, mas sim dar apoio e orientação a fim de reintegrar a mulher na sociedade, colaborando na recuperação da sua autoestima e confiança para que futuramente seja capaz de tentar uma nova gestação, sem medos e riscos de abortar. É muito importante incentivar a convivência social, intervindo de forma individualizada, adequando-se às reais necessidades e especificidades de cada doente.

Assim, deve ter em conta a cultura/comunidade em que a mulher está inserida, as suas práticas religiosas, e as suas formas de vivenciar as perdas, dado que apesar de bastante frequente, o aborto espontâneo nem sempre é devidamente valorizado na sociedade, o que por vezes leva a dificuldades na vivência do processo de luto pela mulher/casal/família.

Durante o módulo no bloco de partos tivemos oportunidade de acompanhar o TP de uma parturiente com diagnóstico de morte *in útero*, tratando-se de uma gravidez de 36 semanas e 4 dias vigiada e sem intercorrências, sendo a grávida portadora de um nódulo tiroideo sólido no lobo direito com 7,6 mm e de Hipertiroidismo, diagnosticado na rotina laboratorial do 2º trimestre (na altura com 20 semanas de gestação) iniciando, de acordo com prescrição médica, 1 comprimido de metabisol por dia, o qual veio a suspender às 33 semanas, por apresentar resultados analíticos normalizados, bem como ecografias do 2º e 3º trimestre sem alterações. Recorreu ao SU referindo não sentir o bebé a mexer desde há 3 dias, pelo que foi realizada ecografia e diagnosticado feto em apresentação cefálica sem atividade cardíaca, iniciando indução do TP com estimulação ocitócica.

Segundo Canavarro (2001) o conceito de morte fetal refere-se à morte do bebé durante o último trimestre de gravidez (*in útero*). A sua etiologia é variável, desde inexplicável até graves complicações clínicas maternas tais como diabetes, doença renal ou cardiovascular, doença do tecido conjuntivo/doença auto-imune, descolamento da placenta, desnutrição, trauma materno ou gravidez pós-termo. Muitas natimortalidades inexplicáveis são atribuídas a possíveis acidentes do cordão. A natimortalidade dependente do feto é em geral atribuível à extrema prematuridade ou a anormalidades congénitas incompatíveis com a vida (GILBERT e HARMON, 2002).

Estas situações, tal como defende Canavarro (2001) são mais difíceis de gerir pois apesar de não existir uma relação linear entre tempo de gestação e o impacto da perda, estando o resultado emocional dependente de variáveis como a

ligação ao bebé e o investimento na gravidez, as perdas ocorridas durante o último trimestre de gravidez têm, habitualmente, maior impacto do que as que sucedem anteriormente. A sustentar este facto a autora aponta aspetos como o estreitamento da comunicação mãe/bebé, através da sequência de movimentos fetais, a maior perceção física do bebé (volume da barriga) e o aumento das expectativas sobre a prestação de cuidados.

Estes foram portanto aspetos considerados no acompanhamento da parturiente/casal nestas circunstâncias, sendo a nossa intervenção, para além da execução do parto, direcionada, de acordo com o defendido por Lowdermilk e Perry (2008) para o facto de que, quando os pais são informados do diagnóstico de Morte *in útero*, antes da indução do parto, podem planear ficar algum tempo com o bebé, mesmo que seja um tempo reduzido. Enquanto estudante do MESMO centramos a nossa atenção nestas situações, e procuramos prestar cuidados individualizados para cada indivíduo/família, pelo que demos oportunidade para que fizessem as suas escolhas livremente.

Esta foi uma situação particularmente difícil e dolorosa de acompanhar, envolvendo elevada carga emocional para toda a equipa. Procuramos desenvolver intervenções direcionadas ao suporte emocional e psicológico à parturiente e conviventes significativos, logo desde o momento em que foram confrontados com a perda da gravidez e da criança. Tentamos perceber a natureza da vinculação parental do casal à gravidez, e o seu significado, o nível de preparação para vivenciar esta perda, bem como o grau de compreensão sobre a causa do abortamento, tendo em conta as crenças e práticas culturais e espirituais de cada um dos pais.

As intervenções de enfermagem foram orientadas para ajudar a mãe, o pai e outros familiares significativos a reviver a perda; ajudar os pais na tomada de decisão; preparação e cuidados ao corpo; ajudar a família enlutada a tomar consciência e a expressar os seus sentimentos; facilitar o processo de luto do casal/família; satisfazer as necessidades físicas da mulher enlutada; ajudar o casal a comunicar e a procurar apoio na família e ajudar na recolha de recordações especiais (LOWDERMIL e PERRY, 2008).

Decorrido o quarto estágio do trabalho de parto, isto é, o período de hemóstase e de recuperação, que se estende desde o momento do nascimento até cerca de duas horas após, verificando-se a estabilidade da puérpera, esta pode ser transferida para o quarto de internamento pós-parto. Aquando deste momento, o EEESMO assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida ou

providencia para que seja garantido o bem-estar da parturiente/puérpera durante o transporte.

Neste sentido, o EEESMO prepara as notas de transferência, usando para tal a informação reunida na admissão, nascimento e recuperação, nas quais deve incluir: a identidade do prestador de cuidados, o índice obstétrico, a idade, anestesia utilizada, medicação administrada, duração do trabalho de parto, hora de rotura de membranas, se o trabalho de parto foi induzido ou não, o tipo de parto e reparação do períneo, tipo de sangue e factor rh, tipo de estreptococcus do grupo B, estado de imunidade em relação à rubéola, resultados da serologia sífilis e da hepatite B, perfusões endovenosas, estado físico desde o parto, descrição do fundo uterino, lóquios, bexiga e períneo, sexo e peso do recém-nascido, hora do nascimento, método de alimentação escolhido, quaisquer anomalias verificadas, avaliação da interação inicial dos pais e da criança (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Durante o módulo no bloco de partos, a transferência da puérpera e recém-nascido era sempre precedida da avaliação de sinais vitais da puérpera e devidos registos, verificação do seu estado de higiene e conforto, e tendo sempre presentes os cuidados atrás enunciados praticados na íntegra. Lowdermilk e Perry (2008) acrescentam ainda que toda a informação deve ser registada e passada à equipa de enfermagem do berçário, e acrescida de informação específica no que concerne a: nome do pediatra, índices de Apgar, peso, micções, dejeções, e se o recém-nascido foi alimentado, o tipo e horário da última mamada, bem como os cuidados de enfermagem relativos à administração de vitamina K e profilaxia ocular, o que está também em conformidade com o praticado ao longo do módulo do bloco de partos no CHTS.

1.1.3. Desenvolvimento De Competências Específicas No Âmbito Do Autocuidado E Preparação Para A Parentalidade

Tendo por base o Guia de Estágio Profissionalizante, entendemos o Estágio de Autocuidado, pós-parto e parentalidade (APP), como o período promotor da formação de profissionais no domínio da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, proporcionando o desenvolvimento e aquisição de um conjunto de

competências técnico científicas e clínicas, necessárias à implementação de cuidados comuns e específicos ao processo de autocuidado, transição e adaptação à parentalidade, e ao desempenho especializado no cuidar a puérpera e sua família, durante o período puerperal, assim como ao recém-nascido (RN) normal e de risco, dando assim cumprimento às recomendações da diretiva 2005/36/CE, a qual prevê o acompanhamento de pelo menos 100 parturientes e seus RN.

Com ele, adveio a oportunidade de cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o período pós-natal, de uma forma culturalmente congruente, no sentido de impulsionar a saúde da puérpera e RN, participando ativamente na promoção do autocuidado, e no processo de transição e adaptação à parentalidade.

Entendemos o período pós-natal, puerpério ou quarto trimestre da gravidez, como um período variável de quatro a seis semanas, desde o nascimento do bebê até ao regresso dos órgãos reprodutores maternos ao seu estado fisiológico não grávido, envolvendo diversas alterações físicas e psicológicas, determinadas por alterações hormonais complexas.

O módulo de APP, teve lugar numa altura em que assistimos a períodos de internamento hospitalar cada vez mais curtos, que têm vindo a ser, principalmente nos países desenvolvidos, drasticamente reduzidos nas últimas décadas, devido à convergência de diferentes realidades, nomeadamente os avanços científicos e tecnológicos que permitem adotar esta prática em segurança, bem como contribuem para as necessidades de redução de custos no sector da saúde.

É neste contexto, com um período de tempo cada vez mais limitado, que as novas mães e os novos pais, têm forçosamente que adquirir conhecimentos e desenvolver competências para prestar cuidados que potenciem o desenvolvimento saudável dos seus filhos.

Esta necessidade, aliada à vulnerabilidade emocional das puérperas, determina que os cuidados prestados pelos enfermeiros no período de puerpério, reclamem um bom planeamento e grande assertividade na sua execução, no sentido de atender às necessidades específicas demonstradas pela tríade RN- mãe-pai.

Nas vivências do estágio de APP, constatamos que o internamento das puérperas no CHTS decorre habitualmente no serviço de obstetrícia I, destinado exclusivamente ao pós-parto, sendo que, as situações de pós abortamento têm internamento no serviço de obstetrícia II, fisicamente separados, procurando

assim, evitar as experiências potencialmente traumáticas para estas mães, tais como ouvir o choro de um outro bebê.

Este serviço apresenta todas as condições físicas necessárias ao alojamento conjunto e contínuo de mãe e bebê, com um horário de visitas alargado, sobretudo para um acompanhante, habitualmente o pai do RN, e decorre em seis enfermarias de quatro unidades ou em dois quartos de isolamento, habitualmente utilizados para situações de patologia que requeira diminuição da estimulação sensorial, como foi o caso específico das pré-eclampsias, ou da pancreatite pós-parto (situações vivenciadas durante o nosso período de estágio).

As utentes eram internadas, provenientes de dois serviços, situação que tinha implicações diretas nos cuidados imediatos prestados. Assim, nas utentes que vivenciavam um parto vaginal, a sua transferência era ativada pelo contato telefónico do EEESMO da sala de partos por ela responsável, no qual era identificada a utente e comunicada toda a informação pertinente; e era concretizada pelo assistente operacional, logo que decorrido o estágio de Hemóstase, a vigilância do puerpério imediato e a prestação dos cuidados imediatos ao RN.

Nas situações de parto por cesariana, o recém-nascido era transferido imediatamente após o nascimento e avaliação do neonatologista, em incubadora de transporte específica, pelo enfermeiro do internamento, que, chegado ao serviço, prestava os cuidados imediatos ao recém-nascido.

Estes consistiram na identificação do RN, com colocação de pulseira com o nome da mãe (no braço do RN) e colocação de pulseira eletrónica (no pé do RN) para controlo de segurança. De seguida, procedemos à estabilização do RN, com desobstrução da via aérea, usando batimentos suaves de percussão sobre a parede torácica para promover a libertação de secreções, e colocando o RN com a cabeça mais baixa do que o corpo, favorecendo a drenagem por gravidade. Quando na presença de excesso de muco na árvore respiratória, procedemos à aspiração de secreções da boca e orifícios nasais, tendo o cuidado de efetuar sucção igual ou inferior a cinco segundos, com pressão inferior a 100 mmHg, de forma a prevenir a estimulação vagal e a hipoxia (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Igualmente importante é a manutenção da temperatura, evitando o *stress* provocado pelo frio, o qual aumenta a necessidade de oxigénio e pode esgotar as reservas de glucose. O bebê pode reagir à exposição ao frio através do aumento da frequência respiratória e ficar cianosado. Assim, após a monitorização do peso,

procedíamos à prestação de cuidados ao RN debaixo de fonte de calor, com o RN completamente seco (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Tivemos oportunidade de proceder à administração profilática do colírio para prevenção da conjuntivite neonatal por gonorreia ou clamídia, passível de ser adquirida durante a passagem pelo canal de parto. Neste sentido, procedemos à instilação de uma gota de cloranfenicol® no interior do globo ocular do RN, na conjuntiva inferior.

Outro cuidado importante consistiu na administração única de 1mg de Vitamina K, por via IM, no músculo vasto externo do membro inferior esquerdo do RN. A sua administração reveste-se de extrema importância, dado que, durante os primeiros dias após o nascimento, o RN está sujeito ao risco de alterações na coagulação sanguínea e consequente hemorragia, devido ao défice de vitamina K. Esta, é transferida pela placenta e aleitamento materno, em quantidades reduzidas, além de que o intestino do bebé não está ainda colonizado pela microflora que a sintetiza, pelo que a sua administração no pós parto imediato constitui uma medida profilática de excelência na prevenção dos distúrbios hemorrágicos do RN, até ao oitavo dia de vida, altura em que estará capacitado para produzir a sua própria vitamina K (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Neste momento, era também realizada uma avaliação do coto umbilical, já anteriormente clampado, verificando no coto e na base a possível existência de edema, rubor ou secreção purulenta, no sentido de prevenir e identificar precocemente qualquer hemorragia ou infeção.

Além destes cuidados, verificamos os níveis de glucose através da pesquisa de glicemia capilar e assim determinamos a necessidade de administração de leite adaptado ou, se possível, aguardar pela chegada da mãe após os cuidados de recobro, e promover a vinculação e amamentação.

Durante este período, era permitida a presença do pai junto do RN, e a sua participação e colaboração neste processo, favorecendo a sua vinculação com o RN, a qual procuramos potenciar incluindo o pai na prestação de cuidados, dando oportunidade de vestir o RN, fotografar, pegar ao colo ou ainda administrar, quando necessário, a primeira refeição de leite adaptado ao RN, sob o nosso acompanhamento e supervisão. A mãe era transferida, também pelo enfermeiro do internamento, para junto do recém-nascido após o necessário período de recobro pós cirúrgico, e estando garantida a segurança da puérpera.

De igual modo, o exame físico ao recém-nascido, após o parto vaginal, procurou incidir sobre possíveis sinais de dificuldade respiratória, avaliação de

perturbações da circulação como a alteração da perfusão tecidual e hemorragias da ferida umbilical, e ainda reatividade e tonicidade muscular, uma vez que o primeiro exame físico completo ao recém-nascido havia sido efetuado na sala de partos. A mãe era também inquirida sobre o tipo e horário de aleitamento efetuado no bloco de partos.

O acolhimento das utentes no serviço incluiu alguns aspetos fundamentais, nomeadamente a apresentação da unidade à utente, desde o espaço físico à organização, políticas e regras de funcionamento do mesmo, à avaliação inicial da utente que compreendeu a anamnese e exame físico detalhado de ambos os utentes - mãe e RN, o estado emocional da mãe, o nível de energia, o grau de desconforto físico, o apetite e sede. Foi ainda consultado o processo clínico, no sentido de obter o registo pré-natal e informações relativas ao tipo de TP, RM, tipo de dequite, e outras informações úteis na determinação do risco hemorrágico e de infeção (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

No caso de puérpera submetida a cesariana, era ainda monitorizado o penso cirúrgico e a algaliação. Nesta fase, era também avaliado o nível de conhecimento quanto ao autocuidado e aos cuidados ao RN, nos quais a puérpera se encontrava dependente, dada a necessidade de repouso no leito, por um período variável entre seis a doze horas após anestesia epidural ou raquidiana correspondentemente, bem como efetuada uma abordagem dos primeiros ensinamentos específicos, nomeadamente a importância de efetuar movimentos ativos e passivos dos membros, no intuito de prevenir complicações tromboembólicas associadas à imobilidade (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

O exame físico geral realizado à mãe no momento da admissão, compreendia a monitorização da tensão arterial, da frequência cardíaca e temperatura. Era ainda avaliado o fundo uterino, confirmada a formação do globo de segurança de *Pinard* e a sua localização acima ou abaixo da linha do umbigo, efetuando massagem suavemente para contrair o útero e ajudar a exteriorizar possíveis coágulos, e avaliando os lóquios quanto a quantidade, cor e cheiro bem como a perda hemática.

Nesta altura, procedemos também à avaliação da distensão da bexiga, que caso esteja distendida pode influenciar a localização do útero acima da linha do umbigo, impedindo a contração uterina e assim aumentar o risco de hemorragia ou ITU. Quando necessário, a mulher foi auxiliada à micção espontânea, entre seis a oito horas, de forma a prevenir a retenção urinária consequente da administração

de opióides durante o TP. Muito raramente foi necessário proceder à algaliação intermitente (NICE, 2006).

Neste momento, foi ainda nossa preocupação avaliar o períneo, verificando o local da episiorrafia ou lacerações perineais, e se estava intacto, ou existia hematoma, edema, equimose, rubor ou corrimento. Nos casos de edema, era ainda aplicado gelo no períneo durante as primeiras vinte e quatro horas, para promoção da sua regressão e alívio da dor associada.

Com especial atenção, era ainda efetuada avaliação da mama e mamilo, verificando o tipo de mamilo - normal, invertido, ou umbilicado, no sentido de despistar complicações/dificuldades na promoção do aleitamento materno

Este foi um dos momentos em que procuramos implementar intervenções de recuperação pós-parto, nomeadamente realizando ensinamentos promotores da involução uterina e manutenção do tónus uterino, que passaram, entre outros, pela instrução da técnica de massagem uterina, da necessidade de deambulação frequente e ainda dos benefícios da amamentação. Esta técnica e a necessidade da sua realização, foi ensinada a todas as utentes após a sua admissão ao serviço, sendo que, a demonstração de empatia com as suas preocupações favoreceu a sua compreensão e receptividade.

Uma das grandes inquietações manifestadas pelas puérperas, é relativa à involução uterina, e deriva habitualmente das preocupações estéticas com o volume abdominal, sendo que expõem, o compreensível desejo de recuperar a silhueta que apresentavam antes de experimentarem as alterações resultantes do processo de gravidez.

Enquanto estudante do MESMO procuramos avaliar o autoconceito, e sua relação com a autoimagem corporal e sexualidade da mulher, dado que a forma como a nova mãe se sente em relação a si própria e ao seu corpo durante o puerpério pode afetar a sua adaptação à maternidade (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Os ensinamentos efetuados nesta fase prenderam-se com a necessidade de manter o repouso no leito, durante as primeiras 6 horas após o parto, da importância do acompanhamento do enfermeiro aquando do primeiro levante, da possibilidade de iniciar dieta ou da manutenção da dieta nula nas primeiras horas pós-cesariana, segundo prescrição médica, e a instrução da técnica de massagem uterina e ainda o reforço de ensinamentos relativos ao aleitamento materno.

A puérpera era ainda tranquilizada quanto aos cuidados ao RN, os quais durante o período de repouso no leito, eram assegurados por nós, sendo que após o levante era esperado que fosse ela própria a prestar esses cuidados, sob o nosso apoio e supervisão, por forma a sentir as dificuldades, e assim ser auxiliada a ultrapassá-las.

Atualmente, a evidência científica aponta para a necessidade de realização de um levante precoce como forma de prevenir alterações tromboembólicas provocadas pela diminuição circulatória decorrente do alectuamento (NICE, 2006). A prática no serviço de Obstetrícia I do CHTS, vai no sentido de cumprir estas recomendações, pelo que, efetuamos sempre o primeiro levante, e supervisionamos a tolerância da mulher ao mesmo, dado que neste período existe risco de queda por lipotimia associada ao longo período de repouso, elevada perda hemática, anestesia e debilidade. Era ainda transmitido às utentes as possíveis implicações de um levante tardio, sendo que na grande maioria dos casos, a iniciativa do levante precoce partia destas, por forma a poderem higienizar-se devidamente no WC ou para cuidarem do seu RN.

O primeiro levante do leito, normalmente seguido da primeira ida da utente à casa de banho, decorria cerca de três horas e trinta minutos após a admissão. Era, mais uma vez, precedido pelo exame físico e constituía o momento ideal para a realização de ensinamentos sobre a ferida ou laceração perineal, sendo uma das ocasiões que nos permitiu conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto.

Neste sentido, procedemos a avaliações periódicas, para detetar desvios da normalidade física, medidas para aliviar o desconforto e dor, medidas de segurança para evitar infeção, bem como ensinamentos e aconselhamento que promoveram os sentimentos de competência da mulher para cuidar de si e do seu filho.

Procuramos promover o conforto, acompanhando a puérpera ao WC e auxiliando-a a higienizar-se, bem como procedemos à gestão da analgesia para alívio da dor devida à contração uterina, à episiorrafia ou hemorroides. No sentido de prevenir a infeção, de acordo com os protocolos vigorados no serviço de Obstetrícia I, foi recomendada a lavagem da ferida perineal, após as normais perdas de lóquios, com água e sabão neutro, seguida de uma correta secagem. As utentes, foram instruídas à mudança frequente do penso higiénico perineal, sendo este ensino reforçado posteriormente, a cada exame físico realizado.

Apenas na presença de sinais inflamatórios eram implementadas outras medidas, nomeadamente medidas não farmacológicas como a aplicação de crioterapia local intermitente para o edema ou dor.

Nesta altura, foi ainda reforçado o ensino relativo à forma como se deve limpar na região génito-urinária, sendo explicado à puérpera que deve limpar-se no sentido da uretra para o ânus após a micção ou dejeção, bem como deve lavar as mãos antes e depois de ir ao WC.

Ao longo do módulo de APP, tivemos oportunidade de realizar exames físicos periódicos às utentes, monitorizando as diferentes fases da involução uterina, por forma a despistar atempadamente situações de potencial risco e assim prevenir complicações. Por isso o exame físico da utente, estava preconizado no serviço, no momento da admissão, com intervalos de duas horas até ao levantar do leito e posteriormente, uma vez em cada turno da manhã e da tarde, e por último no momento da alta. Sempre que a utente apresentava um risco acrescido de hemorragia, a vigilância era realizada de forma mais apertada.

Sendo o risco acrescido de hemorragia, uma das mais importantes complicações no puerpério imediato, foi também uma área de atuação, na qual desenvolvemos competências para diagnosticar complicações pós-parto, referenciando as situações que estavam para além da nossa área de atuação, e cooperando com outros profissionais no tratamento das mesmas.

Ao longo do estágio, contactamos com situações emergentes de hemorragias uterinas significativas, cuja resistência à massagem e expressão uterinas, requereu a convocação da equipa médica de urgência para implementação de medidas farmacológicas, como a administração de ocitocina por via endovenosa em perfusão, ou aplicação vaginal de Cytotec®, para promover a contração uterina, acompanhados da respetiva vigilância e monitorização até estabilização.

A necessidade de um levantar precoce do leito, após um parto, é uma situação que pode provocar uma considerável hipotensão, por diminuição da volémia subsequente à perda significativa de sangue (cerca de 500 ml), que tornou fundamental o acompanhamento da utente no primeiro levantar do leito, e, tal como constatamos, muitas vezes em levantes seguintes (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

O diagnóstico destas situações envolveu a vigilância atenta da puérpera, relacionando os sinais e sintomas de palidez acentuada, acompanhada de sudorese, ligeira taquicardia ou pele fria ao toque com os valores analíticos

prévios ao parto ou referentes ao pós-parto imediato, relativos à hemoglobina, plaquetas ou glicose.

O diagnóstico destas situações determinou o desenvolvimento de competências no sentido de implementar e avaliar intervenções à mulher com complicações pós-parto. Tal como referenciado, uma das mais significativas complicações do puerpério é a hemorragia por atonia uterina, isto é, a incapacidade do músculo uterino se contrair firmemente. De acordo com Dudas e Pedaline (2012) a hemorragia grave é a causa número um de morte materna, sendo que se estima que 75% das mortes são evitáveis.

As intervenções eficazes na prevenção da hemorragia nestas circunstâncias, foram dirigidas à manutenção de um bom tônus uterino e à prevenção da distensão vesical. Em caso de atonia, o útero enche-se de sangue e coágulos, os vasos sanguíneos do local de inserção da placenta não ocluem e ocorre a hemorragia. Esta pode ainda dever-se a hematomas vaginais ou vulvares, lacerações não suturadas da vagina ou do colo e à retenção de restos placentares (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

De acordo com as mesmas autoras, esta situação tem como fatores de risco a multiparidade, macrossomia fetal, hidrâmnios ou gestação múltipla, situações que provocam uma grande distensão uterina durante a gravidez, levando a maior dificuldade em contrair-se no pós-parto, aumentando o risco de atonia uterina.

A contração uterina inicia-se logo após o nascimento, e manifesta-se como contrações mais suaves do que as do TP, ou cólicas, mais vigorosas na múltipara e durante a amamentação, devido à libertação de ocitocina endógena. A involução uterina inicia-se cerca de dois dias após o TP. Assim, logo após o TP o útero situa-se cerca de 2cm abaixo do umbigo, e a involução vai-se dando em cerca de 1 a 2cm em cada 24 horas (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Tendo em conta estes dados, foi fundamental realizar um exame físico pormenorizado da utente, realizando a avaliação do posicionamento, consistência e volume uterinos, bem como a avaliação das características dos lóquios. Assim, um útero demasiado volumoso, de consistência mole, lateralizado, sub-involuído ou lóquios em quantidade elevada ou com presença de coágulos constituíram sinais evidentes de hemorragia uterina.

Além disso, procedemos à estimativa visual rigorosa da perda sanguínea, a qual foi subjetivamente classificada em escassa, ligeira, moderada ou abundante, de acordo com a visualização do nível de saturação do penso higiénico perineal. Um penso perineal saturado em cerca de 15 minutos, ou uma acumulação de

sangue sob os glúteos são indicadores de perda hemática elevada, determinando rápida intervenção (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

A principal intervenção utilizada na manutenção do tónus uterino foi a estimulação através da massagem suave do fundo uterino, até se verificar a sua contração firme. Esta massagem começava por causar um ligeiro aumento da saída de sangue acumulado no útero, que cessava após a contração uterina. Este procedimento revelou-se muito desconfortável para as puérperas que se queixavam frequentemente, no entanto a explicação das causas e perigos da atonia uterina ajudou na obtenção da sua colaboração.

Outra complicação frequentemente diagnosticada era referente à dor pós-parto. Esta, tal como no trabalho de parto, assume uma importância determinante e incapacitante no puerpério, dado que representa um risco de comprometimento da capacidade para cuidar do RN.

De acordo com o protocolo do serviço de Obstetrícia I, a monitorização e vigilância da dor, era garantida de forma regular, em intervalos de seis horas, através da utilização de uma escala de intensidade de 0 a 10 valores. A mulher experiente no puerpério diversos focos de dor, mesmo que nos reportemos apenas à dor física, é muito comum a dor da ferida/ laceração perineais ou ferida abdominal; contração uterina, acentuada nas múltiparas e aquando da amamentação; cefaleias pela dificuldade de descanso; dor das mamas por ingurgitamento; dos mamilos por fissuras; entre outros.

Neste contexto, tivemos oportunidade de implementar diversas técnicas de alívio não farmacológicas da dor, das quais se destaca a crioterapia intermitente perineal, ou aplicação de compressas quentes nos seios, e exemplificação da expressão e aplicação de colostro, hidratando o mamilo e ainda a responsável gestão da analgesia prescrita, que habitualmente passa por analgésicos antipiréticos como o paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides como ibuprofeno ou a trometamina, opióides fracos e fortes como o tramadol ou a morfina respetivamente, bem como anestésicos, sendo a ropivacaína a mais comum.

Além disso, procuramos implementar intervenções promotoras da saúde da mulher no período pós parto, tais como, ensinar a mulher a realizar as massagens do fundo uterino, permitindo-lhe manter o controlo e diminuir a ansiedade; ou incentivar a ingestão hídrica no sentido de favorecer a reposição de líquidos e promover a produção de leite materno; incentivar a micção espontânea periódica de forma a prevenir a distensão da bexiga; ou promover períodos de repouso, para

restabelecimento e alívio da fadiga, ajudando a cuidar do bebê, bem como promover a deambulação para prevenção do tromboembolismo, recuperação da vitalidade e exteriorização dos lóquios.

Uma das situações particulares do puerpério, que necessitaram de intervenção foi referente à correção de mitos enraizados que podem perturbar a favorável evolução do puerpério. Alguns dos mitos mais comuns prendem-se com os cuidados de higiene, nomeadamente a impossibilidade de lavar o cabelo ou tomar banho completo no primeiro mês; outro exemplo é a alimentação, sobre a qual muitas das mães são aconselhadas pelo senso comum a dietas claramente prejudiciais à sua saúde e insuficientes para o período de amamentação. Constatamos que muitos destes mitos não têm qualquer fundamentação científica e podem efetivamente ter consequências na saúde e bem-estar das utentes, pelo que necessitaram ser desencorajados.

Outra intervenção implementada com a finalidade de potenciar a saúde da mulher é referente à prevenção da isoimunização Rh, a qual consistiu na administração de 300 µg de imunoglobulina Rh - solução de gamaglobulina com anticorpos RH, nas primeiras 72 horas após o parto, prevenindo assim a sensibilização das mulheres RH negativas que tiveram uma transfusão feto-materna de eritrócitos fetais Rh positivos. Esta administração promove a destruição das células Rh positivas do feto, antes que a mãe inicie a produção dos seus próprios anticorpos contra elas (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Dando continuidade aos cuidados prestados na sala de partos, nesta fase, tivemos ainda oportunidade de implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. A primeira mamada do recém-nascido, ainda na sala de partos, ocorre com total apoio e supervisão da EEESMO. Após a chegada ao internamento é iniciado todo um processo de consolidação de conhecimentos e técnicas que permitirão à mãe tornar-se independente no aleitamento do seu RN, um dos objetivos de maior importância da equipa multidisciplinar, na qual a EEESMO desempenha um papel fundamental.

Era nesta fase que as mães encontravam as primeiras dúvidas e dificuldades, sendo o acompanhamento muito importante até a utente adquirir a segurança e autoconfiança necessárias, um processo que cada mãe e RN vivenciavam de forma muito particular, requerendo muita disponibilidade do enfermeiro, mas que era também muito gratificante para nós.

Ao longo do módulo de APP, podemos planear, implementar e avaliar medidas corretivas ao processo de aleitamento materno, nomeadamente ao nível

dos horários e frequência das mamadas, aos sinais de uma pega eficaz ou do posicionamento da mãe e do RN. Tivemos oportunidade de incentivar continuamente as mães ao aleitamento materno, reforçando as vantagens a ele inerentes, para ambos.

Frequentemente verificamos nesta área, ideias preconcebidas erradas que necessitamos desmistificar, como por exemplo a de amamentar o RN de três em três horas, a obrigatoriedade de amamentar o RN durante 15 minutos em cada seio, em cada mamada, ou ainda a suposta fraca qualidade do colostro, devido à sua aparência aquosa. Nestes casos, foi necessária, a difícil reformatação das ideias preconcebidas com fornecimento de informação contida na literatura mais atual. Além disso, foram ensinados os sinais de saciedade do RN, e explicado que se este apresentasse cerca de seis a oito micções e cerca de quatro dejeções por dia, estes sinais eram indicativos de saciedade e boa alimentação (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Muitas das complicações comuns do puerpério surgem das dificuldades no processo de aleitamento materno. A título de exemplo é importante referir as fissuras mamilares, habitualmente secundárias a uma pega ineficaz do bebé ou o ingurgitamento mamário decorrente de uma ineficiente extração do leite. Estas e outras situações frequentes reforçaram a importância e a necessidade de acompanhamento por parte do EEESMO, durante todo o processo de amamentação, com observação das mamadas e registo da sua progressão, bem como aproveitamento de todas as oportunidades para efetuar ensinamentos promotores da amamentação.

Tal como referem Pinto e Schub (2013, p. 75)

A educação é uma intervenção chave para aumentar as taxas de iniciação da amamentação e a duração do aleitamento materno. Os profissionais devem ser bem treinados em lactação. As mães podem ser orientadas individualmente ou em grupos, durante os períodos pré-natal e durante o parto, e incluir os pais na educação pode melhorar as taxas de amamentação. Os tópicos abordados devem incluir os benefícios do aleitamento materno, contra-indicações, lactação, técnicas de posicionamento, remoção do leite, e as barreiras à amamentação.

A grande maioria das utentes, quando hemodinamicamente estáveis, com o controle da dor garantido, após o primeiro levante do leite, encontram-se aptas a iniciar o processo de aprendizagem de prestação de cuidados ao RN, bem como o seu próprio autocuidado. Sendo um serviço maioritariamente composto por utentes sem doença, o foco de atenção da prestação de cuidados centra-se na realização de ensinamentos aos utentes e familiares, o que nos permitiu desenvolver

competências no sentido de informar, orientar e apoiar a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho.

As necessidades de realização de ensinamentos sobre os cuidados ao RN eram diversas, pelo que nos empenhamos em dotar os pais dos conhecimentos essenciais, nomeadamente: desenvolvimento infantil, sono e repouso, cuidados ao coto umbilical, alimentação, cuidados de higiene, vacinação, diagnóstico precoce e ainda o seguimento após alta.

A melhor forma de cuidar o cordão umbilical após o nascimento, é uma questão controversa, principalmente nos países desenvolvidos. Uma grande variedade de práticas e crenças culturais estão associadas a este cuidado, incluindo a aplicação tópica de colostro da mãe.

Os resultados de um estudo, envolvendo 150 RN, pretendeu comparar três técnicas de cuidado do cordão: (1) desinfecção tópica com iodopovidona duas vezes por dia, (2) aplicação tópica de colostro da mãe, duas vezes por dia, (3) cuidados de limpeza, com água e sabão, mantendo o cordão seco e limpo. Concluiu-se que estas duas últimas intervenções estavam associadas a uma queda do cordão mais rápida, do que quando usada a desinfecção com iodopovidona (VURAL e KISA, 2005).

Estes resultados são reafirmados pela revisão de Zupan, Garmer e Omari (2009) que procuraram comparar as diferentes formas de cuidados ao cordão recorrendo a 21 ensaios clínicos randomizados e quase-randomizados referentes a 8959 participantes de países desenvolvidos. Os seus resultados evidenciaram que o uso de antisséptico prolongou o tempo de separação do cordão umbilical, embora esta técnica tenha sido associada a uma redução da preocupação materna em relação ao cordão. Os autores concluíram que não existe evidência suficiente para se considerar a aplicação de *spray*, creme ou pó melhor do que a simples higiene e secagem do cordão, tendo o cuidado de vestir roupas limpas e proceder à lavagem das mãos antes de o manipular.

Pela importância de que se reveste, e pela renitência muitas vezes demonstrada pelos pais na execução da técnica, a limpeza do coto umbilical adquiriu grande importância, tendo sido programados ensinamentos até à autonomia completa da mãe neste cuidado.

De acordo com o protocolo vigorado no serviço de Obstetria I do CHTS, o qual vai de encontro à evidência atual, era realizada a limpeza do coto umbilical com água e sabão neutro, na frequência de 3 vezes por dia, e sempre que o coto entrasse em contacto com urina ou fezes. As mães eram também instruídas dos

sinais de infecção local (rubor, calor, cheiro fétido, secreção purulenta) e da necessidade de encaminhamento no caso de surgimento de algum destes.

No mesmo sentido, outra das grandes preocupações das mães, sobretudo as primíparas, prende-se com os cuidados de higiene do recém-nascido. A muda de fralda do recém-nascido, apesar de ser um cuidado de grande simplicidade, foi constatado como a primeira grande dificuldade para as novas mães, e constituía também o início da interiorização das necessidades/exigências que o desempenho dos papéis de mãe e pai requerem.

Por forma a facilitar a organização do serviço, os cuidados de higiene dos RN eram maioritariamente realizados no turno da manhã, no entanto, consideramos que esta situação dificulta a presença do pai, que tem um horário de visita reduzido neste turno. Apesar desta contrariedade, e procurando não afetar a organização e cumprimento dos planos de cuidados, procuramos, sempre que possível, incluir o pai neste cuidado ao RN.

Consideramos que o banho do RN era uma experiência muito mais abrangente do que a mera prestação de cuidados de higiene, sendo o momento ideal para partilha e criação de vínculo com os progenitores, bem como partilha de informação com o casal, dada a fragilidade e incapacidade da mãe para absorver toda a informação, pelo que, englobar o pai neste cuidado seja fundamental e extremamente benéfico.

Neste momento, procuramos também orientar a mulher e o pai, sobre o crescimento, desenvolvimento, e sinais e sintomas de alarme no RN. Ao longo do curto internamento de que são alvo, mãe e bebé terão oportunidade de iniciar um processo de conhecimento mútuo e adaptação. Neste contexto, uma das situações mais importantes, é o padrão de sono do recém-nascido e o surgimento das habituais cólicas.

As alterações no padrão de sono do bebé, muitas vezes acompanhado por períodos alongados de choro do recém-nascido, habitualmente causados pelas cólicas, criam nos pais um sentimento de impotência que poderá ter repercussões na capacidade da mãe em prestar cuidados ao recém-nascido autonomamente.

Foi explicado aos pais que o choro do RN tem diversas causas - fome, fralda molhada, necessidade de erutar, sensação de calor ou de frio, cólica ou cansaço, e constitui uma forma de comunicação do bebé. Nesta altura, eram ainda esclarecidas as técnicas para acalmar o RN, e a técnica de posicionamento para dormir ou erutar. A transmissão de conhecimentos específicos, o ensino de técnicas apropriadas como a massagem abdominal, e a promoção do apoio e

conforto da mãe, explicando que estas situações são habituais, ajudaram a aumentar a auto-confiança nas suas competências para prestar os cuidados devidos ao RN.

Outra das nossas preocupações consistiu em motivar os pais para a adesão ao plano nacional de vacinação e para a necessidade de realização do diagnóstico precoce de doenças metabólicas - Teste de *Guthie*, bem como as consultas de desenvolvimento infantil. Com o consentimento dos pais, no serviço de obstetrícia I, foram administradas as vacinas referentes ao primeiro mês de vida do RN - a BCG, vacina contra a tuberculose e a primeira toma da vacina contra a hepatite B. Todas as mães abordadas aceitaram com grande receptividade a vacinação dos seus recém-nascidos e receberam os ensinamentos específicos sobre as próprias vacinas, possíveis complicações e o plano nacional de vacinação em geral.

Nos internamentos sem complicações, as mães eram ainda orientadas para a realização do vulgarmente denominado teste do pezinho - o rastreio de doenças metabólicas ou *Teste de Guthie*, nos cuidados de saúde primários, no entanto, nos internamentos mais prolongados, e que abrangeram o intervalo de três a seis dias preconizado, o diagnóstico precoce foi realizado no serviço, bem como os respetivos ensinamentos aos pais.

No acompanhamento das puérperas, em caso particular de parto distócico por cesariana os procedimentos habituais eram relativamente diferentes, tanto nos cuidados à mulher como nos cuidados ao RN. Estes, requereram a necessidade de monitorização do estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, bem como a referenciação das situações que estavam para além da nossa área de atuação, e foram influenciados pelo período pós-cirúrgico ou pela adaptação à vida extra-uterina do RN, respetivamente.

A cesariana de acordo com o protocolo do serviço de Obstetrícia I, determina uma vigilância apertada dos sinais vitais, do controlo hemodinâmico, da soroterapia, da drenagem vesical, do penso e ferida operatórias até ao momento do primeiro levantar do leito, que se realizava entre seis a doze horas após a cirurgia. O repouso no leito por este período requereu a nossa atenção para o comprometimento do auto-cuidado de higiene, e neste sentido era realizada a lavagem perineal nos turnos da tarde e noite ou banho completo no leito nos turnos da manhã, para higiene e conforto das utentes. O primeiro levantar coincidia, habitualmente, com a suspensão da fluidoterapia e da algaliação.

No RN por cesariana, sendo transferido imediatamente após o parto para o serviço de obstetrícia, onde são prestados os cuidados imediatos, existe o risco

elevado de complicações, nomeadamente de surgimento de dificuldade respiratória. A monitorização apertada do estado de saúde destes recém-nascidos, nas primeiras horas, era ainda mais importante para despiste de complicações e intervenção imediata.

As situações de complicações mais comuns, com as quais contactamos, eram referentes a hipoglicemias e gemido respiratório. As situações de hipoglicemia foram resolvidas com recurso a alimentação, de preferência aleitamento materno, no entanto, dada a ausência da mãe, era necessário recorrer ao leite adaptado, e nos casos mais preocupantes, era necessária a administração de soro glicosado por via oral, com o conhecimento e indicação do pediatra. As situações de gemido respiratório prolongado obrigaram também ao contacto do pediatra, sendo que em nenhuma situação foi necessário recorrer à administração de oxigenoterapia, necessitando apenas de supervisão mais apertada, sob fonte de calor e alimentação.

A situação clínica do RN, mais comumente presenciada, foi a icterícia neonatal, que ocorre em cerca de 60% dos recém nascidos de termo e 80% dos recém-nascido pré-termo. Sendo que a hiperbilirrubinemia, definida como a concentração de bilirrubina sistémica acima dos patamares de segurança definidos, de acordo com os fatores de risco identificados e a idade do recém-nascido, ocorre em cerca de 10% dos bebés e requer tratamento (AAP, 2004; NICE, 2010).

O tratamento desta situação, no serviço de Obstetrícia I, segue as recomendações da *American Academy of Pediatrics* (AAP) para o diagnóstico e tratamento da icterícia neonatal, e determina uma fundamental cooperação com outros profissionais, nomeadamente os pediatras e neonatologistas, no tratamento do RN com este problema de saúde. Enquanto estudante do MESMO, assumimos um papel determinante no diagnóstico precoce da icterícia neonatal, na correta aplicação do tratamento estabelecido, normalmente a fototerapia, bem como na tranquilização dos pais, em relação a esta situação, cuja evolução, habitualmente se revela benigna.

O diagnóstico precoce da icterícia neonatal implicou um conhecimento aprofundado da fisiopatologia, nomeadamente os mecanismos de desequilíbrio entre a produção e excreção de bilirrubina, os fatores de risco associados e ainda a utilização dos monogramas de previsão e tratamento respetivos.

O serviço dispõe de um bilirrubinómetro transcutâneo, que calcula uma estimativa da bilirrubina sérica, sendo de aplicação indolor e não invasiva, pode

ser utilizado frequentemente para avaliar a evolução dos valores de bilirrubina, evitando recorrer à estimativa visual da icterícia, metodologia com grande margem de erro, dado o fator da subjetividade, mesmo para profissionais experientes.

Segundo Bhutani [et al.], (2013) a bilirrubina sérica/transcutânea avaliada antes da alta (ajustada para a idade), combinada com os fatores de risco específico (especialmente a idade gestacional), é a melhor forma de prever a necessidade subsequente de fototerapia.

Após a avaliação e estabelecimento do risco de desenvolvimento de hiperbilirrubinemia subsequente, por apresentação de valores consecutivos, acima da referência, era contactado o neonatologista para comunicação da situação. Caso este confirmasse o risco elevado, o RN era puncionado para colheita de sangue e avaliação da bilirrubina sérica. Se o valor de bilirrubina sérica indicasse a necessidade de tratamento, o pediatra efetuava a sua prescrição.

Por forma a uniformizar procedimentos, o serviço dispõe de um protocolo de fototerapia nos quais são indicados os principais cuidados inerentes ao procedimento, de acordo com as recomendações internacionais, nomeadamente correto posicionamento do recém-nascido, necessidade de evitar a exposição ocular à luz dos aparelhos de fototerapia, maior preocupação com o correto aleitamento e eliminação intestinal e vesical, avaliação da temperatura corporal por risco de hipo e hipertermia, banho diário para hidratação e peso diário por risco de desidratação, entre outros.

Na grande maioria dos casos, o tratamento era efetuado na unidade das utentes, sem necessidade de internamento em neonatologia, pelo que a mãe podia permanecer junto do RN e continuar a prestar os cuidados habituais, nomeadamente o aleitamento materno e a muda de fralda, interrompendo o tratamento intermitentemente quando necessário. O apoio emocional para esta situação inesperada, bem como uma adequada informação sobre a patologia foram fundamentais para a capacitação e tranquilização dos pais.

Ao longo do módulo de APP, assistimos ainda, a alguns casos de alterações morfológicas e/ou funcionais do RN, nas quais necessitamos de planear e implementar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, sendo as mais frequentes a fraturas da clavícula e lesões do plexo braquial subsequentes a partos com extração fetal difícil. Estas situações, afastam-se do bebé perfeito idealizado pelos pais e podem ser de difícil aceitação. Enquanto estudante do MESMO desempenhamos intervenções centradas no esclarecimento e

informação sobre a situação clínica, nos cuidados a ter e ainda no apoio emocional.

As fraturas da clavícula são situações com bom prognóstico que habitualmente evoluem favoravelmente sem qualquer tratamento, no entanto, a dor provocada pela fratura torna necessário um manuseamento cuidadoso do RN, o qual foi devidamente instruído aos pais.

Por outro lado, as lesões do plexo braquial podem apresentar diferentes graus de severidade e necessitar de tratamentos como fisioterapia por períodos prolongados. O confronto com estas situações, é muitas vezes difícil de superar pelos pais e o apoio emocional e conforto foram fundamentais para a superação de sentimentos de revolta e tristeza manifestados, prevenindo ao máximo situações de inadaptação à situação.

Segundo Caple e Schub (2013) a *depressão pós-parto ocorre em cerca de 25% de todas as mulheres em idade reprodutiva e é consideravelmente subdiagnosticada*. Os autores consideram que a depressão pós parto pode ser tratada atempadamente ou possivelmente evitada com identificação precoce, triagem e educação. A depressão pós-parto não diagnosticada pode durar muito mais tempo do que se diagnosticada precocemente e implementado tratamento adequado.

Assim, podemos ainda diagnosticar e monitorizar alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que requereram outras áreas de atuação. Este diagnóstico advinha da avaliação inicial, que detinha a obrigatoriedade de uma avaliação psico-emocional e sociológica das utentes, e do suporte contínuo com interação com a tríade mãe-RN-pai, por forma a detetar situações de fragilidade emocional, incapacitantes para o processo de adaptação à parentalidade.

A avaliação da adaptação à parentalidade é evidenciada pela interação da mãe e do pai com o seu filho, e cedo manifestada no pós-parto, quando é constatada uma reação positiva dos pais em relação ao RN, isto é, quando integram os seus novos papéis e apresentam uma perceção realista e aceitação das necessidades do seu filho, bem como das limitações das suas capacidades, respostas sociais imaturas e desamparo (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Assim, de acordo com o defendido pelas mesmas autoras, comprovamos a adaptação à parentalidade, quando presenciamos interações positivas e manifestações de prazer ao cuidar do bebé, e nas tarefas para e com ele, ou nas tentativas de compreender os estados emocionais do bebé e confortá-lo.

Por outro lado, encontramos situações particulares de dificuldades na transição para a parentalidade. Exemplo importante desta situação foram as mães adolescentes, que muitas vezes se deparavam com uma realidade inesperada e para a qual não se encontravam minimamente preparadas, quer em competências, quer em condições emocionais ou suporte económico e social.

Nestes casos, as interações positivas eram escassas e duvidosas, pelo que motivaram uma averiguação mais profunda, no sentido de determinar se a puérpera estava a experimentar o normal *blues* ou se estava subjacente outro processo mais grave.

Na literatura científica encontramos o reforço desta necessidade, considerando o defendido por Leahy-Warren, McCarthy e Corcoran (2012) as *enfermeiras e parteiras precisam estar cientes e reconhecer a contribuição significativa do apoio social, em particular da família e dos amigos em influenciar positivamente a saúde mental das mães de primeira viagem e bem-estar no período pós-parto.*

Nestas situações, em que são diagnosticados problemas deste âmbito, contamos com a colaboração do serviço social, que promove uma avaliação do suporte sociofamiliar para acompanhamento da puérpera e recém-nascido, sendo que, até parecer favorável, as utentes não poderão ter alta clínica. No caso específico das grávidas adolescentes, a comunicação ao serviço social é obrigatória.

Foi também nossa preocupação a implementação de intervenções dirigidas à puérpera com patologia associada e/ou concomitante, de maior ou menor gravidade, sendo as mais comuns a hipertensão e a diabetes, prévias ou gravídicas. Estas situações podem levar ao internamento da grávida até ao momento do parto. O serviço de Obstetrícia dispõe de protocolos de colaboração específicos nestas áreas.

Assim, nas situações de hipertensão, é realizada a avaliação da tensão arterial em intervalos máximos de oito horas, e no momento de admissão no serviço e primeiro levante do leito. A terapêutica instituída é individualizada, no entanto, a medicação mais comum é a metildopa oral, em diferentes doses e horários consoante a gravidade e ainda a nifedipina, sub-lingual nos picos hipertensivos. Sendo que o agravamento da hipertensão pode despoletar convulsões, é fundamental despistar os sinais e sintomas associados.

Nas utentes com diabetes mellitus, os protocolos do serviço fazem apenas distinção entre as diabéticas controladas com dieta, e as diabéticas

insulino-tratadas, independentemente de ser diabetes mellitus prévia ou diabetes gestacional.

O protocolo prevê a monitorização da glicemia capilar antes das principais refeições ou em intervalos de quatro horas, quando as utentes se encontram em pausa alimentar, acompanhada de correção com insulina de ação rápida. Nas utentes controladas com dieta, a monitorização da glicemia capilar cessa após três avaliações normais, enquanto nas insulino-tratadas a avaliação mantém-se até à alta clínica.

Apesar da grande maioria das utentes não apresentar complicações graves no seu puerpério, uma minoria apresenta complicações de grande severidade, que podem culminar em sequelas graves e irreparáveis para as utentes. Duas das complicações de maior importância na gravidez e pós parto são a pré-eclâmpsia e o síndrome de HELLP.

Como estudante do MESMO prestamos cuidados a utentes com estes diagnósticos médicos, as quais determinaram a cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações no pós-parto. Estas utentes necessitaram de uma supervisão mais apertada e de um atento despiste de sinais indicadores de complicações. Os sinais de alerta prendem-se com a hipertensão arterial, fotofobia, epigastralgias, visão turva ou cefaleias intensas (FRASER e COOPER, 2009).

Em ambas as situações as nossas intervenções independentes tiveram enfoque em proporcionar repouso ao utente e diminuir os estímulos sensoriais, levando à necessidade de isolamento da utente em quarto individual e restrição de visitas, acompanhado, entre outros, de um efetivo controlo da dor.

Algumas das ações interdependentes dirigiram-se ao controlo da diurese e a administração de fármacos. A medicação de eleição para a prevenção de convulsões é o sulfato de magnésio em perfusão contínua, que necessita de uma vigilância apertada dos sinais de sobredosagem. Nos síndromes de HELLP, pela trombocitopenia associada, existe um risco elevado de hemorragia, e, dadas as alterações hepáticas é habitual as utentes necessitarem de receber proteínas plasmáticas, nomeadamente a albumina, por via endovenosa. No tratamento farmacológico é também incluída a dexametasona endovenosa, pela sua propriedade corticosteroide com ação a nível hepático (FRASER e COOPER, 2009).

A gravidade da situação que implica habitualmente um repouso prolongado e a incapacidade de cuidar do RN necessitou do nosso apoio na promoção da aceitação do estado de saúde por parte da utente e familiares.

O puerpério, principalmente nestas circunstâncias, é um momento de grande fragilidade emocional para as utentes, devido às alterações hormonais habituais, acompanhadas da responsabilidade que é ter um ser completamente dependente de si. Foi comum durante o internamento depararmos-nos com situações de grande labilidade emocional, que nos permitiram supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável, com objetivo de minimizar a probabilidade do desencadear de situações de depressão pós-parto posteriores.

Diferentes utentes verbalizaram e demonstraram situações de tristeza incontrollável e preocupação com sentimentos de impotência para reverter essa situação. Também nesta altura, foram implementadas intervenções de escuta ativa e de tranquilização. Determinante, foi também a procura da colaboração do pai para auxiliar a mãe a ultrapassar esta situação delicada. Nas situações mais graves, o procedimento normal foi o pedido de colaboração de psiquiatria, que levava habitualmente à instituição de terapêutica, que na sua maioria é incompatível com a amamentação, o que representa danos importantes para o vínculo mãe-RN e desenvolvimento infantil.

Por diversos motivos, entre os quais a necessidade de realização de fototerapia intensiva, alguns dos recém-nascidos requerem cuidados mais diferenciados, situações que obrigam ao internamento na neonatologia. Esta situação inesperada para os pais, que implica o afastamento físico do bebé, embora exista a possibilidade de permanência e acompanhamento quase constante, é uma vivência muitas vezes dolorosa para os pais e familiares que obriga a conceber, planear, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos.

Este suporte consistiu na utilização da escuta ativa das preocupações da família, no reconforto, no esclarecimento sobre a situação clínica do RN e a informação da possibilidade de manter alguns cuidados, embora de forma diferente, como o aleitamento materno, quando possível, ou a extração de leite materno para administração posterior.

O apoio emocional e psicológico é também determinante durante o período de luto em caso de abortamento, morte fetal ou neonatal. Tal como já referido anteriormente, o internamento das puérperas após abortamento decorre no serviço de Obstetrícia II e Ginecologia, no entanto deparamos-nos com uma situação particular, em que o RN faleceu durante o internamento na neonatologia,

quando não era previsível para os pais. Nesta situação específica, necessitamos conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto.

A situação de luto no puerpério é uma vivência dramática e inesperada, na qual as utentes e familiares necessitam de todo o apoio emocional disponível. Nesta situação particular tivemos o cuidado de transferir a utente para o serviço de Obstetrícia II, após uma conversa com a utente, no sentido de evitar que a esta continuasse a ouvir o choro dos recém-nascidos, situação muitas vezes traumática para ela.

Esta foi também a única situação na qual tivemos necessidade de assumir a decisão de transferir, assegurar a transferência e cuidar da puérpera durante o transporte. A utente manifestou interesse nesta transferência e compreendeu os motivos desta, reconhecendo, no final do internamento, que esta foi uma intervenção ajustada, que a ajudou a enfrentar esta situação delicada. A transferência, além de a remover daquele contexto potencialmente ameaçador, permitiu um isolamento e maior acompanhamento familiar e privacidade neste momento de perda.

Na preparação da alta da mãe e RN, o EEESMO desempenha um fundamental papel de articulação entre a equipa médica de obstetrícia e pediatria, uma vez que o ideal é a alta simultânea de ambos. Assim, à exceção dos casos em que existam complicações, as altas ocorrem, nos partos vaginais, após quarenta e oito horas do nascimento, se completadas antes das dezasseis horas. As restantes utentes, incluindo as cesarianas, perfazem pelo menos três dias de internamento após o parto, independentemente da hora de nascimento.

Enquanto estudante do MESMO, assumimos um papel decisivo na avaliação das competências da mãe, sendo que perante uma avaliação negativa, quer nas competências da mãe, quer na adaptação do RN ao aleitamento materno ou artificial, foi indicativo do adiamento da alta clínica. No serviço de obstetrícia, o EEESMO colabora ativamente no momento da alta clínica, auxiliando na avaliação física das utentes e ainda na execução de tratamentos às feridas cirúrgicas e respetivo penso operatório. Relativamente aos recém-nascidos, colaboramos com os pediatras na monitorização do peso, adaptação ao meio extra-uterino e estado geral de saúde.

A preparação da alta era um processo gradual, iniciado aquando da admissão das utentes, e constituía, tal como defendem Lowdermilk e Perry (2008), um importante momento de educação para a saúde, a qual incidia sobre o

autocuidado e reconhecimento dos sinais de complicações, quer para ela quer para o RN, e como obter ajuda e aconselhamento na comunidade.

Este era o momento mais oportuno para informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto e pós-parto. As utentes foram aconselhadas a não reiniciar a sua atividade sexual até à consulta de revisão do puerpério que deverá ser agendada para cerca das quatro a seis semanas após o parto. A ovulação pode ocorrer antes desta consulta, o que pode levar ao surgimento de uma gravidez não planeada (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

As utentes foram também informadas da necessidade de realizar contraceção, mesmo aquando da amamentação, desmistificando alguns mitos existentes a este respeito e foi-lhes explicada a possibilidade de utilizar um contraceptivo oral específico para o período de amamentação. Foi também recomendado que as utentes não engravidem num período de dois anos após o parto, para evitar complicações. Era fornecida orientação relativa à medicação prescrita, e consultas de acompanhamento do desenvolvimento RN, vacinação e alimentação (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

O aleitamento materno, como preconizado pela WHO, deverá ser mantido em exclusivo até aos seis meses de vida do bebé, e posteriormente acompanhando a introdução de novos alimentos, pelo que, o surgimento de problemas neste processo pode ocorrer após a alta hospitalar, destacando-se a possibilidade de ingurgitamento mamário. Assim, procuramos informar e orientar todas as puérperas sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do RN, promovendo a decisão esclarecida.

No caso particular do aleitamento materno, o serviço dispõe de um cantinho de amamentação para o pós - alta, ao qual as puérperas podem recorrer e verem resolvidas as suas dificuldades por um enfermeiro do serviço com formação específica em aleitamento materno. Integrado neste projeto, o serviço dispõe ainda de uma linha de contacto telefónico constante, e um endereço de e - mail (tecnologia cada vez mais aceite) para as utentes colocarem as suas preocupações sobre todas as questões referentes ao puerpério ou ao seu RN.

Era ainda esclarecida a mulher em relação à disposição dos serviços de saúde nas Unidades de Saúde Familiar e Centros de Saúde, nomeadamente a visita domiciliária, que proporciona a avaliação pelo EEESMO da mãe, do RN e do ambiente familiar, bem como o encaminhamento para os recursos disponíveis na comunidade, determinando a adaptação fisiológica e identificando complicações.

Este contato, formalizado nos primeiros sete dias, tem reduzido a necessidade de cuidados de saúde mais dispendiosos (SU) e tem melhorado a qualidade geral dos cuidados direcionados aos RN e aos pais, que são incentivados a expressarem as suas dúvidas e sentimentos, favorecendo assim a adaptação emocional aos seus novos papéis (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

No momento da alta, era ainda facultada informação e contato de grupos de apoio na adaptação à maternidade, nomeadamente, o grupo de recuperação pós-parto existente no serviço de Fisioterapia do CHTS, onde, tal como defendem Lowdermilk e Perry (2008) as puérperas (algumas que já se conhecem das consultas pré-natais e sessões de preparação para o parto) são encorajadas a partilhar as suas vivências em relação à parentalidade, e experimentam sentimentos de solidariedade, ao testemunharem as vivências de casais mais experientes, descobrindo que não estão sós nas suas inseguranças. A saída do RN do serviço de Obstetria I era efetuada, obrigatoriamente, em cadeira de transporte de RN - *Babycock*, aproveitando-se o momento para esclarecer dúvidas em relação ao seu uso, bem como à segurança rodoviária.

1.2. Outras Atividades

Ao longo do estágio, fomos aproveitando oportunidades de desenvolvimento dos conhecimentos através da participação em atividades dinamizadas pelos serviços onde decorreu o estágio.

Assim, no contexto do estágio, tivemos oportunidade de participar no Curso de Suporte Avançado de Vida Neonatal, dinamizado no Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional (SFAP), que teve a duração de oito horas.

O curso consistiu numa primeira parte teórica, com abordagem estruturada do RN que nasce bem, do suporte básico de vida, das técnicas de ventilação e manutenção da via aérea, cateterismo umbilical e administração de fármacos e análise de casos particulares de reanimação.

A segunda parte, de natureza prática, com treino, por parte de todos os formandos, do suporte básico de vida e da manutenção da via aérea e ventilação, bem como cateterismo umbilical e administração farmacológica. Além disso, foi dinamizado um *Workshop* com discussão de casos clínicos, os quais foram

demonstrados pela equipa pediátrica. De seguida, foram colocados cenários, de forma individual a cada formando, e testada a sua atuação perante a situação, de acordo com o Algoritmo de Reanimação Neonatal vigorado no CHTS. No final foram ainda testados os conhecimentos com a realização de um teste de avaliação.

O algoritmo de reanimação neonatal é baseado nas recomendações da *American Heart Association (2010) - Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*, as quais resumem a evidência consensual em relação à transição da vida intrauterina para a vida extrauterina, bem como, depois de completada a transição neonatal, as intervenções mais eficazes dirigidas ao RN que necessita de ressuscitação, ao longo do período neonatal - primeiros 28 dias de vida do RN (AAP, 2010).

De acordo com os dados da AAP (2010) aproximadamente 10% dos RN requerem algum tipo de assistência para iniciar a respiração após o nascimento, e menos de 1% requer procedimentos de ressuscitação intensiva. Embora a grande maioria dos RN não necessitem de intervenção, na transição do meio intrauterino para o meio extrauterino, considerando o número total de nascimentos, uma percentagem razoável irá necessitar de algum tipo de manobras de ressuscitação.

Assim, consideramos pertinente manter presente o Algoritmo de Ressuscitação Neonatal, o qual se encontra afixado nos serviços de Bloco de Partos e Obstetrícia, e que apresentamos de seguida.

ALGORITMO DE REANIMAÇÃO NEONATAL

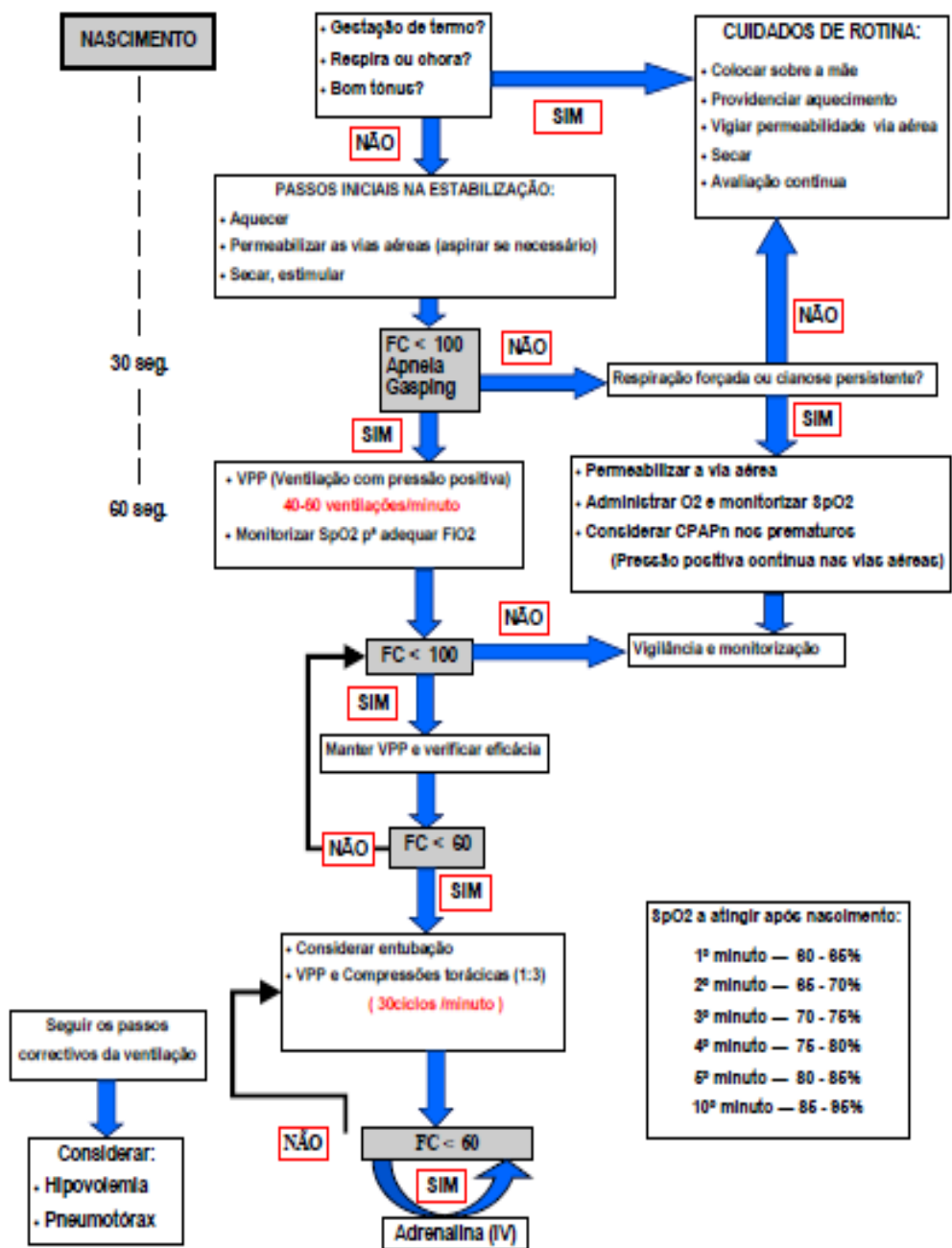


FIGURA 1: Algoritmo de reanimação neonatal (CHTS).

A WHO defende o aleitamento materno exclusivo, sendo este o único alimento a ser fornecido ao lactente até aos 6 meses de idade, e nenhum outro líquido que não sejam gotas, xaropes de suplementos vitamínicos e minerais ou fármacos. Assim, conjuntamente com a UNICEF, foi iniciada em 1991 a iniciativa *Hospital Amigo dos Bebés*, a qual determina o cumprimento dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno pelos hospitais assim designados.

O CHTS iniciou o seu projeto de candidatura a esta iniciativa durante o estágio, no módulo de APP, pelo que tivemos oportunidade de integrar a equipa de Enfermeiros responsável pela sua dinamização, sendo a nossa colaboração no sentido da organização e dinamização de sessões de formação dirigidas à equipe multidisciplinar, no que concerne à promoção do aleitamento materno, à técnica de amamentação, sua promoção junto das puérperas e implementação da tabela de observação e avaliação da mamada preconizada pela WHO.

Este é um projeto que iniciamos na condição de aluna, e que continuaremos a colaborar no futuro enquanto profissional do serviço de Obstetrícia, dado que reconhecemos os benefícios do aleitamento materno, e sua representação nos ganhos em saúde para o RN, família e comunidade.

Tivemos ainda oportunidade de participar numa sessão de esclarecimento sobre a massagem perineal com o gel Elastolabo®, dinamizada pela Tecnofar, nas suas instalações, com a duração de 4 horas.

Uma revisão de quatro estudos clínicos, envolvendo 2497 grávidas, demonstrou que a massagem perineal efetuada pela mulher, uma ou duas vezes por semana, a partir da 35ª semana de gravidez reduz a probabilidade de traumatismo perineal que requer sutura (episiotomia e laceração) e dor perineal contínua (BECKMANN [et al.], 2013).

O Elastolabo® consiste numa pomada para massagem perineal, cuja finalidade procura atuar nas fases de extensibilidade e recuperação da elasticidade dos tecidos, através das propriedades lubrificantes e lenitivas dos seus ingredientes (TECNIFAR, 2012).

Assim, a massagem perineal com Elastolabo® aumenta a elasticidade dos músculos e dos tecidos da parede pélvica, reduzindo potencialmente o risco de traumatismos do períneo e de episiotomia no TP e das complicações no pós-parto (TECNIFAR, 2012). Estes dados, representaram um importante contributo no desenvolvimento da nossa revisão integrativa referente ao tema Prevenção da Episiotomia, a qual passamos a explicar.

2. PREVENÇÃO DA EPISIOTOMIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

No sentido de dar resposta ao nosso objetivo de mobilizar os conhecimentos teóricos com suporte na prática baseada em evidências, problematizando uma temática de interesse pessoal, e assim contribuir para a excelência da prática do EEESMO, foi realizada uma revisão integrativa da literatura relativa à problemática da prevenção da episiotomia.

2.1 Introdução Ao Problema

O trabalho de parto e o nascimento representam o final da gravidez, o início da vida extra-uterina para o RN e uma grande mudança na vida familiar. O parto é o momento de transição mais aguardado, e em simultâneo, o mais temido pela grávida. Este é um processo vivido com muita ansiedade, representada de várias formas, e que deve ser reconhecida pelo EEESMO, no sentido de fornecer o apoio necessário à superação dos sentimentos de ansiedade e medo, permitindo à grávida/casal experienciar um momento natural da sua vida - o nascimento do seu filho.

No entanto, de acordo com Cerqueira (2008), o parto nunca é totalmente natural, pois reflete valores sociais que variam de acordo com cada sociedade, em algumas podendo ser considerado um drama, ou em outras, um processo comum e natural da vida da mulher.

Partindo deste princípio, a WHO elaborou, em 1996, um documento denominado de Assistência ao Parto Normal, no qual estabelece as ações direcionadas ao cuidado centrado nas necessidades da mulher, e designa o conceito de Parto Normal, entendido como de início espontâneo e de baixo risco,

permanecendo assim durante todo o processo, até ao nascimento, em que o bebé nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre as 37 e 42 semanas completas de gestação, e após o qual, mãe e filho permanecem em boas condições.

Neste mesmo documento, a WHO desenvolveu, com base em evidências científicas oriundas de todo o mundo, a classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para as condutas que devem ou não ser adotadas. Inserido na categoria “Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada” encontra-se o uso liberal ou rotineiro da episiotomia, o qual a WHO defende que deve ser restrito apenas a 10% dos partos, ou seja, dirigida apenas aos partos vaginais com complicações.

No entanto, o uso profilático/rotineiro da episiotomia, ainda hoje continua a ser praticado concomitantemente com a ausência de evidência científica que suporte o seu benefício, e com a existência de evidência clara de que a episiotomia pode trazer algumas sequelas para a mulher.

Enquanto estudante do MESMO, e profissional envolvida na prestação de cuidados em obstetrícia, deparamo-nos com esta realidade, na vivência de situações diversificadas aquando do nosso relacionamento com as utentes, as quais despertaram o nosso questionamento em relação à excelência na prestação de cuidados de enfermagem em obstetrícia, em relação ao significado da palavra humanização e a sua aplicação na prática do EEESMO essencialmente em relação à problemática da episiotomia e as suas implicações na experiência de parto vivenciado pela mulher.

Compreender o conceito de humanização no TP implica conhecer o seu significado. A palavra *humanização* remete-nos para o ato de *humanizar*, que significa ter sentimentos humanos, tornar-se razoável, civilizar-se, e que por sua vez nos remete para o ato de *humanar*, ou seja, *adquirir natureza humana, tornar-se compassivo e tornar-se humano*, isto é, bondoso, humanitário, dotado de bons sentimentos e *relativo ao homem - mamífero primata, bípede, sociável, que se distingue de todos os outros animais pelo dom da palavra e desenvolvimento intelectual; ser vivo composto de matéria e espírito; ser humano; pessoa* (DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA, 2010).

Estas definições levantaram o nosso questionamento em relação às intervenções protagonizadas pelo EEESMO, passíveis de humanizar o TP e em relação ao significado do conceito de Parto Humanizado. Silva e Dadam (2008, p. 3) distinguem ...o processo do parto humanizado que inclui respeitar as dimensões

fisiológicas, psicológicas, emocionais, familiares e sociais do nascimento, compreendendo a mulher nas suas diferenças e na sua individualidade; em contrapartida, o parto mecanizado, nesse contexto, é aquele que trás uma carga excessiva de tecnologia e medicalização durante a assistência à parturiente e seu bebê, transformando e tornando artificial o que é fisiológico e natural.

As mesmas autoras consideram que a humanização abrange diferentes aspectos referentes às ideias, aos valores, às práticas e intervenções dos profissionais de saúde, em relação aos clientes, familiares e/ou acompanhantes, aos procedimentos técnicos adotados, às rotinas dos serviços bem como, o relacionamento entre os membros da equipe de profissionais. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando criteriosamente os recursos tecnológicos existentes e disponíveis.

De acordo com a WHO, uma das intervenções a ser utilizada criteriosamente é a episiotomia. Esta consiste numa incisão cirúrgica na região perineal, com indicação obstétrica para impedir ou diminuir o trauma dos tecidos do canal do parto, favorecer a libertação do feto e evitar lesões desnecessárias do pólo cefálico submetido à pressão sofrida contra o períneo. A incisão costuma ser feita quando a apresentação fetal está suficientemente baixa, a ponto de distender o períneo, porém, antes de ocorrer uma distensão exagerada. Também não pode ser realizada cedo demais, pois, deve-se prevenir uma perda sanguínea excessiva (OLIVEIRA e MIQUILINI, 2005).

As mesmas autoras referem que a justificação habitual para o uso da episiotomia inclui a prevenção do trauma perineal severo, de danos do assoalho pélvico, de prolapso uterino e de incontinência urinária. No entanto, apesar do uso largamente difundido, não existem evidências científicas que suportem esses benefícios.

Pelo contrário, existe evidência de que a episiotomia pode trazer algumas sequelas. De acordo com Oliveira e Miquilini (2005) admite-se que a episiotomia, além de provocar maior perda sanguínea, não previne posteriores transtornos do assoalho pélvico, podendo em alguns casos aumentá-los. As autoras realçam os resultados de estudos que indicam que as mulheres assistidas por parteiras com baixas taxas de episiotomia conservavam com maior frequência o períneo íntegro, mesmo nas primíparas. Nestas, constatou-se que as lacerações profundas do períneo ocorreram em maior número nas mulheres que foram submetidas à

episiotomia, concluindo-se que o uso seletivo de episiotomia poderia minimizar os traumas dos partos normais em nulíparas.

As sequelas da episiotomia, a longo prazo, apontam para a incontinência urinária e dispareunia. Oliveira e Miquilini (2005) referem estudos em que mulheres que tiveram episiotomia de rotina apresentaram mais alterações na função sexual em relação àquelas que não foram submetidas ao procedimento, o que sugere que não há evidência que o uso rotineiro de episiotomia tenha efeito benéfico.

As mesmas autoras referem ainda outro fator que aumenta a taxa de episiotomia, ou seja, o facto de manter a mulher deitada durante o TP, que implica o aumento da sua duração e do risco de sofrimento fetal, pela diminuição da intensidade e da eficácia das contrações. Além disso, na posição de decúbito dorsal, verifica-se o aumento da pressão na veia cava inferior, que diminui o fluxo sanguíneo e de oxigénio para o feto. Dado o desconforto da posição de deitada, a tendência é o aumento da tensão e da dor, o que estimula a solicitação da anestesia.

Como consequência da prática de episiotomia, Oliveira e Miquilini (2005) referem maiores taxas de infeção nas mulheres submetidas a esta prática do que em relação às mulheres que tiveram laceração espontânea, levando portanto ao questionamento da episiotomia de rotina, e sugerindo que esta deveria ser adotada com restrição, ou seja, apenas nos casos onde houvesse indicações específicas para mãe e para o feto.

Desde 1996 que a WHO defende que *não existem evidências confiáveis que o uso liberal ou rotineiro da episiotomia tenha um efeito benéfico, mas há evidências claras de que pode causar dano. Num parto, até então normal, pode ocasionalmente haver uma indicação válida para uma episiotomia, mas recomenda-se o uso limitado dessa intervenção.*

As indicações para realização da episiotomia estabelecidas pela WHO incluem as situações de sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e a ameaça de laceração de 3º grau, incluindo laceração de 3º grau em parto anterior. A ocorrência de lacerações perineais é frequente em partos normais, porém as lacerações de 1º grau às vezes não necessitam de sutura, enquanto as lacerações de 2º grau podem ser suturadas e, em geral, cicatrizam sem complicações. Já as lacerações de 3º grau podem ter consequências mais sérias com problemas de fístulas anais ou incontinência fecal.

Oliveira e Miquilini (2005), no seu estudo *Frequência e critérios para indicar a episiotomia*, entrevistaram médicos e enfermeiras obstetras que referiram como justificação para o uso de episiotomia a rigidez perineal, a primiparidade, o feto macrossómico, a prematuridade, a possibilidade de evitar lacerações, a episiotomia anterior, a apresentação pélvica, o períneo curto, e a iminência de rotura perineal. Neste estudo, as autoras concluem que o uso rotineiro da episiotomia não está relacionado com a redução da morbilidade materna e fetal, e que portanto o seu uso deve ser fortemente limitado.

Estes resultados, em conjunto com as recomendações da WHO, despertaram em nós cogitações em relação às intervenções que possam constituir alternativa ao uso da episiotomia, capazes de preservar a integridade perineal e assim proporcionar uma vivência mais natural do parto.

Estas preocupações vão ao encontro do defendido por Oliveira e Miquilini (2005), as quais, com base em evidências científicas, defendem que a episiotomia está associada a um maior risco de laceração severa, logo, os profissionais devem buscar práticas alternativas para prevenir o trauma perineal, tais como a posição lateral durante o período expulsivo; o puxo espontâneo, em contraposição ao dirigido; a redução do uso indiscriminado de ocitocina e a massagem perineal no final da gestação.

De acordo com os resultados do seu estudo, os profissionais questionados em relação às medidas que utilizavam no sentido de proteger o períneo, referiram a proteção/contenção do períneo, evitar o desprendimento abrupto do pólo cefálico, lubrificar e massajar o períneo, orientar a mãe para moderar a força expulsiva, e evitar tracionar o feto durante o desprendimento.

Partindo destas intervenções, procuramos esclarecer os seus contributos na proteção e preservação do períneo e na prevenção da episiotomia. Na reflexão suscitada em relação a esta temática imensas dúvidas nos assaltaram o pensamento: poderão as intervenções do EEESMO, no âmbito da preparação para o parto, contribuir para a prevenção da episiotomia? Qual o contributo da massagem perineal? Quais as vantagens do exercício físico durante a gravidez? E, durante o parto, como proteger o períneo? Quais as indicações da manobra de *Ritgen*? Qual a importância da aplicação de gel lubrificante ou compressas quentes no períneo? Quais as vantagens da restrição da manipulação do períneo e do puxo espontâneo em relação ao dirigido?

Estas dúvidas estiveram na base da nossa pesquisa e orientaram o nosso estudo, em que objetivamos determinar a evidência científica relativamente às

práticas promotoras da integridade perineal, e assim contribuir para a Humanização dos Cuidados de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, tendo em vista o parto como uma experiência positiva, natural e humana, para a mulher, para o RN e para a família.

2.2 Método

A abordagem desta problemática revestiu-se de natureza qualitativa, e constituiu-se na identificação de artigos sobre as intervenções de proteção do períneo e prevenção do trauma perineal. Foi adotada uma metodologia de revisão integrativa da literatura, que, de acordo com Mendes [et al.], (2008) consiste num método de pesquisa que permite a busca, avaliação crítica e síntese das evidências disponíveis sobre o tema explorado, sendo a sua finalidade o estado atual do conhecimento, a implementação de intervenções na prática, bem como a identificação de limitações passíveis de desenvolvimento em futuras pesquisas.

Os estudos que adotam o método de pesquisa integrativa agregam conhecimentos previamente construídos e podem colaborar para consolidar saberes e oferecer elementos para a elaboração de intervenções de Enfermagem. Além disso, podem favorecer a incorporação e a aplicabilidade de práticas ainda pouco empreendidas na produção do cuidado, o que consideramos que se aplica ao tema selecionado (DOMENICO, 2003).

A abordagem do nosso tema centrou-se na prática baseada na evidência dado que esta, de acordo com o autor supracitado consiste num processo de descoberta, avaliação e aplicação de evidências científicas para o tratamento e gestão da saúde, que enfatiza o uso de pesquisas para guiar as tomadas de decisão clínica e pode, desse modo, ser definida como o uso consciente, explícito e criterioso de informações derivadas de pesquisas.

Além disso, como defende Mendes [et al.], (2008) é uma abordagem que encoraja o desenvolvimento e/ou utilização de resultados de pesquisas na prática clínica, o que acreditamos que se aplica ao nosso tema. O processo de construção da revisão integrativa envolveu, seis passos: a identificação do tema e elaboração da pergunta de investigação, a procura de evidência de acordo com os critérios de seleção estabelecidos, a categorização dos estudos, a análise dos estudos

incluídos, a interpretação e discussão dos resultados e a apresentação da síntese do conhecimento.

A temática escolhida tem como finalidade contribuir para a ampliação e clarificação do conhecimento em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, face às intervenções e estratégias a desenvolver pelo EEESMO no sentido de evitar a episiotomia, pois acreditamos que o conhecimento propícia o *empowerment* necessário à mudança, podendo resultar em maior autonomia. Esta resultou na seguinte questão de investigação, que serviu de ponto de partida à construção da nossa revisão integrativa: **Que intervenções podem ser desenvolvidas pelo EEESMO no sentido de prevenir a episiotomia?**

O acesso à evidência foi possibilitado pela pesquisa de publicações catalogadas nas bases de dados MEDLINE, ELSEVIER, NURSING REFERENCE CENTER, a COCHRANE Database of Systematic Reviews, através da plataforma EBSCO host e a PUBMED, entre Novembro de 2012 e Julho de 2013.

Definimos como critério de inclusão, a disponibilidade de artigos originais sobre a temática, gratuitamente publicados *on-line* e na íntegra (*full text*), nos idiomas de português, inglês e espanhol, entre 2008 e 2013, referentes a ensaios clínicos ou revisões sistemáticas da literatura, resultantes da pesquisa baseada nos seguintes descritores: “*Episiotomy*”, “*Prevention of Episiotomy*”, “*Perineal Trauma*”, “*Labor*” e “*Exercise during Pregnancy*”, e nas suas combinações, de acordo com o representado na tabela 4. Os critérios de exclusão abrangeram os estudos que não atendessem aos anteriores critérios de inclusão.

2.3 Análise Dos Resultados

A tabela 4 descreve a pesquisa efetuada nas bases de dados, que conduziu ao levantamento dos artigos estudados.

Busca	Base de Dados	EBSCOhost		PUBmed	
	Descritores	Artigos encontrados	Artigos selecionados	Artigos encontrados	Artigos selecionados
1.	Prevention of Episiotomy AND Labor	8	2	67	3
2.	Exercise during pregnancy AND Labor	71	1	152	1
3.	Reducing Perineal Trauma AND Labor	15	3	19	2

TABELA 4: Estratégia de pesquisa nas bases de dados.

A primeira busca resultou da pesquisa da combinação dos descritores “Prevention of Episiotomy AND Labor”, e procurou identificar os artigos relacionados com o tema, de forma a reconhecer o estado do conhecimento em relação ao mesmo. A pesquisa efetuada na EBSCOhost permitiu a identificação de oito artigos, com inclusão de dois artigos na nossa revisão integrativa, e a exclusão dos restantes, sucedeu após leitura do título e do resumo, revelando não conter informação relacionada com o tema em estudo.

A mesma pesquisa quando efetuada na PUBmed resultou na identificação de 67 artigos, dos quais 20 artigos foram excluídos por não dispor de *full text*, e 15 após leitura do título. Assim a análise do resumo recaiu sobre 32 artigos, permitindo excluir 24 que não estavam relacionados com o tema. Foram assim selecionados oito artigos para leitura integral, dos quais apenas três foram incluídos na revisão integrativa.

A segunda busca foi iniciada pela pesquisa da seguinte combinação dos descritores: “*Exercise during pregnancy AND Labor*”, e procurou dar resposta a algumas das questões de partida: poderão as intervenções do EEESMO, no âmbito da preparação para o parto, contribuir para a prevenção da episiotomia? Qual o contributo da massagem perineal? Quais as vantagens do exercício físico durante a gravidez?

Assim, a pesquisa na EBSCOhost resultou no conhecimento de 71 artigos dos quais cinco se encontravam repetidos, 34 foram excluídos pela leitura do título, 24 foram excluídos pela leitura do resumo, sendo assim selecionados oito artigos para leitura integral, e um artigo incluído na revisão integrativa.

A mesma pesquisa efetuada na PUBmed resultou na identificação de 152 artigos, dos quais, 20 se encontravam repetidos, 105 foram excluídos pela leitura do título, sendo selecionados 27 artigos para leitura do resumo, a qual excluiu 17 artigos, restando 10 artigos para leitura integral, a qual permitiu a seleção de um artigo para integração na revisão integrativa.

A terceira busca foi baseada na indagação da seguinte combinação dos descritores: “*Reducing perineal trauma AND Labor*” com intuito de dar resposta às restantes questões da nossa investigação: Como proteger o períneo durante o período expulsivo? Quais as indicações da manobra de *Ritgen*? Qual a importância da aplicação de gel lubrificante ou compressas quentes no períneo? Quais as vantagens da restrição da manipulação do períneo e do puxo espontâneo em relação ao dirigido?

A investigação agilizada na EBSCOhost permitiu a verificação de 15 artigos relacionados, dos quais cinco se encontravam repetidos, restando 10 artigos para leitura do título e do resumo, a qual, dada a pertinência dos dados evoluiu para leitura integral, e resultou na inclusão de três destes artigos na revisão integrativa.

A mesma investigação na PUBmed resultou em 19 artigos identificados, dos quais oito foram excluídos após leitura do título, restando 11 artigos para leitura do resumo, e desses nove para leitura integral, a qual permitiu a inclusão de dois artigos na revisão integrativa.

A identificação e caracterização dos 12 artigos incluídos encontra-se representada na tabela seguinte, a qual documenta as informações dos estudos selecionados, especificando o país de origem, autores do artigo, título, ano de publicação, e classifica os artigos quanto ao objetivo, tipo, local do estudo, e nível de evidência.

Nº	Titulo / Objetivo	Autor	Método	Nível	Ano/País
1	<i>Fortalecimiento del suelo pélvico y gestacion.</i> Analisar o estado do conhecimento sobre o tema, a partir da literatura, e determinar o efeito do reforço muscular do assoalho pélvico na incontinência e no TP.	Rodríguez RM Peláez M Barakat R	Revisão Sistemática	I	2012 / Espanha
2	<i>Exercise during pregnancy reduces the rate of cesarean and instrumental deliveries: results of a randomized controlled trial.</i> Avaliar os efeitos de um programa estruturado, de intensidade moderada de exercício físico durante toda a gravidez, sobre o tipo de parto de uma mulher.	Barakat R [et al.]	Estudo Randomizado	II	2012 / Espanha
3	<i>Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma.</i> Avaliar o efeito da massagem perineal pré-natal na incidência de trauma perineal no nascimento	Beckmann MM Stock OM	Revisão Sistemática	I	2013 / Austrália
4	<i>Multicentre, open label study to evaluate the efficacy and tolerability of a gel (Elastolabo®) for the reduction of the incidence of perineal traumas during labour and related complications in the postpartum period.</i> Avaliar a eficácia e tolerabilidade do Elastolabo ® na redução da incidência de traumas perineais durante o parto e de complicações relacionadas no período pós-parto.	Reggiardo G. Fasani R. Mignini F.	Estudo Randomizado	II	2012 / Itália
5	<i>Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma</i> Avaliar o efeito das técnicas de gestão do períneo durante o segundo estágio do TP sobre a incidência do trauma perineal.	Aasheim V [et al.]	Revisão Sistemática	I	2012 / Noruega
6	<i>Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma</i> Avaliar os efeitos de um modelo alternativo de nascimento sobre a incidência de parto vaginal assistido e trauma perineal.	Walker C [et al.]	Estudo Randomizado	II	2012 / Espanha
7	<i>Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study.</i> Determinar os efeitos das técnicas de puxo sobre a mãe e o feto.	Yildirim G Beji NK	Estudo Randomizado	II	2008 / Turquia
8	<i>The effects of perineal management techniques on labor complications</i> Comparar os efeitos das técnicas de gestão do períneo (técnica <i>hands-off</i> , manobra de Ritgen e massagem perineal usando um lubrificante durante o parto) sobre as complicações do parto	Fahami F Shokoohi Z Kianpour M	Estudo Randomizado	II	2012 / Irão
9	<i>Perineal Outcomes and Maternal Comfort Related to the Application of Perineal Warm Packs in the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial.</i> Determinar os efeitos da aplicação de compressas quentes no períneo no trauma perineal e conforto materno durante a segunda fase do TP.	Dahlen H [et al.]	Estudo Randomizado	II	2008 / Austrália
10	<i>Reducing perineal trauma through perineal massage with Vaseline in second stage of labor.</i> Examinar os efeitos da massagem perineal com vaselina no trauma perineal - taxa de episiotomia e/ou outros procedimentos, taxa de laceração perineal.	Geranmayeh M [et al.]	Estudo Randomizado	II	2011 / Irão
11	<i>Modified Ritgen's Maneuver for Anal Sphincter Injury at Delivery: A Randomized Controlled Trial</i> Investigar se a manobra de Ritgen diminui o risco de lacerações perineais de 3º e 4º grau comparativamente com o apoio perineal simples	Jönsson E [et al.]	Estudo Randomizado	II	2008 / USA
12	<i>Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por Enfermeiros Obstetras em ambiente hospitalar.</i> Analisar a ocorrência de episiotomia e sua relação com a paridade das mulheres assistidas por enfermeiros obstetras de uma maternidade pública do Rio de Janeiro	Figueiredo GS [et al.]	Estudo Comparativo Retrospectivo	III	2011 / Brasil

TABELA 5: Caracterização dos artigos selecionados.

2.4 Discussão

Após a análise dos resultados da pesquisa efetuada, seguiu-se a sua interpretação e consequente síntese dos principais dados, bem como a confrontação dos mesmos com o referencial teórico.

Da análise cuidada de cada artigo incluído, resultou a sugestão das estratégias, neles identificadas, como capazes de fornecer resposta à nossa pergunta de partida, as quais foram comparadas e organizadas, de acordo com a sua semelhança a nível de conteúdo, em oito categorias empíricas, representadas na figura seguinte.



FIGURA 2: Esquema representativo da intervenção do EEESMO na prevenção da episiotomia.

2.4.1 Exercício Físico Durante A Gravidez

As respostas fisiológicas ao exercício moderado durante a gravidez são geralmente aumentadas, em comparação com a gravidez sem exercício. Assim, os níveis de captação de oxigênio, de frequência cardíaca, volume sistólico, débito cardíaco, ventilação ao minuto, entre outros, encontram-se melhorados, resultando em benefícios para a mãe e feto, pelo que as mulheres grávidas saudáveis, sem contra-indicações para o exercício, devem ser incentivadas à prática de exercício físico regular durante a gravidez (ACSM, 2010).

Neste sentido, a *American College of Sports Medicine* (2010) estabeleceu orientações sobre os exercícios na gravidez e pós-parto, com o intuito de delinear a importância do exercício físico durante a gravidez e fornecer indicações sobre a sua prescrição, contra-indicações e avaliação física para início e continuidade do exercício durante a gravidez.

Schlosberg (2012), no seu artigo *Fear not the Gym*, discute os benefícios do exercício durante a gravidez, e refere que, quando realizado regularmente, pode reduzir os desconfortos abdominais e a obstipação, bem como, ajudar a mulher a dormir melhor, e a manter o controlo do aumento ponderal, evitando o excesso de peso, a diabetes gestacional e a depressão. A autora refere ainda que, o exercício como o Pilates ajuda a manter o tônus muscular abdominal, o que ajudará a apoiar o crescimento do abdómen ao longo da gravidez, bem como aumentará a capacidade de puxar durante o período expulsivo.

A confirmação destes dados, sugere importantes benefícios do exercício físico regular, não só para a evolução da gravidez, mas também na evolução e *outcomes* do TP. Recentemente, o exercício físico durante a gravidez, tem sido associado a efeitos positivos no fortalecimento da musculatura pélvica, e consequentemente, a resultados positivos na gravidez e TP.

Rodríguez, Paláez e Barakat (2012) indicam, na sua revisão, estudos que defendem que o fortalecimento da musculatura pélvica antes do TP se associa a resultados favoráveis na sua evolução. Os autores baseiam-se nos estudos de Salvensen e Morkved (2004) que encontraram uma menor incidência de períodos expulsivos prolongados (mais de 60 minutos) no grupo de mulheres que realizaram exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica. Além disso, referenciam Sherburn (2004) que encontrou também uma menor incidência de episiotomia e apresentações de pelve.

Estes dados estão em conformidade com os resultados de Bo [et al.], (2009), que estudaram os efeitos dos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, em três grupos. Um grupo de mulheres que realizou exercício físico menos de uma vez por semana; outro grupo que realizou uma a duas vezes por semana, e outro no mínimo em três vezes por semana. Os resultados revelaram uma menor incidência de laceração, episiotomia, parto instrumentalizado e cesariana no grupo de mulheres que realizou exercícios de fortalecimento pélvico, no mínimo três vezes por semana.

Barakat [et al.], (2012) procurou avaliar os efeitos de um programa estruturado, de intensidade moderada de exercício físico durante toda a gravidez, sobre o tipo de parto. Para isso, estudou um grupo de 290 grávidas caucasianas saudáveis. Foram randomizadas mulheres com uma única gestação, e designadas para o grupo de exercício ou para o grupo de controle. No final da gravidez, foram avaliados os resultados da gravidez, incluindo o tipo de parto. A percentagem de cesariana e partos instrumentalizados foi mais baixo no grupo de grávidas que realizou exercício do que no grupo de controle e o estado geral de saúde do recém-nascido, bem como outros resultados da gravidez não foram afetados. Com base nestes resultados, um programa de exercício supervisionado de intensidade moderada, realizado durante toda a gravidez, foi associado a uma redução na taxa de cesarianas, partos instrumentalizados e pode ser recomendado para a gravidez em mulheres saudáveis.

O exercício físico durante a gravidez está associado a uma redução da instrumentalização durante o TP pelo que deve ser incentivado em mulheres saudáveis.

2.4.2 Massagem Perineal Na Gravidez

O trauma perineal após o parto vaginal tem sido associado a uma significativa morbidade, a curto e longo prazo, pelo que a massagem perineal pré-natal tem vindo a ser proposta como um método na diminuição da sua incidência.

Os resultados da revisão integrativa incluíram um estudo cujo objetivo pretendeu avaliar o efeito da massagem perineal durante o período pré-natal na incidência do trauma perineal durante o parto e consequente morbidade.

Neste estudo, a massagem perineal durante o período pré-natal foi associada a uma redução global na incidência de trauma perineal que requer sutura e concluiu-se que as mulheres que praticavam a massagem eram menos propensas à prática da episiotomia. Os autores referem que estes dados foram significativos principalmente em primíparas (BECKMANN e STOCK, 2013).

Beckmann e Stock (2013) referem que apenas as mulheres que tiveram um parto vaginal prévio reportaram uma redução estatisticamente significativa na incidência da dor perineal ao terceiro mês após o parto. Não foram observadas diferenças significativas na incidência de partos instrumentalizados, na satisfação sexual ou incontinência urinária, fecal ou flatulência em nenhuma mulher que praticou massagem perineal comparadas com aquelas que não tiveram a massagem.

Beckmann e Stock (2013) concluem que a massagem perineal durante a gravidez reduz a probabilidade de trauma perineal que requer sutura (principalmente episiotomias), assim como uma menor propensão a reportar dor perineal três meses após o parto. Apesar de haver um desconforto transitório nas primeiras semanas, é geralmente bem aceite pelas mulheres. Como tal, o EEESMO deve consciencializar as mulheres dos benefícios da massagem perineal, deve-lhes fornecer informação e ensiná-las a massajar o períneo.

Estes resultados vão ao encontro do estudo de Reggiardo, Fasani e Mignini (2012) que, consideram que a massagem perineal permite preparar os tecidos perineais para o parto, aumentando a sua elasticidade e diminuindo a sua resistência durante a distensão. Assim, procuraram avaliar a eficácia e tolerabilidade do gel Elastolabo® na redução da incidência de traumas perineais durante o parto e suas complicações no período pós-parto.

O Elastolabo® é composto por ingredientes com propriedades relaxantes e lubrificantes que, quando combinado com a massagem perineal, permite a melhoria da elasticidade e da extensibilidade da pele e dos músculos do períneo das mulheres grávidas Reggiardo, Fasani e Mignini (2012) referem que, estas propriedades associadas à massagem perineal, permitem reduzir potencialmente o risco de trauma perineal durante o parto e de complicações durante o pós-parto, verificando-se uma redução na percentagem de episiotomias e lacerações durante o parto. Estes resultados foram obtidos a partir do estudo de 118 primíparas, com

idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, das quais 95 efetuaram massagem perineal com Elastolabo® uma vez por dia, a partir das 32 semanas de gestação até ao parto. Foram efetuadas avaliações do períneo em três momentos: antes do início da massagem com Elastolabo®, após 28 dias do início da massagem e imediatamente antes do parto, verificando-se um aumento significativo na extensibilidade e elasticidade dos tecidos perineais, bem como uma diminuição estatisticamente válida na taxa de incidência de episiotomia em comparação com os dados epidemiológicos registados anteriormente (REGGIARDO, FASANI E MIGNINI, 2012).

Das mulheres que tiveram uma laceração perineal, na maioria (66,7%) foi uma laceração de primeiro grau e em apenas 33,3% foi uma laceração de segundo grau. Reggiardo, Fasani e Mignini (2012) consideram que estes dados sugerem uma melhoria, em contraste com a literatura que tem evidenciado que as lacerações de segundo grau são as lacerações mais comuns após a massagem padrão. Nenhuma das mulheres que utilizaram o Elastolabo® sofreu laceração de terceiro ou quarto grau. No entanto, na opinião dos autores, este estudo revela algumas limitações pois, não esteve à disposição um grupo de controlo, constituindo uma referência uniformemente aceite.

Em conclusão, a capacidade de melhorar a elasticidade e a extensibilidade da pele e dos músculos do períneo na sequência da aplicação do Elastolabo® favorece a redução da taxa de incidência de episiotomia e diminui a gravidade das lacerações perineais nas primíparas (REGGIARDO, FASANI e MIGNINI, 2012).

A utilização do Elastolabo® na massagem perineal foi avaliada positivamente pelos investigadores e pelas mulheres no que concerne a eficácia, tolerabilidade e aceitabilidade. Considerando estes resultados, conclui-se que a massagem perineal durante a gravidez tem um efeito positivo na prevenção do trauma perineal, nomeadamente na prevenção da episiotomia durante o parto, e suas complicações posteriores, nomeadamente a dor perineal no pós-parto, pelo que deve ser incluída na preparação para o parto, fornecendo-se informação sobre os seus benefícios e a técnica de realização.

A massagem perineal durante o período pré-natal previne a prática de episiotomia e as lacerações perineais, pelo que deve ser incentivada e ensinada às mulheres durante a gravidez.

2.4.3 Posição Materna

Quando estudamos a problemática do TP, a posição materna surge como um elemento contributivo para o seu sucesso. Esta assume importância na avaliação do TP por parte dos profissionais, bem como no conforto da mãe. A posição materna interfere com as adaptações anatómicas e fisiológicas da mulher durante o TP. As mudanças frequentes de posição aliviam a fadiga, aumentam o conforto e melhoram a circulação, pelo que a mulher em TP deve ser encorajada a adotar as posições que considere as mais confortáveis (LOWDERMILK e PERRY, 2008).

Assim, facilmente compreendemos que a mudança de posições durante o TP contribui para um maior conforto materno. Mas, e a nível dos *outcomes* do TP, poderá a posição materna influenciar as possibilidades de preservação do períneo íntegro?

No sentido de avaliar os efeitos de um modelo alternativo de nascimento sobre a incidência de parto vaginal instrumentalizado e do trauma perineal, Walker [et al.], (2012) estudaram 199 mulheres, submetidas a anestesia epidural, que foram randomizados para um modelo tradicional de nascimento (TMB) (n = 96) ou para um modelo alternativo de nascimento (AMB) (n = 103).

As mulheres em TMB foram colocadas em posição de litotomia, e incentivadas a efetuar esforços expulsivos com puxo dirigido, imediatamente após a dilatação completa. No grupo de AMB, as mulheres seguiram um protocolo de mudanças posturais, enquanto efetuavam esforços expulsivos espontâneos, e foi usada especificamente a posição de decúbito lateral durante a expulsão fetal.

A AMB foi associada com uma redução significativa do parto instrumentalizado em comparação com a TMB (19,8% vs 42,1%, $p < 0,001$). A TMB foi fortemente associada com o parto instrumentalizado, o que, por sua vez, foi significativamente associado com a nuliparidade e puxo dirigido antes do encravamento da cabeça fetal após a dilatação completa. A AMB aumentou significativamente a taxa de períneo intacto em comparação com a TMB, e além disso, a taxa de episiotomia foi significativamente reduzida na AMB (21,0% vs 51,4%, $p < 0,001$).

Assim, Walker [et al.], (2012) concluíram que uma combinação de mudanças posturais durante a fase passiva do período expulsivo, e o uso da posição de decúbito lateral durante a fase ativa do período expulsivo (incentivando apenas o puxo espontâneo), estão associados à redução das taxas de parto instrumentalizado e de trauma perineal.

A mudança de posição durante o segundo período do TP, e a posição de decúbito lateral durante a expulsão fetal estão associados à redução do parto instrumentalizado e da prática de episiotomia.

2.4.4 Puxo Espontâneo

De acordo com os resultados da revisão integrativa da literatura, foi implicado o estudo realizado por Yildirim e Beji (2008) com o objetivo de determinar os efeitos das técnicas de puxo sobre a mãe e o feto. Para isso, 100 primíparas de baixo risco, com idade gestacional compreendida entre as 38 e as 42 semanas, propostas para parto vaginal espontâneo foram randomizadas para um grupo incentivado ao puxo espontâneo ou para um grupo incentivado à manobra de Valsava. Durante a primeira fase do TP, o primeiro grupo foi ensinado sobre a técnica de puxo espontâneo (manter glote aberta, e puxar durante a expiração); da mesma forma, o segundo grupo foi ensinado acerca da manobra de Valsava (manter a glote fechada, e puxar durante o máximo de tempo). Foram avaliadas as lacerações perineais, a hemorragia pós-parto, e os níveis de hemoglobina da mãe. No RN foram avaliados os níveis de Ph, PO₂ (mmHg) e Pco₂ (mmHg) da artéria umbilical, bem como o Apgar ao 1º e 5º minutos.

Yildirim e Beji (2008) não encontraram diferenças significativas entre os dois grupos relativamente à sua constituição demográfica, incidência de padrões não tranquilizadores de vitalidade fetal, ou uso de ocitocina. A segunda etapa do TP e a duração do período expulsivo foram significativamente mais longas no grupo incentivado à manobra de Valsava. As diferenças entre os dois grupos, no que concerne à incidência de episiotomia, lacerações perineais, ou hemorragia pós-parto não foram significativas.

Os resultados neonatais revelaram-se mais favoráveis no grupo do puxo espontâneo, com melhores índices de Apgar ao 1º e 5º minutos e com melhores

níveis de Ph e PO2 da artéria umbilical. Após o parto, as mulheres manifestaram maior satisfação com o puxo espontâneo (YILTIRIM e BEJI, 2008).

Por isso, as autoras supracitadas consideram benéfico educar as mulheres sobre a técnica do puxo espontâneo, e apoiá-las na sua realização. Assim, concluem que esta técnica contribui para o encurtamento da segunda etapa do TP, sem intervenções e com melhores resultados neonatais. As mulheres também afirmaram que puxaram de forma mais eficaz com a técnica do puxo espontâneo (YILTIRIM e BEJI, 2008).

O puxo espontâneo contribui para a diminuição do 2º período do TP, bem como para melhores resultados neonatais, pelo que deve ser incentivado, ensinado e promovido.

2.4.5 *Hands Off*

Com o intuito de comparar os efeitos das técnicas de gestão do períneo - técnica *hands-off*, manobra de *Ritgen* e massagem perineal usando um lubrificante durante o período expulsivo, sobre o trauma perineal, Fahami, Shokoohi e Kianpour realizaram em 2012 um estudo envolvendo 99 primíparas que recorreram ao hospital para obterem assistência ao parto normal por via vaginal.

As participantes foram distribuídas aleatoriamente em três grupos: um submetido à manobra de *Ritgen*, outro à técnica *hands-off* e o terceiro grupo submetido à massagem perineal com lubrificante. Posteriormente foram comparados os resultados em relação à incidência e ao grau de lacerações perineais imediatamente após o parto, bem como a dor perineal consequente 24 horas e seis semanas após o parto, verificando a sua incidência e intensidade.

Os resultados evidenciaram que a duração média do segundo período do TP foi de 38,48 minutos no grupo submetido à técnica *Hands-off*, 43,93 minutos no grupo submetido à manobra de *Ritgen* e 49,09 minutos no grupo submetido à massagem perineal com lubrificante. Em relação à frequência de lacerações, 81,8% (27 mulheres) incluídas no grupo submetido à técnica *Hands-off* sofreram laceração espontânea e 18,2% (6 mulheres) tiveram um períneo íntegro. No grupo submetido à manobra de *Ritgen* 97% (32 mulheres) sofreram laceração perineal espontânea e 3% (1 mulher) tiveram o períneo intacto. No grupo submetido à

massagem perineal com lubrificante, 78,8% (26 mulheres) sofreram laceração espontânea e 21,2% (7 mulheres) tiveram o períneo íntegro.

Fahami, Shokoohi e Kianpour, (2012) concluem que a prevalência de lacerações no grupo submetido à manobra de *Ritgen* foi superior à dos outros dois grupos, e consideram que esta se encontra associada a um aumento do grau de gravidade das lacerações, também verificado neste grupo. Não se verificaram diferenças significativas na frequência de laceração nos grupos submetidos à técnica *Hands-off* ou massagem perineal com lubrificante.

As mesmas autoras concluíram também que a frequência da dor perineal após o parto foi superior no grupo submetido à manobra de *Ritgen* comparativamente com os outros dois grupos, entre os quais, mais uma vez, não se verificaram diferenças significativas.

Em conclusão, Fahami, Shokoohi e Kianpour, (2012) consideram que a técnica *Hands-off* (restrição da manipulação do períneo) foi associada a uma menor taxa de trauma perineal, revelando mesmo mais sucesso do que a massagem perineal durante o parto. Consideram que a restrição da manipulação perineal contribui para a vivência do parto vaginal fisiológico associado a maior satisfação da mulher.

A restrição da manipulação do períneo durante o período expulsivo previne as lacerações perineais e a episiotomia, pelo que deve ser incentivada.

2.4.6 Compressas Quentes

Os resultados da revisão integrativa implicaram o estudo de Dahlen [et al.], (2008), cujo objetivo consistiu em determinar os efeitos da aplicação de compressas quentes no períneo, sobre o trauma perineal e conforto materno durante a segunda fase do TP. Assim, durante o 2º período do TP, num grupo de 717 nulíparas, selecionadas aleatoriamente, foram aplicadas compressas quentes no períneo em 360 mulheres, e, em 357 mulheres, foi aplicado o tratamento padrão, definido como qualquer prática, realizada pelas EEESMO durante o 2º período do TP, que não incluísse a aplicação de compressas quentes no períneo. A análise dos dados foi baseada nos resultados relacionados com a necessidade de sutura perineal e nos *outcomes* relacionados com o conforto materno. Os

resultados revelaram que, a diferença no número de parturientes que necessitaram de sutura perineal após o parto, não foi significativa.

No entanto, as mulheres do grupo de aplicação de compressas quentes tiveram significativamente menos lacerações de 3º e 4º grau e apresentaram *scores* de dor perineal significativamente mais baixos, no 1º e 2º dia pós-parto, em comparação com o grupo de mulheres que recebeu cuidados padrão. Aos três meses, estas eram significativamente menos propensas a ter incontinência urinária em comparação com as mulheres incluídas no grupo de cuidados padrão (DAHLEN [et al.],2008).

Os autores concluíram assim, que a aplicação de compressas quentes no períneo, durante o 2º período do TP, não reduz a probabilidade das mulheres nulíparas requererem uma sutura perineal, mas reduz significativamente as lacerações de 3º e 4º grau, bem como a dor durante o TP e nos 1º e 2º dias pós-parto, e como a incontinência urinária. Neste sentido concluíram que esta prática, simples e económica, deve estar associada na assistência ao 2º período do TP.

A aplicação de compressas quentes, durante o 2º período do TP, previne as lacerações de 3º e 4º grau, pelo que deve ser incentivada e incorporada na prática.

2.4.7 Massagem Perineal Durante O Trabalho De Parto

A revisão integrativa envolveu os resultados do estudo de Geranmayeh [et al.], (2011), desenvolvido com o intuito de verificar os efeitos da massagem perineal com vaselina no trauma perineal, na taxa de episiotomia e/ou outros procedimentos e na taxa de laceração perineal.

Para tal, foram selecionadas 90 primíparas, com idades compreendidas entre os 18-30 anos, a idade gestacional de 38-42 semanas de gestação, propostas para parto vaginal, com inexistência de qualquer lesão perineal (cicatriz, infeção, sinais inflamatórios ou qualquer traumatismo perineal) suscetível de interferência com a massagem perineal e sensibilidade à vaselina. Como critérios de exclusão foram incluídos o sofrimento fetal durante o TP e a necessidade de instrumentalização durante o TP ou qualquer outra razão que determinasse uma cesariana.

Os resultados evidenciaram que a duração do 2º período do trabalho de parto foi significativamente menor no grupo de massagem em comparação com o grupo de controlo. No grupo de massagem verificou-se uma maior taxa de períneo intacto. Em nenhum dos grupos se verificou a ocorrência de lacerações de 3º ou 4º grau. Em termos de trauma perineal, a massagem pode causar uma diminuição na taxa de episiotomia e um aumento da taxa de laceração de 1º e 2º grau. Os índices de Apgar para todos os RN de ambos os grupos foram superiores a 7 no 1º e 5º minuto. Além disso, no estudo de *follow-up* até aos 10 dias pós-parto o grupo de massagem não revelou nenhum efeito secundário ao uso da vaselina (GERANMAYEH [et al.], 2011).

Os resultados deste estudo mostraram que a massagem do períneo com vaselina, durante a 2ª fase do TP não só reduz a duração da 2ª fase do TP, mas também aumenta as possibilidades de manter o períneo intacto, principalmente pela redução da frequência de episiotomia. Além disso, apesar de se verificar um aumento na frequência de lacerações perineais espontâneas aquando dos cuidados com massagem perineal (em comparação com os cuidados de rotina), nenhuma das lacerações foi qualificada como de 3º ou 4º grau (GERANMAYEH [et al.], 2011).

A massagem perineal tem sido associada a vantagens como a redução de *stress*, o aumento da circulação sanguínea e alívio da dor. Além disso, uma vez que os músculos perineais que circundam o introito vaginal são fortemente estirados, com a massagem perineal com vaselina verifica-se menos probabilidade de lesão perineal, dado que contribui para um aumento da elasticidade e suavidade dos tecidos e ajuda a mulher a familiarizar-se com as sensações de pressão provocadas pela apresentação fetal. Esta é pois, na ótica dos investigadores, uma questão desafiadora para novas investigações, no sentido de esclarecer a relação das taxas de episiotomia e as características antropométricas das mulheres (GERANMAYEH [et al.], 2011).

Geranmayeh [et al.], (2011) consideraram que os resultados do presente estudo mostraram que a massagem perineal com vaselina, no 2º período do trabalho de parto, aumenta a integridade perineal e reduz o trauma perineal (episiotomia e lacerações). Portanto, recomendam este método como uma forma efetiva de manter o períneo intacto durante o parto.

A massagem perineal com vaselina durante o TP aumenta a integridade perineal e reduz a taxa de episiotomia e lacerações, pelo que deve ser incentivada e incluída na prática.

2.4.8 Manobra De Ritgen

Os resultados da revisão integrativa abrangeram um estudo, cujo objetivo consistiu em investigar se a manobra de *Ritgen* modificada diminui o risco de lacerações perineais de 3º e 4º grau, comparativamente com o apoio perineal simples. Assim, foram, aleatoriamente randomizadas para a aplicação da manobra de *Ritgen* ou tratamento padrão 1623 nulíparas em TP, com gravidez de baixo risco e apresentação cefálica.

A manobra de *Ritgen*, de acordo com Jönsson [et al.], (2008) consiste na extração da apresentação, usando uma mão para apoiar o queixo fetal, colocada entre o ânus e o cóccix, e a outra a nível anterior apoiando a região occipital fetal para controlar a velocidade de saída da apresentação. De acordo com o autor, originalmente esta manobra é descrita como preventiva de lacerações do esfíncter anal, sendo realizada nos intervalos entre as contrações uterinas. No entanto, neste estudo foi usada a manobra na sua versão modificada, a qual consiste na sua realização durante a contração uterina, em vez de entre as contrações.

O grupo de controlo recebeu o tratamento padrão, que consistiu no apoio perineal simples com uma mão e controle de velocidade de coroar com a outra mão, e utilização da manobra de *Ritgen* apenas em indicações específicas (JÖNSSON [et al.], 2008).

A Manobra de *Ritgen* foi realizada em 554 (79,6%) de 696 mulheres aleatoriamente designados para este procedimento e em 31 (4,3%) de 727 mulheres, aleatoriamente designados para apoio perineal simples. A taxa de lacerações de 3º e 4º grau foi de 5,5% (n = 38) em mulheres atribuídas à manobra de *Ritgen* e 4,4% (n = 32), das atribuídas ao apoio perineal simples (JÖNSSON [et al.], 2008).

Em conclusão, Jönsson [et al.], (2008) refere que a Manobra de *Ritgen* modificada não diminui o risco de lesão do esfíncter anal durante o período expulsivo, pelo menos, não quando realizada durante a contração.

De acordo com o autor, a manobra de *Ritgen* modificada, foi originalmente descrita como uma intervenção para evitar lacerações perineais. Teoricamente, pode proteger o esfíncter anal, direcionando a cabeça fetal anteriormente, longe do esfíncter. Contudo, provoca a extensão da cabeça fetal, de forma a favorecer a

passagem do menor diâmetro e assim acelerando a sua exteriorização, o que pode ter um efeito oposto.

Considerando a prevenção de lesões do esfíncter anal, é possível que a manobra de *Ritgen* simples, realizada entre as contrações uterinas, possa ter um efeito melhor do que o procedimento modificado avaliado no presente estudo (JÖNSSON, [et al.], 2008).

O apoio perineal simples é mais efetivo na prevenção do trauma perineal e episiotomia do que a manobra de *Ritgen* modificada.

2.5 Principais Conclusões

Após a análise e interpretação dos dados selecionados para a revisão integrativa, formalizada com o objetivo de determinar as intervenções do EEESMO contributivas para a prevenção da episiotomia, procedemos à extração das suas principais conclusões.

Os artigos integrados na nossa revisão, permitem concluir que as intervenções do EEESMO na prevenção da episiotomia, abrangem, desde logo, o início da gravidez, onde a grávida saudável, no âmbito da consulta de vigilância pré-natal deve ser incentivada pela EEESMO, à semelhança das recomendações para qualquer adulto saudável, a manter ou iniciar a prática regular de exercício físico de moderada intensidade.

Contudo, neste estado particular é de extrema importância a monitorização e acompanhamento de um profissional do desporto, no sentido da prescrição dos exercícios físicos, tendo em conta os sintomas, os desconfortos e capacidade física durante a gravidez, bem como as contra-indicações específicas ao estado de saúde e evolução da mesma (ACSM, 2010).

O programa de exercício físico para a grávida deve ser dinâmico e regular, num mínimo de três vezes por semana e idealmente todos os dias, durante pelo menos 15 minutos, os quais devem, gradualmente, aumentar para 30 minutos, até perfazer um mínimo de 150 minutos de atividade física semanal (ACSM, 2010).

A importância do exercício reflete-se na saúde durante a gravidez, que se traduz no aumento das respostas fisiológicas ao exercício, bem como no TP, com aumento do tônus muscular abdominal e consequente capacidade de puxar eficazmente, e fortalecimento da musculatura pélvica, contribuindo na redução do período expulsivo e episiotomia, e ainda na redução do parto instrumentalizado e cesariana (ACSM, 2010) (SCHLOSBERG, 2012) (RODRÍGUEZ, PALÁEZ e BARAKAT, 2012) (BARAKAT [et al.], 2012).

Ainda durante a gravidez, e no âmbito da preparação para o parto, geralmente a partir das 28-30 semanas de gestação, as intervenções do EEESMO suscetíveis de prevenir a episiotomia, incluem a promoção e ensino da massagem perineal, com disponibilização de informação sobre os seus benefícios e a técnica de realização, dado que esta foi associada a diminuição do trauma perineal, principalmente episiotomia, e a redução da dor perineal três meses após o parto. Na sua realização, o uso do gel Elastolabo®, cujas propriedades lubrificantes, beneficiam a elasticidade e extensibilidade perineal, favorecendo a redução da possibilidade de episiotomia ou laceração (BECKMANN e STOCK, 2013) (REGGIARDO, FASANI e MIGNINI, 2012).

A pesquisa bibliográfica permitiu a inclusão de dados que defendem a influência da posição materna durante o TP, nos seus *outcomes*. A combinação da mudança postural durante a fase latente do período expulsivo, e o uso da posição de decúbito lateral durante a fase ativa do período expulsivo, foi associada à redução das taxas de parto instrumentalizado e de trauma perineal, pelo que deve ser incentivada e promovida pela EEESMO que acompanha a mulher no TP (WALKER [et al.], 2012).

Assim, a estas intervenções, acrescentamos, o benefício de educar as mulheres sobre o puxo espontâneo, e apoiar-las na sua execução, dado que se verificou que esta técnica contribuiu para o encurtamento da segunda etapa do TP, e diminuição da instrumentalização, bem como melhores resultados neonatais (YILTIRIM e BEJI, 2008).

Além destas, a revisão bibliográfica apontou as intervenções do EEESMO, dirigidas à gestão perineal durante o TP, passíveis de concorrer para a prevenção da episiotomia.

O nascimento por parto vaginal, tem sido associado a alguma forma de trauma perineal, pelo que Aasheim [et al.], (2012), no seu estudo dirigido à avaliação do efeito das técnicas de gestão do períneo, durante o segundo estágio do TP, sobre a incidência do trauma perineal, sugere diferentes intervenções e

técnicas perineais preventivas, as quais envolvem a restrição da manipulação do períneo (*Hands-off*), a aplicação de compressas quentes no períneo, a massagem perineal durante o TP e a utilização da Manobra de *Ritgen* simples.

Os resultados da randomização de 11.651 mulheres revelaram o efeito positivo da aplicação de compressas quentes no períneo, na diminuição de ocorrência de trauma perineal, nomeadamente das lacerações de 3º e 4º graus, pelo que, este procedimento deve ser incentivado e disponibilizado às mulheres. Verificou-se ainda que comparativamente com a técnica *Hands-off*, a massagem perineal favoreceu a diminuição das mesmas lacerações. No entanto, comparativamente com a manipulação ativa do períneo, não evidenciou diferenças significativas na redução das lacerações, mas observou-se que tem efeito positivo na redução da taxa de episiotomia (AASHEIM [et al.], 2012).

Esta meta-análise revelou também que, a comparação da técnica *Hands-on* com a *Hands-off* resultou na redução do uso da episiotomia no grupo de *Hands-off*. Não se encontraram diferenças significativas sobre o risco de trauma perineal e episiotomia na comparação da Manobra de *Ritgen* modificada com o apoio perineal simples. (AASHEIM [et al.], 2012).

No sentido de confirmar estes dados, procuramos integrar evidências específicas a cada uma destas técnicas sugeridas por Aasheim [et al.], (2012), por forma a determinar o contributo individual de cada uma delas, na prática preventiva da episiotomia a ser empreendida pelo EEESMO.

O recurso à revisão bibliográfica, permitiu concluir em conformidade com os dados anteriores, que a técnica *Hands-off* - restrição da manipulação do períneo, foi associada a uma menor taxa de complicações, tais como lacerações perineais e dor pós-parto (FAHAMI, SHOKOOHI e KIANPOUR, 2012).

Além disso, concluímos que a aplicação de compressas quentes no períneo, durante o 2º período do TP, reduz significativamente as lacerações de 3º e 4º grau, e a dor durante o TP e nos 1º e 2º dias pós-parto, bem como a incontinência urinária, pelo que, deve ser associada na assistência ao 2º período do TP (DAHLEN [et al.], 2008).

Os resultados bibliográficos mostraram que a massagem do períneo com vaselina, durante a 2ª fase do TP não só reduz a duração da mesma, como também aumenta as possibilidades de preservação do períneo, principalmente pela redução da frequência de episiotomia, sendo por isso uma intervenção pertinente na prática do EEESMO (GERANMAYEH [et al.], 2011).

Em relação à manobra de *Ritgen*, concluiu-se que a sua versão modificada não diminui o risco de laceração de 3º e 4º grau, pelo menos, não quando realizada durante a contração uterina, o que não significa que a sua versão original, realizada entre as contrações não o possa fazer, o que determina a produção de mais evidência sobre esta questão (JÖNSSON [et al.], 2008).

Constatamos que os estudos implicados na revisão integrativa defendem, em conformidade com as orientações da WHO (2006), a envolvimento de maior naturalismo no nascimento, bem como, uma redução do intervencionismo, e uma limitação da instrumentalização do TP, as quais consideram promotoras das possibilidades de ocorrência de trauma perineal.

Assim, em resposta à questão inicial, tendo em consideração a revisão bibliográfica efetuada, consideramos que a intervenção do EEESMO na prevenção da episiotomia, deve atender a um conjunto sequencial de intervenções: (1) Incentivar o início ou manutenção do exercício físico moderado, no mínimo três vezes por semana, desde que logo constatada a gravidez; (2) Educar e incentivar a mulher à realização da massagem perineal, desde a 30ª semana gestacional; (3) Promover a mudança postural ao longo do TP, com possibilidade de deambulação; (4) Incentivar e apoiar a mulher ao puxo espontâneo, ao longo do período expulsivo; (5) Promover a restrição da manipulação perineal, permitindo a adaptação, lenta e gradual, dos tecidos à apresentação fetal; (6) Proceder à aplicação de compressas quentes no períneo, durante o 2º período do TP; (7) Efetuar massagem perineal suave, usando um lubrificante como a vaselina; (8) Preferir o apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de *Ritgen*, em prol da sua versão modificada, mais interventiva.

Estas intervenções são apontadas pela evidência atual como contributivas na prevenção do trauma perineal durante o TP, nomeadamente da episiotomia, contudo, a sua aplicação na prática do EEESMO, exige a disponibilidade de mais evidência, bem como uma efetiva divulgação dos seus resultados, junto das equipas multidisciplinares e comunidade, com apresentação dos ganhos em saúde para a mulher, e para a humanização dos cuidados, por eles representados.

O uso limitado da episiotomia em muito contribui para uma experiência positiva do parto e para a humanização dos cuidados prestados. Tal como defendido por Figueiredo [et al.], (2011) o uso restrito da episiotomia deve ser incentivada em detrimento do uso rotineiro devido ao menor risco de lesão traumática do períneo posterior, da necessidade de sutura e de complicações na

cicatrização, bem como das suas consequências tardias, com efeitos físicos e psicológicos sobre as primíparas (grupo mais afetado).

De acordo com o estudo de Figueiredo [et al.], (2011), cujo objetivo procurou analisar a ocorrência da prática da episiotomia e a sua relação com a paridade das mulheres assistidas por enfermeiros obstetras, dos 447 partos estudados, 147 partos ocorreram em mulheres primíparas, das quais 41 partos foram realizados com episiotomia. Nas restantes 313 mulheres, múltíparas, apenas foram realizadas 9 episiotomias. Estes dados vão ao encontro das recomendações da WHO (2006) e de autores como Mattar, Aquino e Mesquita (2007) que estimam que a frequência ideal para a realização de episiotomia deve variar entre 10 e 30% dos partos vaginais.

Em simultâneo, estes dados revelam a preocupação dos EEESMO em humanizar a experiência de parto vivenciado pela mulher, uma vez que, tal como referem Figueiredo [et al.], (2011), *utilizando-se métodos mais naturalistas, em que a parturiente é estimulada a explorar os instintos do seu corpo, podemos contribuir para uma vida pós-parto mais feliz e saudável.*

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

A reflexão crítica sobre o processo de desenvolvimento do estágio profissionalizante, propende proporcionar um enquadramento deste no processo de desenvolvimento de competências de EEESMO.

Propomo-nos a uma análise reflexiva acerca do estágio, o qual surgiu no nosso percurso como uma exigência do MESMO, determinada pela 2005/CE/36 do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005, transposta para direito interno, Artigo nº 37 de Decreto-Lei nº 16/2009 de 4 de Março, para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista, e adquiriu uma natureza profissional de desenvolvimento de competências no contexto da prática profissional, visando o desenvolvimento de capacidades e a mobilização de conhecimentos teóricos, de forma a impulsionar uma prática especializada no acompanhamento da mulher em gravidez de risco, em TP ou pós-parto.

Para refletir sobre a prática de cuidados de enfermagem, torna-se impreterível acorrer ao conceito de Enfermagem e à sua identidade, apelando à sua cientificidade. Enquanto ciência, a Enfermagem dispõe de um corpo de conhecimentos próprio, ainda em construção e em constante cogitação, isto porque, a definição do conceito de Prática de Enfermagem é bastante complexa dada a sua natureza holística.

Tal como defende Hesbeen (2001, p.35)

... a enfermagem, para além dos saberes de vária natureza que requer e do seu incontornável tecnicismo, abrange uma imensidão de coisas, digamos, de “pequenas coisas” [...] que aparentemente tão anódinas, tão pouco sofisticadas e tão pouco aparatosas, fazem parte da vida de todos e são, portanto, necessárias à promoção da saúde das pessoas. Por vezes são mesmo tanto ou mais necessárias que as ações complicadas, de alto tecnicismo. Nesta qualidade são elas que dão

origem à atenção salvadora, que tranquiliza ou que anima quando a preocupação e a solidão, se fazem sentir ou ainda quando os horizontes ensombrecem.

A Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, à semelhança da Enfermagem em geral, está atenta às necessidades reais e potenciais, atendendo à individualidade da mulher/casal/família e à sua globalidade de necessidades. Assim, o desenvolvimento de competências de EEESMO, ao longo do estágio profissionalizante procurou atender a estes pressupostos, dando cumprimento à diretiva supracitada, bem como ao regulamento de competências específicas de EEESMO.

Na primeira parte do presente relatório foram objetivadas reflexões relativas às situações vivenciadas no estágio, que permitiram a incorporação de conhecimentos teóricos e competências práticas, com base em evidências científicas recentes, tendo em vista o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de EEESMO, as quais consideramos adquiridas, tal como comprovamos nas figuras 3, 4 e 5, que representam o número de grávidas vigiadas, com ou sem gravidez de risco, o número de partos realizados, e o número de puérperas e RN alvo de cuidados e vigilância, respetivamente.



FIGURA 3: Número de grávidas vigiadas.



FIGURA 4: Número de partos realizados.

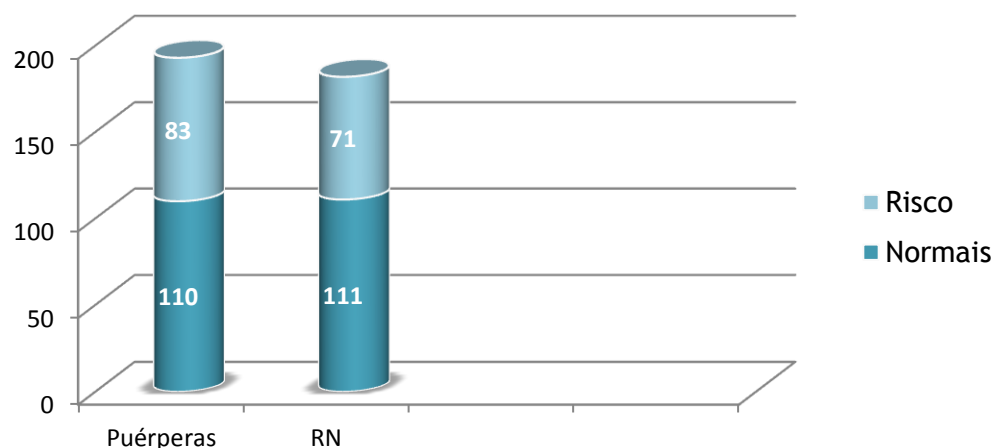


FIGURA 5: Número de Puérperas e Recém-nascidos alvo de vigilância.

A segunda parte deste relatório, reflete a problematização de uma temática de interesse para a prática de EEESMO, a qual permitiu o desenvolvimento de competências na área de investigação, bem como contribuiu para o enriquecimento do estágio, na medida em que favoreceu o interesse pela integração na prática, das intervenções preventivas da episiotomia, sugeridas pela revisão, principalmente no que concerne às referentes à mulher em TP. Foi possível promover a mudança de posição durante o TP, a aplicação de compressas quentes no períneo, e a massagem perineal com vaselina, e observar os seus efeitos específicos.

Assim, todas as atividades relacionadas com a investigação, pretenderam a reflexão sobre situações práticas observadas em contexto hospitalar, no sentido de se alcançar uma recontextualização de saberes teóricos, capaz de culminar em práticas emancipatórias dos cuidados de Enfermagem na área de saúde materna e obstétrica. Estas conferiram uma natureza completamente diferente de estágios anteriores, contribuindo, de forma muito significativa para a implementação do pensamento crítico, e liberdade de escolha na busca do conhecimento e do desenvolvimento das competências de EEESMO.

A pesquisa bibliográfica realizada para fundamentar as atividades de estágio, bem como a compreensão da temática selecionada, exigiu a mobilização de informação em diversas áreas do conhecimento, nomeadamente da Fisiologia, Bioquímica, Patologia, Farmacologia, Psicologia, Sociologia, Desporto e Educação Física, Enfermagem, etc., o que, apesar de muito trabalhoso, foi igualmente

enriquecedor, já que permitiu alargar horizontes e progredir na busca do conhecimento em Enfermagem.

Além disso, este estágio constituiu um enorme contributo no desenvolvimento da maturidade profissional inerente ao EEESMO, já que possibilitou, principalmente no Bloco de Partos, o acompanhamento e orientação tutorial com uma EEESMO, detentora de uma experiência construída ao longo de 20 anos, que nos proporcionou momentos de reflexão conjunta acerca de cada decisão tomada, e permitiu observar o papel do EEESMO, influenciando a construção da nossa própria identidade.

Esta, teve sempre como referência a assistência humanizada, principalmente dirigida à mulher em TP, daí o interesse na pesquisa relativa à prevenção da episiotomia, e daí a concordância com as sugestões de Oliveira e Miquilini (2005) referentes à necessidade de desenvolvimento de programas educacionais, mostrando aos profissionais, estudos sobre as vantagens e desvantagens da episiotomia, e formas de respeitar critérios individuais de indicação para este procedimento.

Oliveira e Miquilini (2005, p.95) consideram que

...outro fator que poderia contribuir para diminuir o índice de episiotomia seria um reajuste no olhar do profissional, isto é, ter como princípio que o parto normal é um processo fisiológico, devendo existir uma justificativa para interferir no trabalho de parto e nascimento, observando o paradigma não intervencionista. É necessário rever as práticas de atendimento à parturiente, considerando as evidências científicas e condutas individualizadas. Nesse sentido, há necessidade de estimular modelos de atendimento mais humanizados, respeitando a singularidade de cada parturiente.

Estas considerações revelam o longo caminho a percorrer no sentido da prática mais humanizada, centrada nas especificidades de cada mulher. Consideramos que a assistência humanizada no parto, necessita ser mais explorada no universo da saúde, tendo em vista uma maior proximidade entre a equipa de saúde, a mulher e a família, promovendo situações inibidoras de mal-estar, potencialmente favoráveis na redução do risco para ela e para o bebé, tendo a Enfermeira de Saúde Materna e Obstétrica como agente facilitador no processo de Humanização.

4. CONCLUSÃO

É assim que, ao finalizar o presente trabalho, tomamos consciência do carácter enriquecedor que este nos proporcionou, e onde pensamos ser oportuno proceder a uma breve reflexão e avaliação dos objetivos a ele inerentes.

Ao debruçarmo-nos sobre o caminho percorrido ao longo deste estágio, sentimos que foi uma experiência muito positiva na consolidação dos conhecimentos e competências, que contribuíram para o nosso crescimento pessoal e profissional, permitindo a nossa progressão académica e o nosso desenvolvimento profissional.

Foi nosso propósito recontextualizar saberes teóricos a partir de situações vivenciadas, explorando uma problemática partindo da prática. Em simultâneo, procuramos o desenvolvimento de competências no âmbito da prática de EEESMO, documentado no presente relatório crítico.

Neste sentido, procedemos a uma análise sobre os objetivos a que nos propusemos no início deste trabalho. Assim, consideramos desenvolvidas e integradas, competências promotoras das práticas emancipatórias do papel parental, e do diagnóstico e intervenção de Enfermagem especializada dirigida à mulher e família, na saúde reprodutora, e em processo de transição para a parentalidade.

Tal como demonstrado na primeira parte deste trabalho, consideramos adquiridas as competências no domínio dos cuidados de Enfermagem especializados dirigidos à mulher em situação de gravidez com complicações, TP e puerpério.

Propusemo-nos ainda mobilizar os conhecimentos teóricos, com suporte na prática baseada em evidências, problematizando uma temática de interesse pessoal, e assim contribuir para a excelência da prática do EEESMO. Esta versou a

prevenção da episiotomia, através da exploração das intervenções que o EEESMO pode desenvolver nesse sentido.

As suas principais conclusões apontam para o incentivo ao exercício físico moderado, desde o início da gravidez; para o ensino da massagem perineal à mulher, e apoio na sua realização desde a 30ª semana gestacional; para a promoção da mudança postural ao longo do TP, com possibilidade de deambulação; para o incentivo ao puxo espontâneo, ao longo do período expulsivo; para a promoção da restrição da manipulação perineal, permitindo a adaptação, lenta e gradual, dos tecidos perineais à apresentação fetal; para a aplicação de compressas quentes no períneo, durante o 2º período do TP; para a realização de massagem perineal suave, usando um lubrificante; e para a realização de apoio perineal simples aquando da aplicação da manobra de *Ritgen*, em prol da sua versão modificada, mais interventiva.

Perante as dificuldades na execução do presente relatório, a pesquisa bibliográfica foi a nossa principal fonte solucionadora de problemas, e a responsável pelo suporte de todo o trabalho, o que contribuiu para que os objetivos traçados fossem, devidamente alcançados.

Perspetivando um olhar retrospectivo debruçado sobre todo o processo de realização deste trabalho, enquanto enfermeira, consideramos ter evoluído não só a nível de conhecimentos teóricos e científicos, mas também enquanto pessoa humana, e enquanto mulher. Concluimos que as atividades desenvolvidas para terminar este trabalho foram bem sucedidas, mas constituíram apenas uma amostra, da longa e fascinante caminhada que é a *difícil construção do conhecimento em enfermagem*.

5. BIBLIOGRAFIA

- AASHEIM, V.[et al.] - Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. The Cochrane Library. 2012, Vol. 2.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - Neonatal Resuscitation. Outubro, 2010.
 - Management of hyperbilirinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation . s.l. : Pediatrics, 2004.
 - Consensos de Neonatologia. 2004.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE - Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Baltimore : The Point, 2010.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - Episiotomy.Guideline. 2006.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENDOCRINOLOGIA DIABETES E METABOLISMO - Relatorio de Consenso sobre a Diabetes e a Gravidez. 2011.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS - Iniciativa Parto Normal: Documento de Consenso. Loures : Lusociência, 2009.
- ANDERSSON, Ola [et al.] - Effects of delayed compared with early umbilical cord clamping on maternal postpartum hemorrhage and cord blood gas sampling: a randomized trial. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. Mai, 2013.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION - Special Report Neonatal Resuscitation: American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Outubro, 2010. Vol. 19.
- BARAKAT, R. [et al.] - Exercise during pregnancy reduces the rate of cesarean and instrumental deliveries: results of a randomized controlled trial. Matern, Fetal, Neonatal Medicine. 2012. Vol. 25.
- BECKMANN, Michael M. e STOCK, Owen M. - Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. The Cochrane Collaboration. 2013.

- BHUTANI, V.K. [et al.] - Predischage screening for severe neonatal hyperbilirubenemia identifies infants who need phototherapy. *Pediatrics*. 2013. Vol. 162.
- BO, K. [et al.] - Effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and birth. *Obstet Gynecol*. 2009, Vol. 113.
- CALADO, Filipa A.C.R. - O papel da vinculação ao Pai e à Mãe na transferência dos componentes de vinculação na Adolescência . Lisboa : Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 2008.
- CAMANO, L. [et al.] - Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP - Escola Paulista de Medicina Obstétrica. São Paulo : Nestor Schor, 2003.
- CANAVARRO, M.C. - Psicologia da Gravidez e da Maternidade. . Coimbra : Quarteto Editora, 2001.
- CAPLE, C. e SCHUB, T. - Postpartum Depression: Assessment and Screening. California : D. Pravikoff Eds, 2013.
- CERQUEIRA, Juliana, M. - Análise da Humanização da assistência de Enfermagem no Parto . São Paulo : Faculdade de Tecnologia e Ciência, 2008.
- CHALMERS, Beverley [et al.] - Use of Routine Interventions in Vaginal Labor and Birth: Findings from the Maternity Experiences Survey. *Birth*. 36, 2009.
- COLLIÈRE, Marie-Francoise - Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa : Lidel, 1999.
- COMISSÃO PARA A REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANAS DA ARS NORTE - Medidas para reduzir a taxa de cesarianas na região Norte de Portugal. Porto :, 2010.
- COUTINHO, Amélia - Episiotomia - uma técnica a evitar? *Tecnifar - revista técnica*. 2012, Vol. 15.
- CUERVO, Luis G.; BERNAL, María P. e MENDOZA, Natalia - Effects of high volume saline enemas vs no enema during labour - The Randomised Controlled Trial. *BioMedCentral Pregnancy and Childbirth*. 6:8, 2006.
- CUNNINGHAM, F. [et al.] -Williams Obstetrics. McGraw-Hill, 22nd ed. 2005.
- DAHLEN, H. [et al.] - Perineal Outcomes and Maternal Confort Related to the Appllication of Perineal Warm Packs in the Second Stage of Labor: a randomized trial. Sydney South Western Area Health Service. 2008.
- DOMENICO, E.B.L. e IDE, C.A.C. - Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2003, Vol. 11.

- DUDAS, Linda e PEDALINE, Susan. - Stop the bleeding: a postpartum hemorrhage protocol. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* . 2012.
- ESEP - Regulamento do segundo ciclo de estudos. Porto : s.n., 2010.
- FAHAMI, Fariba; SHOKOOHI, Zohreh e KIANPOUR, Mariam - The effects of perineal management techniques on labor complications. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2012, Vols. Jan-Feb 17(1).
- FIGUEIREDO, Bárbara - Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. nº 3 , 2003, Vol. 3.
- FIGUEIREDO, Giselle [et al.] - Ocorrência de Episiotomia em Partos Acompanhados por Enfermeiros Obstetras em Ambiente Hospitalar. *Rev. enferm. UERJ*. 2011, abr/jun.
- FRASER, Diane M. e COOPER, Margaret A. - *Myles Textbook for Midwives*. Londres : Churchill Livingstone Elsevier, 2009.
- FRASER, Diane M. e COOPER, Margaret, A. - *Assistência Obstétrica - Um Guia Prático Para Enfermagem*. Brooklin : Churchill Livingstone Elsevier, 2010.
- GERANMAYEH, M. [et al.] - Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Arch Gynecol Obstet* . 2011.
- GILBERT, Elizabeth e HARMON, Judith - *Manual Prático de Gravidez e Parto de Alto Risco*. Rio de Janeiro : Revinter, 2002.
- GRAÇA, Luís M. - *Medicina Materno-Fetal*. Lisboa : Lidel, 2010.
- GRANDE DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA - Grande Dicionário de Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. Porto Editora. 2010.
- HERMANSSON, Evelyn e MARTENSSON, Lena - Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. *Pubmed*. 2010.
- HESBEEN, Walter - *Qualidade em Enfermagem- pensamento e acção na perspectiva do cuidar* . Loures : Lusociência, 2001.
- HOCKENBERRY, Marilyn, J. e WILSON, David - *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro : Elsevier, 2011.
- ICNP - *International Classification for Nursing Practice, versão 2.0*. Geneva, 2011.

- JÖNSSON, E. [et al.] - Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at delivery: a randomized controlled trial. Departments of Obstetrics and Gynecology Lund University. 2008.
- JORGE, Júlia B. - Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional . Porto Alegre : Artes Médicas, 2000.
- KAWABATA, Ikuno [et al.] - Factors Influencing the Accuracy of Digital Examination for Determining Fetal Head Position during the First Stage of Labor. J Nippon Med Sch. 2010, Vol. 77.
- KHOOSHIDEH, Maryam e SHAHRIARI, Ali - A comparison of tramadol and pethidine analgesia on the duration of labour: A randomised clinical trial. Australian and New Zeland Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2008, Vol. 49.
- LEAHY-WARREN, Patricia; MCCARTHY, Geraldine e CORCORAN, Paul - First time mothers social support, maternal parental self efficacy and postnatal depression. Journal of Clinical Nursing. 2012, Vol. 21.
- LOPES, Maria [et al.] - O Uso do Enteroclisma no Preparo para o Parto: Análise de suas Vantagens e Desvantagens. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Novembro - Dezembro, 2001.
- LOWDERMILK, Deitra e PERRY, Shannon - Enfermagem na Maternidade. Loures : Lusodidacta , 2008.
- MAROGOTTO, P. [et al.] - Betamethasone vs dexamethasone for the prevention of morbidity in very-low-birthweight neonates. Journal of Obstetricia and Gynecologia. 2007.
- MATTAR, R.; AQUINO, M. e MESQUITA, M. - A prática da episiotomia no Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2007.
- MENDES, Karina, D.S.; SILVEIRA, Renata, C.C.P. e GALVÃO, Cristina, M. - Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. Texto Contexto Enfermagem. Out-Dez, , 2008, Vol. 17.
- MONTENEGRO, Carlos A. e REZENDE FILHO, Jorge - Rezende Obstetrícia Fundamental . Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2008.
- NICE - Antenatal care - routine care for the healthy pregnant woman . s.l. : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 2nd ed, 2008.
 - Detection and treatment of neonatal jaundice. s.l. : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, , 2010.

- Intrapartum care - care of healthy women and their babies during childbirth. s.l. : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007.
- Postnatal Care: Routine Postnatal Care of Women and Their Babies. London : National Collaborating Centre for Primary Care, 2006.
- OLIVEIRA, Sonia, M.J.V. e MIQUILINI, Elaine, C. - Frequência e critérios para indicar a episiotomia. Rev Esc Enfermagem USP. 2005, Vol. 39.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010a.
 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica . Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010b.
- O'REILLY, Barry; BOTTOMLEY, Cecilia e RYMER, Janice - Ginecologia e Obstetria. Loures : Lusodidacta, 2008.
- PARIZZI, Márcia R. e FONSECA, João G.M. - Nutrição na gravidez e na lactação. Revista de Medicina de Minas Gerais. 2010, Vol. 20.
- PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA - Directiva 2005/36/CE - Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Jornal Oficial da União Europeia, 2005, Vol. L2555/p.22.
- PORTUGAL - Direcção Geral de Saúde. Orientações Técnicas 9. Ministério da Saúde. 2008.
- PINTO, S. e SCHUB, T. - Breastfeeding: Interventions to promote initiation and extend duration of breastfeeding. California : D. Pravikoff Eds, 2013.
- RABE, H. [et al.] - Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes (Review). The Cochrane Library. 2012.
- RAMÓN, I.; SETIÉN, S. e IGLESIAS, J. - Efectividad de la hidroterapia materna parental en el oligohidramnios aislado. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia. 2009, Vol. 35.
- REGAYA, Ben, L. [et al.] - Role of deambulation during labour: A prospective randomized study. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction. Dec 39.8, 2010.
- REGGIARDO, Giorgio; FASANI, Roberto e MIGNINI, Fiorenzo - Multicentre, open label study to evaluate the efficacy and tolerability of a gel (Elastolabo) for the reduction of incidence of perineal traumas during labour and related complications in the postpartum period. Trends in Medicine. 2012, Vol. 12.

- REVEIZ, L.; GAITÁN, H.G. e CUERVO, L.G. - Enemas during labour (review). The Cochrane Library. 2013.
- RODRIGUEZ, R.; PELÁEZ, M. e BARAKAT, R. - Fortalecimiento del suelo pélvico y gestación. Revista Espanola sobre Medicina Del Suelo Pélvico de la Mujer y Cirugía Reconstructiva. 2012, Vol. 8.
- ROLDÃO, Maria C. - Gestão de Currículo e Avaliação de Competência. Lisboa : Editorial Presença, 2003.
- SCHLOSBERG, Suzanne - Fear not the gym. Fit Pregnancy. 2012, Vol. Aug / Sep.
- SILVA, Abel - Enfermagem Avançada: Um sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. Servir. 2007, Vol. 55 nº1/2.
- SILVA, Ana, C.S. e DADAM, Sara, H. - Parto Humanizado ou Parto Mecanizado. Curitiba : Encontro Paranaense, 2008.
- VURAL, Gulsen e KISA, Sezer - Umbilical Cord Care: A Pilot Study Comparing Topical Human Milk, Povidone-Iodine, and Dry Care. Jognn. Jan/Feb, 2006.
- WALKER, C. [et al.] - Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. International Urogynecology Journal. 2012.
- WHO - Recommendation for Induction Labor. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2011.
 - Promoting the health of mothers and newborns during birth and the postnatal period. Genébra, 2007.
 - Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Making Pregnancy Safer. Genébra, 2006).
 - Assistência ao Parto Normal: Um guia Prático. Grupo técnico de trabalho - Departamento de investigação e saúde reprodutiva.1996.
 - Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. WHO/UNICEF, 1991.
- YILDIRIM, G e BEJI, N.K. - Effects of Pushing Tecniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study. Florence Nightingale School of Nursing . 2008.
- ZUPAN, J.; GARNER, P. e OMARI, A. - Topical umbilical cord care at birth (review). The Cochrane Library. 2009.