

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR FACILITADORAS
DO PROCESSO DE LUTO APÓS PERDA GESTACIONAL

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mónica Alexandra Pinho da Silva

Porto, 2018

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO
HOSPITALAR FACILITADORAS DO PROCESSO DE
LUTO APÓS PERDA GESTACIONAL

NURSING INTERVENTIONS IN THE HOSPITAL SETTING
THAT EASE THE GRIEF PROCESS AFTER PREGNANCY LOSS

Relatório de estágio de natureza profissional orientado
pela Professora Doutora: Cândida Koch

Autora: Mónica Alexandra Pinho da Silva

Porto, 2018

AGRADECIMENTOS

Concluído este percurso, torna-se inevitável agradecer a todos os que me acompanharam nesta jornada, e que, direta ou indiretamente, contribuíram para o cumprimento deste objetivo.

À minha orientadora, Professora Doutora Cândida Koch, pela disponibilidade para os momentos de reflexão sobre a prática clínica e a cuidadosa orientação que serviu de guia para a realização deste relatório.

À docente orientadora do estágio, Professora Vitória Parreira, pelo acompanhamento e encorajamento constantes, mesmo nos momentos mais difíceis, que se visaram imprescindíveis para o sucesso obtido nos estágios.

Às minhas queridas tutoras, as enfermeiras especialistas Emília Nunes, Inês Freitas e Deolinda Silva, pelas oportunidades de aprendizagem e por demonstrarem como desempenhar este papel com excelência, mas, especialmente, por se terem revelado generosas amigas. Um agradecimento especial à enfermeira especialista Palmira Silva, pelo carinho e disponibilidade constantes.

Ao Centro Materno-Infantil do Norte e respectivas enfermeiras-chefe, pela integração proporcionada e por constituírem adjuvantes facilitadores neste processo. Um agradecimento especial à enfermeira especialista Paula Miller, por ser o elo de ligação entre o ambiente de estágio e a escola, por estar sempre disponível para qualquer assunto.

Aos meus pais, por me deixarem voar, independentemente do sítio para onde eu quisesse ir. Por me incentivarem sempre a ser melhor e sobretudo a ser feliz. Pelos sacrifícios, pela certeza do que eu seria capaz quando nem eu própria sabia. Obrigado por compreenderem os momentos de ausência e por me ensinarem a nunca desistir dos meus sonhos.

À minha irmã, pela presença constante, mesmo nos momentos mais “inconvenientes” e por me fazer rir todos os dias.

Ao Tiago, pelo colo em tantos momentos, pelos abraços fortes, por me limpar as lágrimas nos dias mais difíceis. Por não desistir de mim. Por me mostrar que o amor vence sempre, não importa os obstáculos que a vida nos atira. Sem ti, nada disto teria sido possível.

Aos amigos, Rita, Maria e Gerson, por partilharem este percurso académico e profissional comigo.

A todas as mulheres, casais e recém-nascidos com os quais me cruzei nesta longa caminhada e, em particular, a todas as mulheres e casais que partilharam comigo a sua dor pela perda de um filho, o meu sincero obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynaecologists*

APPT – Ameaça de Parto Pré-termo

APSI – Associação Portuguesa de Segurança Infantil

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cm – Centímetro

CMIN – Centro Materno-Infantil do Norte

CTG – *Cardiotocografia/Cardiotocográfica*

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção-Geral de Saúde

HELLP – *Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelets*

HPP – Hemorragia Pós-Parto

HTA – Hipertensão Arterial

EESMO – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

ICN – *International Council of Nurses*

IM – Intramuscular

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

INE – Instituto Nacional de Estatística

IV – Intravenoso

LA – Líquido Amniótico

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

mg/dl – Miligrama/Decilitro

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PPT – Parto Pré-Termo

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RCIU – Restrição de Crescimento Intra-Uterino

RCM – *Royal College of Midwives*

RN – Recém-Nascido

RPM – Rotura Prematura das Membranas

SAM – Síndrome de Aspiração Meconial

SGB – *Streptococcus* do grupo B

SMSL – Síndrome de Morte Súbita do Lactente

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

TP – Trabalho de Parto

UI – Unidades Internacionais

UNICEF – *United Nations International Children's Emergency Found*

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

O presente documento, sob a forma de um relatório de estágio de natureza profissional, descreve o percurso enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que decorreu no Centro Materno-Infantil do Norte, entre 19 de setembro de 2017 e 21 de julho de 2018. Neste relatório apresenta-se uma análise retrospectiva sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências relativas ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, tendo como referência o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, descrito e aprovado pela Ordem dos Enfermeiros juntamente com a Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2010).

O estágio de natureza profissional desenvolveu-se em três áreas de intervenção distintas, nomeadamente a Gravidez com Complicações, o Trabalho de Parto e Parto, e o Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade. Nestes três momentos de aprendizagem foram desenvolvidas intervenções de enfermagem, fundamentadas pela evidência científica mais atual, permitindo desenvolver competências no domínio dos cuidados de enfermagem especializados a grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos. Neste relatório encontram-se descritas as experiências vividas ao longo do estágio, assim como uma análise crítico-reflexiva acerca das práticas em ambiente hospitalar.

No contexto do estágio de gravidez com complicações foram acompanhados alguns casos de perda gestacional, tendo suscitado a necessidade pessoal de refletir sobre as práticas clínicas em contexto hospitalar. Neste sentido, foi realizada uma revisão de literatura para identificar quais as intervenções de enfermagem que facilitam o processo de luto após a perda gestacional. Pretende-se, assim, contribuir para uma prática de enfermagem sensível às necessidades específicas de cada mulher/casal, de modo a facilitar o processo de luto após a perda gestacional.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Cuidados de Enfermagem; Luto; Morte fetal.

ABSTRACT

The present document, in the form of a professional internship report, describes the journey taken as a midwifery student, which took place at the Centro Materno-Infantil do Norte in Porto, Portugal, between 19th September 2017 and 21st July 2018. This report presents a retrospective analysis into the process of acquisition and development of competencies related to the role of midwife, in compliance with the Regulation of Competencies of the Nurse Specialist in Maternal, Obstetrical and Gynecological Health, described and approved by the Ordem dos Enfermeiros together with the Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2010).

The professional internship developed in three distinct areas of expertise, namely High-risk Pregnancy, Labor and Delivery, and Postpartum Care and Parenthood. In these three moments nursing interventions were developed, supported by the most recent scientific evidence available, allowing the development of competencies in specialised nursing care for pregnant women, women in labor, women in the post-partum period and newborns. This report includes the experiences acquired throughout the internship, as well as a critical-reflexive analysis about the clinical practices in the hospital environment.

In the context of the high-risk pregnancy care internship, some of the cases were related to pregnancy loss, which brought up the need to reflect about the clinical practices and understand how they can be improved to meet the needs of these women and help them in their grief process. Therefore, a review of literature was performed to identify which nursing interventions ease the grief process after pregnancy loss. This research is intended to contribute to a nursing practice sensible to the specific needs of women and couples, in terms of facilitating their grief process after pregnancy loss.

Keywords: Midwifery; Nursing Care; Grief; Fetal Death.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	21
1.1. Contextualização do estágio.....	22
1.2. Cuidados de enfermagem na gravidez com complicações	29
1.3. Prática baseada na evidência: revisão de literatura.....	33
1.3.1. Contextualização do tema.....	36
1.3.2. Questão orientadora.....	40
1.3.3. Método	41
1.3.4. Resultados	43
1.3.5. Discussão	51
1.3.6. Conclusões	62
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO	67
2.1. Contextualização do estágio.....	68
2.2. 1º Estadio do trabalho de parto	69
2.2.1. Indução do trabalho de parto.....	72
2.2.2. Fase latente do 1º estadio do trabalho de parto	74
2.2.3. Fase ativa do 1º estadio do trabalho de parto.....	81
2.3. 2º Estadio do trabalho de parto	87
2.4. 3º Estadio do trabalho de parto	96
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO AUTOCUIDADO NO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE	101
3.1. Contextualização do estágio.....	102
3.2. Cuidados à mulher/família no período pós-parto.....	103
3.2.1. Necessidades da mulher na fase puerperal	103
3.2.2. Necessidades do recém-nascido.....	126
3.2.3. Promoção de competências parentais	137
3.2.4. Preparação para a alta	145
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA	149
CONCLUSÃO.....	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Experiências no âmbito da gravidez com complicações.....	23
QUADRO 2: Hierarquia de níveis de evidência.....	35
QUADRO 3: Aplicação da estratégia PICO para formulação da pergunta de partida.....	41
QUADRO 4: Descritores encontrados no MESHbrowser.....	42
QUADRO 5: Análise dos estudos incluídos na revisão.....	44
QUADRO 6: Intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de luto na perda gestacional.....	63
QUADRO 7: Experiências no âmbito do trabalho de parto e parto.....	69
QUADRO 8: Experiências no âmbito do puerpério.....	103
QUADRO 9: Experiências vivenciadas ao longo do estágio de natureza profissional.....	149

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Internamento das grávidas de acordo com as patologias.....	23
---	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da realização do estágio de natureza profissional, integrado no atual plano de estudos do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), referente ao ano letivo de 2017/2018. De acordo com o Regulamento do 2º Ciclo de Estudos Superiores (ESEP, 2010), preconiza-se a elaboração de um relatório de estágio, com o objetivo de descrever as atividades desenvolvidas, no âmbito do ensino clínico, e conducentes à aquisição das competências profissionais preconizadas pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) para o exercício profissional como enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO), assim como a justificação das intervenções realizadas à luz da evidência científica mais atual.

Segundo a OE (2010), o EESMO, no seu exercício profissional, assume, quer intervenções autónomas, no que diz respeito ao curso fisiológico do ciclo reprodutivo, quer intervenções interdependentes nas situações de risco, nas quais estão envolvidos processos patológicos do ciclo reprodutivo da mulher. Mais concretamente, a OE (2010) determina as seguintes competências para o EESMO: 1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; 2. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, pós-natal e durante o trabalho de parto (TP) e parto; 3. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério; 4. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 5. Cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade. Tendo este documento por base, pretende-se com este relatório evidenciar as competências adquiridas ao longo do estágio.

O estágio de natureza profissional decorreu no Centro Materno-Infantil (CMIN), entre 19 de setembro de 2017 e 21 de julho de 2018, incluindo três módulos distintos: Gravidez com Complicações no serviço de Ginecologia e Medicina Materno-Fetal, de 19 de setembro a 12 de dezembro de 2017, num total de 200 horas; Autocuidado no Pós-parto e Parentalidade no

serviço de Puerpério, de 3 de janeiro a 24 de fevereiro de 2018, num total de 300 horas; e Trabalho de Parto e Parto no Núcleo de partos, de 26 de fevereiro a 21 de julho de 2018, num total de 500 horas.

Ao longo dos diferentes módulos do estágio foram adquiridas e desenvolvidas competências no âmbito da saúde materna e obstétrica, assim como foram consolidados os conhecimentos teóricos adquiridos previamente e treinadas as habilidades relativas à prestação de cuidados. Por conseguinte, é importante salientar a relevância do contexto clínico, não só na contextualização dos saberes, mas também para o desenvolvimento de uma prática reflexiva e baseada na evidência mais atual. Neste relatório encontram-se descritas as experiências vividas em contexto hospitalar, durante o percurso académico, enquanto estudante do MESMO, assim como as intervenções realizadas em contexto supervisionado e baseadas na evidência mais atual. O processo de enfermagem e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) elaborada pelo *International Council of Nurses* (ICN, 2017) suportaram as intervenções de enfermagem descritas neste relatório.

No contexto do estágio de gravidez com complicações surgiu a oportunidade de prestar cuidados a mulheres que sofreram perdas gestacionais. Este tipo de perda implica um processo de luto com características específicas. Cada vez mais, para muitos casais, as condições socioeconómicas condicionam-lhes a possibilidade de ter filhos, justificando-se a ligação que se estabelece precocemente na gravidez. Este crescente investimento pessoal explica o impacto que esta perda acarreta para a mulher/casal. Devido às dificuldades encontradas ao longo do estágio em ir ao encontro das necessidades destas mulheres, surgiu uma reflexão mais profunda sobre as práticas clínicas em ambiente hospitalar, tentando perceber como poderão ser melhoradas. Neste sentido, foi realizada uma revisão da literatura para identificar quais as intervenções de enfermagem que facilitam o processo de luto após a perda gestacional. Pretende-se que esta investigação se estabeleça como um contributo para a prática de uma enfermagem sensível às necessidades específicas de cada mulher/casal, de modo a facilitar o processo de luto após a perda gestacional.

O relatório é constituído por quatro capítulos principais. Optou-se por descrever os acontecimentos que se sucederam durante o processo de aprendizagem segundo a sequência cronológica do processo reprodutivo (gravidez – trabalho de parto – pós-parto) e não pela ordem cronológica dos estágios. No primeiro capítulo encontra-se descrito o desenvolvimento de

competências no âmbito da gravidez com complicações, incluindo um subcapítulo onde se aborda a revisão de literatura realizada acerca das intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de luto após a perda gestacional. No segundo capítulo são descritas as competências adquiridas no âmbito do trabalho de parto e parto. O terceiro capítulo incide sobre o desenvolvimento de competências no âmbito da promoção do autocuidado e parentalidade no contexto pós-parto. Por fim, o último capítulo culmina numa análise crítico-reflexiva acerca do percurso de aprendizagem como EESMO e das experiências vividas.

Para a realização deste trabalho recorreu-se às seguintes bases de dados: *EBSCOhost*, *Nursing Reference Center*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), assim como a obras literárias de carácter científico, disponíveis na biblioteca da ESEP. Este relatório foi elaborado segundo as normas de elaboração de dissertação da ESEP, disponíveis para o ano letivo de 2018/2019.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

A gravidez é um processo fisiológico incorporado na história de vida da mulher. Quando a sua evolução decorre sem intercorrências, não deve ser encarada como um estado de doença com necessidade de tratamento. No entanto, em determinadas circunstâncias ao longo da gravidez poderão surgir fatores de risco que condicionam um agravamento da condição de saúde da grávida e/ou feto, comprometendo o seu bem-estar. O conceito de risco, em geral, consiste na probabilidade de ocorrer um resultado desfavorável para a saúde do indivíduo, sendo possível estabelecer uma relação de causa-efeito entre o fator em causa e o fenómeno decorrente. Na saúde materna, a aplicação deste conceito resultou numa redução das taxas de mortalidade e morbilidade materno-fetal ao longo dos tempos (Oliveira et al., 2015).

A Direção-Geral de Saúde (DGS, 2015a) determina que certas patologias podem ser correlacionadas com um maior risco de mortalidade e morbilidade materno-fetal, quer pelo seu mecanismo fisiopatológico, quer pela terapêutica medicamentosa associada, como por exemplo: diabetes mellitus e/ou gestacional, hipertensão arterial (HTA) e/ou pré-eclâmpsia, cardiopatias, antecedentes de tromboembolismo, doença renal, patologia tiroideia, anemia, artrite reumatóide, epilepsia, tuberculose, asma e perturbações do foro psiquiátrico. De igual modo, os fatores genéticos, as gravidezes não planeadas ou sucessivas, a gravidez múltipla, a gravidez nos extremos da idade reprodutiva e os tratamentos de fertilidade podem ser também considerados como fatores de risco na saúde reprodutiva. Mais ainda, certos comportamentos maternos podem constituir fatores de risco na gravidez, tais como deficiências na ingestão nutricional e/ou distúrbios do comportamento alimentar, consumo de tabaco/álcool/substâncias psicoativas, exposição ambiental a poluentes e infeções sexualmente transmissíveis. Em alguns destes casos nem sempre o internamento num serviço de cuidados especializados será necessário, contudo em determinadas situações, que requerem maior vigilância, o internamento torna-se muitas vezes imperativo.

A gravidez é vivida de forma individual, acarretando mudanças que são sentidas de forma única por cada mulher, em cada momento. Segundo Meleis (2010), uma transição consiste num período de mudança, de profundas alterações no indivíduo, que não se limita ao resultado final, mas abrange todo o processo vivenciado ao longo da mudança. A gravidez, enquanto processo biológico e parte integrante do ciclo vital, traduz-se, por conseguinte, numa transição desenvolvimental. Contudo, na presença de uma classificação de gravidez de risco, a mulher encontra-se perante não apenas um evento transitório, mas um padrão de transição múltiplo. Esta pode ser considerada também como uma transição saúde/doença, com todas as necessidades de reestruturação associadas. Se uma gravidez de baixo risco se traduz em múltiplas necessidades físicas, emocionais, sociais, familiares e organizacionais por parte da mulher, é fácil compreender então a intensificação destas mesmas necessidades e a associação a outras dificuldades inerentes a uma gravidez com complicações. Por este motivo, a intervenção do EESMO neste contexto torna-se fulcral para ajudar a mulher, de modo a que o processo de transição seja o mais harmonioso possível.

1.1. Contextualização do estágio

O estágio, desenvolvido no âmbito da gravidez com complicações, decorreu no período de tempo compreendido entre o dia 19 de setembro e 12 de dezembro de 2017, sob a supervisão de uma EESMO no serviço de ginecologia e medicina materno-fetal do CMIN. Este serviço compreende o internamento pré e pós-operatório de mulheres com patologia do foro ginecológico, assim como o internamento de grávidas com patologia associada, não controlada e/ou agudizada, que requerem monitorização e vigilância. De igual modo, em algumas circunstâncias também incluía o internamento de mulheres que sofreram perda gestacional ou que foram submetidas a interrupção médica da gravidez (IMG), que por motivos éticos e emocionais, não eram internadas na unidade de puerpério com as restantes puérperas e recém-nascidos. No **Quadro 1** apresentam-se as experiências que permitiram o desenvolvimento das competências no âmbito da gravidez com complicações, assim como os casos de perda gestacional verificados ao longo do estágio.

EXPERIÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	
Grávidas com alto risco	Casos de perda gestacional / IMG
107	9
Total de experiências: 116	

Quadro 1: Experiências no âmbito da gravidez com complicações.

Ao longo do estágio foram prestados cuidados a 107 grávidas com determinadas condições. As patologias que motivaram o internamento das grávidas no serviço foram várias, podendo ser aplicada a estatística descritiva simples para analisar as suas frequências de ocorrência. Os dados obtidos revelam que a ameaça de parto pré-termo (APPT) esteve associada a uma taxa de ocorrência de 36% (N=34), sendo o motivo de internamento mais frequente. Outros diagnósticos incluíram: restrição de crescimento intrauterino (RCIU) (18%) (N=17), pré-eclâmpsia (9%) (N=8), entre outros que se encontram explícitos no **Gráfico 1**. Todos estes casos possibilitaram uma variedade de experiências de aprendizagem.

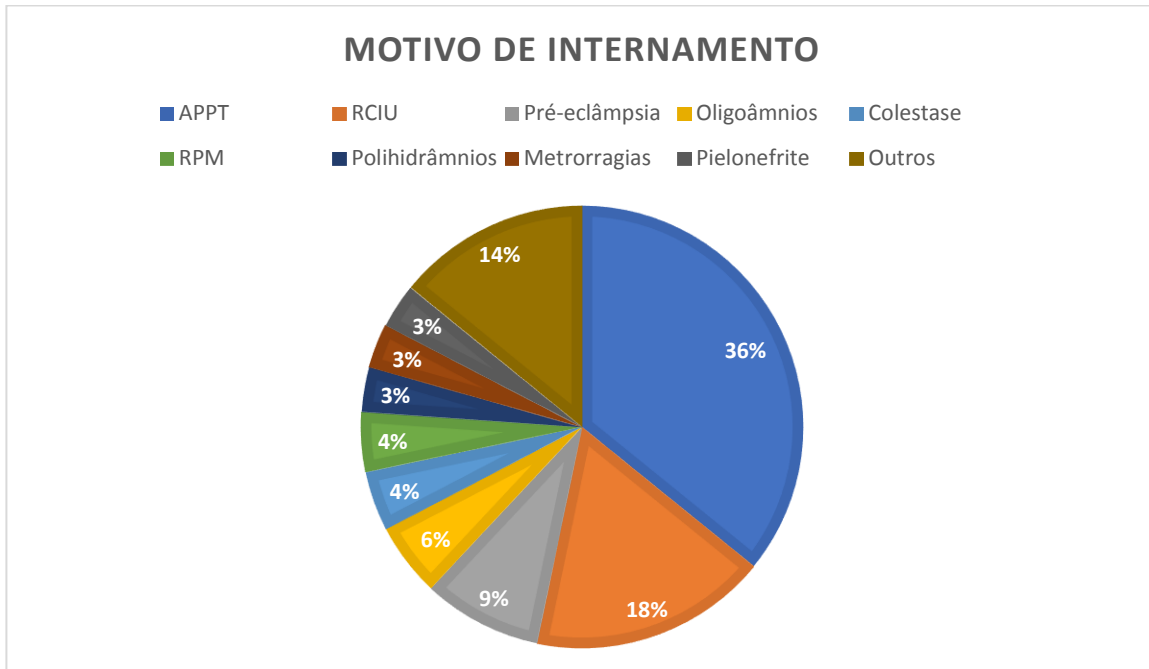


Gráfico 1: Internamento das grávidas de acordo com as patologias.

Relativamente à APPT, importa distingui-la do TP efetivo. O TP é caracterizado pela presença de contrações regulares, com aumento de intensidade ao longo do tempo e na deambulação (4 em 20 minutos ou 8 em 1 hora), pela dilatação cervical >1 cm e a extinção do colo uterino. Por outro lado, a APPT caracteriza-se pela ocorrência de contrações uterinas regulares antes das 37 semanas de gestação, com formação do segmento inferior uterino, embora sem repercussões ao nível do cérvix, como dilatação e extinção (Costa et al., 2014).

A etiologia do parto pré-termo (PPT) não é compreendida na totalidade, mas a *American College of Obstetricians and Gynaecologists* (ACOG, 2016a) descreve alguns fatores de risco: fatores maternos como idade avançada, baixo índice de massa corporal, doenças peridontais ou infeções; fatores obstétricos como um intervalo curto entre gravidezes, gravidezes múltiplas, pré-eclâmpsia, colo uterino curto, ou historial de cirurgias uterinas; e ainda fatores relacionados com o estilo de vida como stresse, atividade física excessiva, períodos prolongados na posição ortostática, ou consumo de tabaco/álcool/drogas.

Anualmente, cerca de 15 milhões de recém-nascidos ao nível mundial são prematuros. Este número está a aumentar exponencialmente, tendo sido considerada a prematuridade a principal responsável pela mortalidade infantil até aos 5 anos de idade em 2015. Os recém-nascidos prematuros são particularmente vulneráveis a complicações respiratórias, a problemas nutricionais, a dificuldades na regulação da temperatura corporal e ao risco mais elevado de infeção. A morbilidade infantil é também um aspeto preponderante, na medida em que estas crianças apresentam um risco acrescido de desenvolver condições como paralisia cerebral, défices sensoriais e doença pulmonar crónica (WHO, 2015). Por conseguinte, o PPT constitui um problema de saúde pública cada vez mais premente, sendo a intervenção dirigida à APPT essencial para a sua prevenção.

Segundo Carvalho (2012), face a uma APPT está protocolada, em primeiro lugar, a administração de tocolíticos, seguindo-se a indução da maturidade pulmonar fetal, a profilaxia da infeção neonatal por *Streptococcus* do grupo B (SGB) e a prescrição de repouso moderado. A tocolise tem como objetivo, não a abolição total da contratilidade uterina, mas atingir um ritmo de contrações <4-6/h sem se observarem alterações cervicais. Na sua generalidade, os fármacos tocolíticos são eficazes para prolongar a gravidez por, pelo menos, 48 horas e até 7 dias, sendo este período suficiente para completar o ciclo de maturação pulmonar fetal e, se necessário, transferir a grávida para uma instituição de saúde com cuidados neonatais especializados. No

entanto, a terapêutica tocolítica está contra-indicada em condições como: pré-eclâmpsia, cardiopatia materna, hemorragia vaginal grave, restrição do crescimento intrauterino, cromossopatias, anomalias congénitas, idade gestacional >34 semanas, e corioamnionite. A tocolise parece ser uma prática cada vez mais controversa e alguns estudos defendem que não parece trazer benefícios ao nível da mortalidade perinatal, mas podem até acarretar um risco aumentado de corioamnionite e morbidade neonatal (Mackeen et al., 2014; WHO, 2015).

Relativamente à escolha do fármaco, não parece existir um tocolítico de primeira linha, no entanto de acordo com alguns autores (Carvalho, 2012) privilegia-se a Nifedipina em situações de APPT e o Atosiban em situações de PPT iminente, sendo ambos fármacos com escassos efeitos secundários. Por outro lado, a administração de Indometacina está restrita a idades gestacionais <32 semanas e com duração <72 horas, assim como a utilização de β -miméticos/Sulfato magnésio está restrita a situações de tocolise aguda, como desacelerações na frequência cardíaca fetal (FCF) ou sinais de sofrimento fetal.

Ao longo do estágio na unidade materno-fetal do CMIN foi administrada Nifedipina via oral e Atosiban via endovenosa nos casos identificados de APPT. Encontrava-se também protocolado no serviço a administração de progesterona via vaginal, sendo esta considerada como eficaz na manutenção da gravidez, pela supressão da atividade uterina e a manutenção da quiescência do útero até ao termo da gravidez. Esta terapêutica parece reduzir o risco de PPT, assim como as complicações neonatais e o internamento em cuidados intensivos neonatais (Dodd et al., 2017).

Em relação à indução da maturidade pulmonar fetal, está associada a uma redução significativa da incidência e da gravidade da doença da membrana hialina/síndrome de dificuldade respiratória e da hemorragia intraventricular no recém-nascido (RN). Para tal, Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2012) e a WHO (2015) sugerem a administração de um ciclo de corticoterapia às grávidas com APPT, com idade gestacional entre as 24 semanas e as 34 semanas e 6 dias. Esta terapêutica é mais eficaz se o parto ocorrer entre 24 horas e 7 dias após a última toma, mas a mortalidade neonatal parece ser reduzida mesmo após este prazo. Os fármacos protocolados no serviço são a Betametasona 12mg via intramuscular em 2 tomas de 24/24horas e a Dexametasona 6mg via intramuscular em 4 tomas de 12/12horas.

A profilaxia da infeção neonatal por SGB encontra-se indicada nas seguintes situações: se exsudado vaginal/retal positivo para SGB (efetuado no 3ºtrimestre), se bacteriúria positiva, ou se RN de gestação anterior com infeção documentada por SGB. Na ausência do rastreio, deve-se

proceder à profilaxia em situação de PPT ou rotura prematura de membranas (RPM) (Afonso, 2012). Para tal, a antibioterapia protocolada no CMIN consiste na Ampicilina via intravenosa, sendo a Cefazolina, a Clindamicina ou a Vancomicina utilizadas como alternativas no caso de alergia à penicilina.

Carvalho (2012), assim como Monteiro e colaboradores (2014) indicam o repouso no leito e a restrição da atividade física como uma intervenção prescrita e incentivada face ao diagnóstico de APPT. Na prática diária, na unidade materno-fetal, esta prescrição era uma questão controversa, sendo considerada mandatória para alguns obstetras e desnecessária para outros. Existia mesmo uma distinção entre prescrições de repouso absoluto no leito e de repouso relativo, sendo este último premissivo para a realização da higiene pessoal e da alimentação fora do leito. No entanto, a evidência científica mais atual (Sosa et al., 2015) parece suportar que não existem benefícios comprovados que possam advir desta prática, apesar de ser considerado como um tratamento de primeira linha. Aliás, a restrição de atividade prolongada acarreta efeitos fisiológicos adversos para a grávida, como o risco aumentado de trombose venosa, a atrofia muscular, o descondicionamento cardiovascular, a redução na massa óssea e a perda de peso corporal. Ainda segundo os mesmos autores, ao nível psicológico pode ser mais stressante para a mulher e originar sentimentos negativos e de isolamento social, tendo também impacto na dinâmica familiar e no orçamento financeiro. Por este motivo, esta intervenção deveria ser alvo de uma discussão aberta entre os profissionais de saúde e a grávida acerca do potencial risco-benefício antes da sua implementação, o que não se verificou na prática clínica.

Ao longo do estágio surgiu a oportunidade de prestar cuidados a grávidas com o diagnóstico de RCIU. A definição mais comum desta patologia baseia-se no percentil de peso fetal estimado. Um feto com peso inferior ao percentil 10 é considerado como RCIU. Cerca de 5 a 10% de todas as gravidezes apresentam um feto com percentil de peso corporal abaixo da normalidade, contudo isto não implica necessariamente uma restrição no crescimento (Dias, 2012a). Do mesmo modo, quando o feto se encontra num percentil acima do 10 não significa sempre que o ritmo de crescimento não esteja comprometido. Por este motivo, a definição de RCIU, apesar de controversa, tem evoluído no sentido de incluir parâmetros biométricos, perfil biofísico fetal e índice Doppler da função feto-placentar. Os fatores de risco para a sua incidência podem englobar condições fetais, maternas, e outras condições que afetam a perfusão placentar. Os fatores fetais incluem as anomalias genéticas, as cromossopatias e as infeções congénitas

(rubéola, citomegalovírus, toxoplasmose). Nos fatores maternos considera-se a idade >35 anos, a etnia asiática e africana, a nuliparidade, o reduzido ou o elevado índice de massa corporal. O consumo de tabaco/álcool/drogas também se relacionam com a RCIU. Mais comuns são as condições que afetam a perfusão placentar, como a pré-eclâmpsia ou a HTA crônica, a diabetes gestacional (DG), e as doenças vasculares, renais, autoimunes ou hematológicas. De igual modo, a gravidez gemelar e a gravidez decorrente de tratamentos de fertilidade parecem constituir fatores de risco para o RCIU (Dall'Asta et al., 2017).

A fisiopatologia da RCIU implica a vasoconstrição crônica das artérias espiraladas devido à invasão trofoblástica inadequada. Numa fase inicial, o feto adapta-se através da redução da velocidade de crescimento e da captação mais eficiente de oxigênio. No entanto, se a situação se prolongar, estamos perante uma fase de hipóxia, pois abaixo de um determinado nível de saturação de oxigênio são ativados quimiorreceptores responsáveis por alterações hemodinâmicas, com o principal objetivo de preservar o aporte de oxigênio para os órgãos nobres – um fenómeno denominado de centralização (Dias, 2012a).

Segundo o autor prévio, RCIU é uma condição obstétrica complexa que se associa frequentemente a elevados índices de mortalidade e morbidade fetais. As complicações neonatais incluem a lesão cerebral hipóxica, a enterocolite necrosante, a hemorragia pulmonar, a insuficiência renal, a trombocitopenia, a policitemia, a hipoglicemia, a hipocalcémia, a hiperbilirrubinémia, a instabilidade térmica e a sépsis. A longo prazo está relacionada com restrição do crescimento infantil, défices cognitivos, sensoriais e motores, assim como elevado risco de desenvolvimento de HTA, diabetes mellitus, dislipidemia e hipocoagulação numa fase adulta (Dall'Asta et al., 2017).

Ao nível do tratamento não existe um método eficaz para reverter esta condição. Dias (2012a) recomenda uma vigilância adequada através do perfil biofísico, fluxometria Doppler e avaliação do líquido amniótico (LA) semanalmente, biometria fetal (2/2 semanas), monitorização cardiotocográfica (CTG) diária, e ainda a prescrição de repouso no leito, a indução da maturidade pulmonar e a programação do parto consoante a condição materno-fetal e a idade gestacional. No CMIN, perante o diagnóstico de RCIU era prescrita a realização de CTG 1x/turno, a administração de corticoterapia (Betametasona ou Dexametasona) segundo o protocolo anteriormente descrito para a APPT, e ainda a promoção do repouso relativo no leito, justificado pelo aumento da perfusão uteroplacentária durante o repouso.

Para além das patologias supracitadas, foram prestados cuidados a grávidas diagnosticadas com pré-eclâmpsia. As patologias hipertensivas estão presentes em cerca de 10% das gravidezes ao nível mundial, constituindo uma das principais causas de mortalidade e morbilidade maternas e neonatais. Segundo a ACOG (2013), a HTA na gravidez pode ser classificada em quatro categorias: pré-eclâmpsia; hipertensão crónica; hipertensão prévia com pré-eclâmpsia; hipertensão transitória/gestacional. A pré-eclâmpsia define-se por valores de tensão arterial $\geq 140/90$ mmHg em 2 medições distintas com intervalo mínimo de 4 horas, numa grávida previamente normotensa, e associada a proteinúria significativa (≥ 300 mg/L na amostra de urina de 24h). Também pode ser estabelecido o diagnóstico de pré-eclâmpsia sem proteinúria se existir trombocitopenia, aumento da creatinina sérica, elevação das enzimas hepáticas, alterações visuais, cefaleias e/ou epigastralgias. A hipertensão crónica, por outro lado, implica um diagnóstico prévio à gravidez, podendo também, quando não diagnosticada, estar associada à pré-eclâmpsia na gravidez se surgir proteinúria ou agravamento dos valores tensionais. A hipertensão transitória/gestacional implica a HTA a partir das 20 semanas de gestação sem proteinúria ou outros sintomas associados.

No caso de agravamento deste quadro pode surgir a eclâmpsia, ou seja uma forma de pré-eclâmpsia grave com presença de convulsões generalizadas, de alterações da consciência e/ou coma. Mais ainda, na presença de critérios laboratoriais como hemólise, elevação das enzimas hepáticas e trombocitopenia, pode ser classificado como Síndrome de HELLP, ao que se associa frequentemente epigastralgias, náuseas, vômitos e cefaleias intensas (Clode, 2012). Estas formas mais graves e descompensadas da patologia são as principais causas de mortalidade materno-fetal. Perante uma pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade, Clode (2012) sugere uma atitude expectante, incluindo monitorização da tensão arterial de 4/4 horas, avaliação analítica (hemograma, plaquetas, enzimas hepáticas e proteinúria) 2x/semana, monitorização cardiocográfica diária, e ausência de terapêutica hipertensora. Segundo o protocolo da unidade materno-fetal do CMIN administrava-se Nifedipina via oral 12/12 horas e efetuava-se a monitorização da tensão arterial 1x/turno, a colheita de urina de 24 horas e/ou registo de diurese, a monitorização cardiocográfica 1x/turno, a instituição do regime dietético hipossalínico e, em alguns casos, cumpria-se a indicação para repouso relativo no leito, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo. No entanto, as recomendações estabelecidas pela WHO (2013) e ACOG (2013) para a gestão da pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade orientam para práticas diferentes destas, na medida em que não recomendam a administração

de anti-hipertensores, exceto em situação de SOS, e referem a falta de evidência relativamente aos benefícios do repouso no leito e da restrição da ingestão de sal.

1.2. Cuidados de enfermagem na gravidez com complicações

Na explicitação das intervenções realizadas no contexto clínico deste estágio é fundamental descrever o acolhimento proporcionado às grávidas. O acolhimento em enfermagem é importante na medida em que estabelece o início da relação com o cliente dos cuidados, no momento da admissão no serviço, e tem como principal objetivo a transmissão de confiança para otimizar a colaboração nas intervenções e facilitar a adaptação do cliente. O primeiro contacto do enfermeiro com o cliente, muitas vezes, determina a qualidade da relação terapêutica que se irá estabelecer (Silva, 2010). O mesmo autor defende que o enfermeiro é o principal agente de humanização dos cuidados e, como tal, reconhece as variáveis que influenciam o cliente, inspira confiança, adota estratégias adequadas de comunicação e conhece as vantagens do acolhimento. Por conseguinte, é o profissional ideal para realizar o acolhimento.

O internamento é um evento gerador de stresse e, por isso, torna-se essencial ajudar o cliente dos cuidados a sentir-se à vontade, seguro e confiante. As práticas realizadas no acolhimento não são atos pontuais, na medida em que esta atitude deve permanecer ao longo do internamento para ir de encontro às necessidades do outro (Silva, 2010). Tal como indicado por Costa e colaboradores (2016), o acolhimento foi encarado ao longo dos diferentes estágios como uma ferramenta para a construção de vínculos e para o desenvolvimento de uma parceria mais colaborativa com o utente. É importante fazer com que a pessoa se sinta ouvida e envolvida nos cuidados, na medida em que contribui para a eficácia das intervenções de enfermagem. Quanto mais anónima e distante é a relação enfermeiro-cliente, mais difícil será discernir os aspetos relevantes para a resolução dos problemas.

No acolhimento, Elhart (1991 cit. por Silva, 2010) considera essencial os seguintes aspetos: apresentar-se ao cliente; orientar o cliente dentro da enfermaria e indicar-lhe os aspetos gerais do ambiente hospitalar e clínico; explicar as funções das pessoas responsáveis pela sua

assistência; assegurar que o cliente sabe quem é o seu médico durante o internamento; explicar ao cliente os seus direitos e deveres; recolher um conjunto de dados básicos referente ao cliente; e em colaboração com o cliente formular objetivos a curto e longo prazo para delinear o seu plano inicial de alta. Koch (2014) acrescenta algumas informações a fornecer no momento do acolhimento: aspetos estruturais do serviço ou da unidade da utente, as rotinas e as regras do serviço, como por exemplo os horários das refeições, as visitas médicas, as atividades de vigilância, os horários das visitas e a possibilidade de acompanhamento por familiares.

Durante o estágio, a apresentação pessoal como enfermeira e aluna do MESMO não foi descurada. O acolhimento realizado incluiu também a apresentação do serviço, a apresentação da enfermaria ou quarto e a localização do wc e da campainha para solicitar auxílio, a explicação das funções dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar, dos horários de visitas médicas e das atividades de vigilância protocoladas, assim como a apresentação das regras do serviço e do horário das visitas e refeições.

A prestação de cuidados personalizados exige também uma colheita de dados eficaz, que era concretizada através da consulta do processo clínico, da entrevista e do exame físico. A avaliação inicial de cada cliente é fundamental para a formulação de diagnósticos e respetivas intervenções, e para o acompanhamento da evolução do seu estado de saúde (Santos et al., 2011). No processo clínico eram obtidos dados como o motivo de internamento, os antecedentes pessoais, o historial obstétrico e a idade gestacional. Os restantes aspetos, como a medicação habitual, o contacto telefónico da pessoa significativa, os comportamentos de saúde (dieta, consumo de álcool/drogas, exercício físico, padrão de sono/repouso), e a frequência do curso de preparação para o parto e parentalidade, eram avaliados durante a entrevista, assim como a avaliação da adaptação à gravidez e a avaliação da ansiedade. O exame físico inicial incluía a monitorização dos sinais vitais, a avaliação da integridade da pele, a verificação da presença de edemas e a avaliação do compromisso nas atividades de autocuidado.

Sendo esta uma unidade clínica orientada para os desvios fisiopatológicos, surgem associadas ao papel do EESMO as intervenções resultantes de prescrições. O EESMO executa no seu exercício profissional intervenções interdependentes em todas as situações de médio e alto risco (OE, 2010). Neste ponto apresento como intervenções a administração da terapêutica farmacológica, perante o quadro clínico correspondente, e a implementação do repouso no leito consoante a prescrição médica. No entanto, face às necessidades encontradas ao longo desta aprendizagem,

destaca-se a importância das intervenções realizadas sob a iniciativa e responsabilidade do EESMO, prescritas e implementadas pelo mesmo, como serão descritas em seguida.

A prática profissional do EESMO no âmbito da gravidez com complicações exige determinadas atividades de vigilância perante o risco de repercussões no bem-estar materno-fetal. Esta prática diária incluía a monitorização de sinais vitais 1x/turno e a vigilância dos sinais de alarme. Ao avaliar a grávida procurava-se despistar sinais de TP (como rotura de membranas, expulsão do rolhão mucoso, perda sanguínea, sensação de peso hipogástrico contínuo ou dores abdominais/lombares). No caso concreto da grávida diagnosticada com pré-eclâmpsia avaliavam-se sintomas como edema generalizado, alterações na visão, cefaleias e epigastralgias, normalmente associados a um agravamento do quadro clínico. Após a administração de fármacos tocolíticos na APPT, nomeadamente por serem vasodilatores periféricos, era mantida uma vigilância de possíveis efeitos colaterais como tonturas, hipotensão arterial, cefaleias, palpitações cardíacas e rubor facial.

De igual modo, o EESMO é responsável pela avaliação do bem-estar materno-fetal através da CTG. Esta era realizada 1x/turno na maioria das grávidas internadas, baseando-se na análise de registos gráficos da FCF, da contratilidade uterina e da perceção dos movimentos fetais pela grávida.

Face à prescrição de repouso no leito, independentemente do quadro clínico em causa, destaca-se o foco de enfermagem, descrito na CIPE, Autocuidado: “manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (ICN, 2017). O compromisso inerente a esta situação, sobretudo no que diz respeito à higiene e ao uso do sanitário, implicou como intervenções de enfermagem o auxílio nestas atividades de vida diária.

De igual modo, destaca-se o foco Conhecimento, nomeadamente acerca da condição fisiopatológica em causa e relativo à preparação para o parto e parentalidade. Como tal, cabe ao EESMO dotar a grávida de conhecimentos relativos ao processo fisiopatológico, ao regime medicamentoso, ao regime dietético (quando aplicável, como na pré-eclâmpsia ou na DG), aos sinais de alarme e à prevenção de complicações. Neste último aspeto destaca-se a prevenção de tromboflebitides durante o repouso no leito, tendo sido útil ensinar e incentivar as grávidas a realizar exercícios de dorsiflexão e flexão plantar. O internamento prolongado compromete a frequência por parte da grávida nos programas de preparação para o parto e parentalidade. Contudo, o internamento não implica o descomprometimento com a aquisição de

conhecimentos, pelo contrário, na medida em que a presença contínua do EESMO permite o acesso a informações relativas ao parto, à amamentação, e aos cuidados ao RN, entre outros conteúdos, assim como identificar dúvidas e lacunas no conhecimento da grávida. Na prática foi possível identificar as necessidades em conhecimento e colmatá-las, principalmente no âmbito da promoção da higiene e conforto do RN, da amamentação, dos sinais de TP e do autocuidado no pós-parto. Sempre que possível, a grávida era incentivada a frequentar o curso de preparação para o parto e parentalidade disponível nas instalações do CMIN.

A adaptação à gravidez apresenta-se como um período de crise, sendo um momento de especial vulnerabilidade. A gravidez, por si só, implica uma vivência com maior stresse e ansiedade, e sabe-se que, perante um diagnóstico de gravidez de risco, a mulher vive estas emoções negativas com maior intensidade. Quando associada ao internamento numa unidade clínica, acentua-se o medo, o stresse e a ansiedade. Na sua investigação, Gourounti e colaboradores (2015) concluíram que cerca de 80% das mulheres com gravidez de alto risco apresentam níveis elevados de ansiedade e cerca de 50% delas apresentaram sintomatologia depressiva neste contexto.

A ansiedade na grávida pode ter múltiplas causas, quer seja pela própria condição fisiopatológica de risco, tanto para si própria como para o filho idealizado, quer pelas alterações impostas pelo internamento num ambiente desconhecido, associado frequentemente ao isolamento social e familiar. O internamento traz às grávidas a perda de autonomia, liberdade e privacidade, a separação da sua rede de apoio, a inversão dos papéis no seio familiar, e a sensação de perda de controlo e impotência (Rodrigues et al., 2016). Para além da verbalização de ansiedade, a grávida pode manifestá-la através de sinais físicos como a sudorese, perda de peso corporal e alterações no padrão alimentar, ou através de manifestações emocionais como a inquietação, a irritabilidade, a introspeção e a insónia. A evidência científica (Khianman et al., 2012) sugere que existe uma relação direta entre o stresse e a ansiedade materna e os desfechos obstétricos negativos com consequências a longo prazo na saúde da mulher e do RN.

Sempre que possível, foram promovidas as visitas de familiares e a presença do companheiro ou pessoa significativa. A rede de apoio social e a qualidade das relações significativas são particularmente importantes na adaptação da mulher à sua nova condição e, em particular, quando lida com níveis de stresse elevados. Este período deve ser acompanhado e apoiado por

familiares e amigos capazes de diminuir as dúvidas e inseguranças que possam aparecer, principalmente quando associadas à presença de uma condição fisiopatológica (Pio et al., 2015).

A gestão do ambiente é um fator crucial na diminuição da ansiedade, nomeadamente a manutenção de um ambiente calmo e tranquilo, assegurando a privacidade da cliente. De igual modo, a comunicação terapêutica é uma intervenção essencial, conseguida através da disponibilidade total do enfermeiro, da sua presença constante, do contacto visual e do timbre de voz adequado, de uma escuta ativa, demonstrando empatia e compreensão, assim como o silêncio quando preferível. A investigação de Grobman e colaboradores (2010) enfatiza a promoção da esperança neste contexto e o papel do profissional de saúde na promoção do suporte emocional adequado.

Mais ainda, foram incentivadas técnicas de distração, tendo em conta os gostos individuais de cada cliente. O entretenimento no serviço poderia ser obtido através da televisão nos quartos, assim como o telemóvel ou computador portátil com acesso à internet, ou outras atividades de lazer que eram encorajadas. Por outro lado, o relaxamento ativo foi sugerido às grávidas, através de aplicações para o telemóvel com músicas e técnicas de imaginação guiada. Estudos evidenciam que as terapias de relaxamento têm um impacto positivo no estado emocional da mulher, nos desfechos obstétricos (redução nas complicações durante a gravidez e parto) e no bem-estar fetal (redução da FCF após a intervenção) (Fink et al., 2012).

1.3. Prática baseada na evidência: revisão de literatura

A Prática Baseada na Evidência (PBE) define-se como um método de resolução de problemas da prática clínica que implica recorrer a publicações científicas de modo a recolher o que de mais recente a investigação demonstra, para proporcionar uma prestação de cuidados eficaz, segura e individual, baseada em evidência científica. O conhecimento científico encontra-se em desenvolvimento constante na sociedade atual, em particular na área da saúde. No entanto, nem toda a evidência possui o mesmo tipo de utilidade ou significado. A evidência resultante de uma

investigação científica implica a utilização de uma metodologia sistemática de recolha e análise dos dados, sendo por isso mais fiável para o processo de tomada de decisão (ICN, 2012).

Ao longo do tempo, a prática baseada na tradição transformou-se numa prática mais reflexiva, baseada no conhecimento científico. Esta abordagem envolve etapas como a definição do problema, a procura e análise de dados, a implementação da evidência científica na prática e a avaliação dos resultados obtidos (Galvão et al., 2002). No âmbito da enfermagem, a PBE subsidia o processo de tomada de decisão clínica, permitindo melhorar as práticas em saúde e redirecionar os cuidados prestados em função das reais necessidades de cuidados dos clientes. Por conseguinte, enquanto enfermeira, na minha prática profissional, tento obter, interpretar e integrar o conhecimento científico no dia-a-dia, relacionando estes elementos com a observação clínica e experiência profissional (Chrisman et al., 2014).

Devido à quantidade e complexidade de informação disponível no âmbito da saúde, surge a necessidade de organizar o conhecimento adquirido através de uma revisão da literatura. Esta tem como finalidade aprofundar o conhecimento numa área particular de estudo, através da síntese e organização sistemática dos resultados encontrados em diversas investigações sobre um tema. Mais ainda, tem como objetivo a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e a identificação de lacunas que orientem o desenvolvimento de investigações futuras (Mendes et al., 2008).

Segundo Mendes e colaboradores (2008), realizar uma revisão de literatura implica o cumprimento de seis etapas. A primeira etapa é considerada a mais importante e envolve a identificação do tema/hipótese/questão de pesquisa. Esta é a fase orientadora de todo o trabalho e por isso cabe ao investigador elaborar de forma clara e específica o tema a explorar ou a pergunta para a qual pretende obter respostas, assim como os objetivos da sua pesquisa e as palavras-chave para o estudo. A segunda etapa envolve a pesquisa nas bases de dados, que deve ser ampla, diversificada e contemplar diversas fontes, assim como o estabelecimento primordial de critérios de inclusão e exclusão dos artigos. Esta seleção dos artigos a serem incluídos deverá ser conduzida de forma criteriosa e clara pois tem um impacto preponderante na fiabilidade das conclusões finais. A terceira etapa é análoga à colheita de dados numa investigação tradicional e denomina-se como categorização dos estudos ou extração de informação. A informação recolhida deve abranger a amostra, os objetivos, a metodologia, os principais resultados e as conclusões de cada estudo. Na quarta etapa procede-se à avaliação

crítica dos estudos, podendo ser pertinente analisar o nível de evidência de cada artigo. A hierarquia de evidências proposta por Pompeo e colaboradores (2009) estará na base da análise de artigos apresentada neste trabalho, tal como se encontra descrito no **Quadro 2**. Por sua vez, a quinta etapa corresponde à interpretação dos resultados e envolve comparar os dados recolhidos dos artigos com o referencial teórico existente. Assim é possível identificar sugestões para a prática clínica, lacunas no conhecimento atual e orientar para investigações futuras. A sexta e última etapa implica a apresentação da revisão/síntese do conhecimento, ou seja, a discussão dos resultados. Nesta fase são apresentadas as conclusões e inferências provenientes de todo o processo de revisão, assim como qualquer possível viés de investigação e sugestões para trabalhos futuros.

Nível de evidência	Tipo de evidência
I	Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comités de especialistas

Quadro 2: Hierarquia de níveis de evidência (Pompeo et al., 2009).

1.3.1. Contextualização do tema

Na atualidade, as circunstâncias socioeconómicas potenciam uma tendência, cada vez mais prevalente nos países ocidentais, para o adiamento da primeira gravidez, em prol da estabilidade profissional e financeira do casal. Aliada à tendência de ter apenas um filho, também derivada da realidade social vigente, a gravidez torna-se um processo de grande investimento pessoal para a mulher/casal, associada a elevadas expectativas e a um projeto de vida (Camarneiro et al., 2015). A gravidez está, frequentemente, imbuída de vários significados para a mulher, podendo estar associada à confirmação da sua fertilidade, à materialização da relação conjugal, à consolidação da sua identidade como mulher e, posteriormente, como mãe, à continuidade da herança familiar e cultural, à realização pessoal e/ou ao cumprimento das expectativas sociais (Camarneiro et al., 2015). O recurso às tecnologias de diagnóstico precoce, imagiologia e ultrassonografia fetal permitem à mulher um contacto cada vez mais precoce com o seu bebé. Este facto, aliado aos significados que a gravidez tem para a mulher e ao investimento no projeto de maternidade, potenciam a ligação materno-fetal, mesmo em idades gestacionais precoces.

A transição para a parentalidade ocorre desde o início da gravidez e o facto da gravidez sofrer uma interrupção não prevista não anula este processo. Encarando esta transição como assente em grandes expectativas e significados, é possível compreender o impacto de uma interrupção involuntária e inesperada pode ter para a mulher/casal. Após o início da transição, nada volta a ser como era antes e, por isso, requer que a mulher reúna estratégias para orientar a sua transição no sentido do luto (Dias, 2012b).

Segundo Worden (2008, cit. por Dias, 2012b, p.30), o luto consiste num “processo cognitivo que implica que o indivíduo se confronte com a sua perda, com o significado dessa mesma perda, recordando as suas memórias acerca da pessoa falecida, e adaptando-se a uma nova realidade”. Kay e colaboradores (1997 cit. por Koch, 2014) consideram três fases no processo de luto: protesto, desorganização e reorganização. A fase de protesto caracteriza-se pela incapacidade de compreender o que aconteceu, manifestada por sentimentos de choque, incredulidade, negação e, posteriormente, pelo choro, agitação, raiva e/ou hostilidade, podendo durar de poucas horas até vários dias. A segunda fase – desorganização – está associada a uma progressiva

consciencialização da perda, com emoções dolorosas, sentimentos de tristeza, intensa solidão, isolamento e falta de sentido para a vida. Podem surgir queixas somáticas como alterações do sono, perda do apetite, desconfortos gástricos e/ou letargia. Na terceira e última fase – reorganização – a pessoa em luto vai reintegrando o seu interesse pelo mundo, as memórias dolorosas são atenuadas e surgem novas relações, atividades e interesses.

O processo de luto na perda gestacional é distinto e acarreta algumas particularidades. Segundo Dias (2012b), a mulher não perde apenas a gravidez, mas também ocorrem outras perdas com grande significado: a perda da pessoa amada, a perda de um desejo/sonho, a perda de auto-estima, a perda do estatuto enquanto grávida, e a perda existencial (do projeto de vida, do futuro). A natureza súbita e imprevisível desta perda tem também um grande impacto na mulher. Esta é uma perda que se processa ao nível do imaginário, sobretudo numa idade gestacional mais precoce, na medida em que não existe ainda um bebé real e assumido pela sociedade. A inexistência de evidências físicas, como é o caso dos movimentos fetais ou da formação ainda precoce do corpo humano nas ecografias, contribuem para esta sensação de perda abstrata (Santos, 2015). Existe, nestes casos, uma forte componente de desvalorização social perante este tipo de perda, o que pode dificultar ainda mais o processo de luto.

Segundo Santos (2015), apesar do processo de luto por perda gestacional ser semelhante ao processo de luto normal, existem cinco fases específicas para a sua evolução. A primeira fase consiste no embotamento emocional e negação. A fase seguinte caracteriza-se pela predominância dos sentimentos de raiva, podendo existir sentimentos de culpabilização pela possibilidade de ter causado ou contribuído para a morte do bebé. Na terceira fase, predominam a inveja e os ciúmes pelas outras mulheres grávidas ou que foram mães recentemente, existindo um evitamento de confrontação com estas mulheres. A quarta fase caracteriza-se pelo o retorno menstrual que se pode apresentar como uma dicotomia: por um lado está associado à confirmação da disponibilidade para uma nova gravidez, enquanto que por outro, pode ser encarado como um sinal de insucesso numa tentativa posterior de engravidar. Nalguns casos, ocorre a quinta fase, que ocorre quando a mulher volta a engravidar, em que só o nascimento de um bebé saudável permite a resolução do processo de luto.

A perda gestacional abrange um conjunto de situações de perda que se podem verificar ao longo da gestação ou após o parto, englobando o abortamento espontâneo, a gravidez ectópica, a gravidez anembrionária, a morte perinatal, a morte fetal (nado-morto), a morte neonatal, a

interrupção médica da gravidez e a interrupção voluntária da gravidez. Neste sentido, torna-se importante clarificar alguns destes conceitos.

Segundo Koch (2014), o abortamento espontâneo caracteriza-se pela expulsão total ou parcial dos produtos da concepção, com ou sem um feto que, existindo, pese menos de 500 gramas, até às 20-22 semanas de gestação. Verificando-se a existência de um sangramento de origem intrauterina antes de se completar este período gestacional, acompanhado, ou não, de contrações uterinas e com dilatação do cérvix, falar-se-á de um abortamento inevitável.

Ainda de acordo com o mesmo autor, na gravidez ectópica, a implantação do ovo fecundado ocorre fora da cavidade uterina, frequentemente nas trompas de Falópio. Estes casos, para além da perda da gravidez, podem estar associados a outras condições de morbilidade e mortalidade para a mulher, constituindo numa emergência obstétrica e ginecológica. Por outro lado, a gravidez anembrionária consiste na interrupção do desenvolvimento do embrião, apresentando-se apenas o saco gestacional, com ou sem saco vitelino.

De acordo com Dias (2012b), o conceito de morte perinatal não é totalmente claro, pois pode ser definido como a morte ocorrida entre as 20 semanas da gravidez e os primeiros sete dias de vida do bebé, ou como a morte ocorrida desde a fecundação até aos 28 dias de vida. O mesmo autor refere-se à morte fetal como a morte *in utero* no terceiro trimestre da gravidez, podendo também ser considerada como a morte durante o TP, designado como nado-morto. A expressão correspondente em inglês *stillbirth* traduz-se textualmente para “nascimento silencioso” e evidencia o silêncio, a tristeza, e o vazio associados ao nascimento de um bebé morto, uma contradição ao que é esperado num parto.

De igual modo, o autor define a morte neonatal como a morte de um bebé, independentemente da causa, após o seu nascimento mas no período neonatal (até aos 28 dias de vida), sendo que a Organização Mundial de Saúde (OMS cit. por Dias, 2012b) distingue a morte neonatal precoce (desde o parto até ao 7º dia de vida) da morte neonatal tardia (entre o 7º e o 28º dia pós-parto). Enquanto as mortes fetais se associam a complicações na gravidez ou problemas de saúde maternos, as mortes que ocorrem após o parto surgem principalmente devido a malformações graves, prematuridade, complicações obstétricas durante a gravidez ou parto ou infeções graves adquiridas em casa ou no hospital.

A interrupção voluntária da gravidez ocorre por opção da mulher e no período previsto na legislação em vigor. A interrupção médica da gravidez diz respeito à interrupção da gravidez quando estão em causa razões estritamente médicas e no período previsto na legislação em vigor. Segundo a Lei nº 16/2007, a interrupção da gravidez pode atualmente ser realizada em estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos desde que:

- Constitua o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- Se mostre indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, e seja realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
- Haja seguros motivos para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excecionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;
- A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez;
- Por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

A interrupção da gravidez por razões médicas configura um tipo particular de perda. Aliada à perda do bebé real, existe também a perda do bebé imaginário, pela presença de anomalias congénitas. A vivência deste tipo de perda tem, muitas vezes, início antes da morte fetal, iniciando-se após o diagnóstico da malformação, constituindo um tipo particular de luto – o luto antecipatório (Dias, 2012b).

Ao nível mundial, em 2015, destacou-se uma incidência de 18,4 mortes perinatais num total de 1000 gravidezes/partos (Alderdice, 2017). Em Portugal, os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015) revelam a ocorrência de 282 óbitos perinatais em 2013.

A experiência da mulher/casal nas instituições de saúde é muitas vezes condicionada pelas representações sociais associadas à perda gestacional. Sendo esta uma perda frequentemente desvalorizada pela sociedade, as necessidades destas mulheres/casais não são tidas como prioritárias. O próprio ambiente físico e estrutural das maternidades e serviços obstétricos não parece ter em conta as necessidades decorrentes de uma perda gestacional, como a privacidade

ou a ausência de contacto com grávidas, puérperas ou recém-nascidos, não havendo lugares especificamente construídos para receber estas mulheres. Também os profissionais de saúde na área da obstetria, tão direccionados para o nascimento e para a preservação da vida, parecem não estar preparados para lidar com a morte e a perda. Tal como Dubenetzky (2017) evidencia na sua investigação, os cuidados prestados às mulheres/casais perante uma perda gestacional são, frequentemente, ineficazes e insuficientes. Mais do que uma rotina obstétrica, estes casos devem ser abordados de forma individualizada e personalizada, sendo o EESMO o profissional mais indicado para o fazer, pois apesar da sua prática ser orientada para a vivência positiva da parentalidade, é o seu conhecimento especializado e a sua proximidade com a cliente que permitirá ultrapassar esta situação paradoxal entre assegurar a vida e apoiar na morte.

No contexto do estágio de gravidez com complicações, desenvolvido no serviço de Ginecologia e Medicina Materno-Fetal do CMIN, foram acompanhados alguns casos de perda gestacional, constatando-se dificuldades, enquanto estudante do MESMO, em compreender as verdadeiras necessidades destas mulheres e quais as intervenções que poderiam facilitar o seu processo de luto. Esta dificuldade suscitou a necessidade de refletir sobre as práticas recorrentes em ambiente hospitalar e perceber como podem ser melhoradas para satisfazerem as necessidades destas mulheres. Assim surgiu o interesse em investigar quais as intervenções de enfermagem que facilitam o processo de luto após a perda gestacional.

1.3.2. Questão orientadora

A revisão da literatura pressupõe, após a identificação do problema a ser estudado, a definição de uma pergunta de partida, na medida em que facilita a criação de uma estrutura lógica para a pesquisa na literatura e torna a recolha de informação mais eficaz. Esta pergunta deve consistir num enunciado claro, preciso e não equívoco que identifica os conceitos e a população-alvo a serem explorados e que sugere uma investigação empírica (Fortin, 2009). A formulação da pergunta de partida pode ser realizada através da estratégia PICO, em que o P corresponde aos Participantes do estudo, I ao fenómeno de Interesse e Co ao Contexto do estudo (Karino et al.,

2012). A aplicação da estratégia PICO à temática descrita no subcapítulo anterior encontra-se explícita no **Quadro 3**.

Participantes	Fenómeno de Interesse	Contexto
Mulheres/casais que sofreram perda gestacional	Intervenções de enfermagem	Luto após perda gestacional

Quadro 3: Aplicação da estratégia PICO para formulação da pergunta de partida.

Através da aplicação da estratégia PICO foi possível formular a seguinte questão: “Que intervenções de enfermagem facilitam o processo de luto em mulheres que sofreram perda gestacional?”

1.3.3. Método

Após a formulação da questão de partida é pertinente definir o método utilizado, mais concretamente, a pesquisa bibliográfica de evidência científica. Por este motivo, foram identificados os conceitos primordiais da temática escolhida:

- **Conceito 1** – Perda gestacional
- **Conceito 2** – Intervenções de enfermagem
- **Conceito 3** – Processo de luto

Com o objetivo de selecionar os termos de busca para a pesquisa nas bases de dados realizou-se a correspondência destes conceitos com os descritores disponíveis no *MESHbrowser*. Cada base de dados indexada possui um repertório alfabético de termos normalizados para classificar os seus artigos. Por este motivo, é essencial determinar os descritores que representam os conceitos principais da pergunta de partida. No caso concreto desta temática foram encontrados os descritores no *MESHbrowser*, apresentados no **Quadro 4**.

Perda gestacional	Intervenções de enfermagem	Processo de luto
<i>Fetal death</i>	<i>Nursing</i>	<i>Grief</i>
<i>Perinatal death</i>	<i>Nursing care</i>	<i>Mourning</i>
<i>Abortion</i>		<i>Bereavement</i>
<i>Stillbirth</i>		
<i>Miscarriage</i>		

Quadro 4: Descritores encontrados no MESHbrowser.

Em seguida, procedeu-se à adaptação da pergunta de partida à linguagem booleana, através da combinação dos descritores selecionados com os operadores booleanos. Estes são o AND (combinação restritiva), o OR (combinação aditiva) e o NOT (combinação excludente) (Santos et al., 2007). Por conseguinte, a pergunta de partida inicial traduz-se em linguagem booleana como: (Nursing OR “Nursing care”) AND (Grief OR Bereavement OR Mourning) AND (Stillbirth OR “Fetal death” OR “Perinatal death” OR Abortion OR Miscarriage).

A pesquisa foi realizada entre os meses de janeiro e março de 2018. As bases de dados utilizadas incluíram: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Nursing Reference Center* e *EBSCOhost*, que por sua vez inclui *Academic Search Complete*, *CINAHL Complete*, *CINAHL Plus with Full Text*, *MedicLatina*, *MEDLINE with full text* e *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, assim como o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Como critérios de inclusão foi definido que os artigos selecionados deveriam enquadrar-se num período temporal de publicação entre 2012 a 2018, com acesso ao texto integral e disponíveis em língua inglesa, portuguesa, espanhola e francesa. Como critérios de exclusão: estudos que descrevessem intervenções realizadas por outros profissionais de saúde que não enfermeiros, que focassem as experiências ou necessidades de outros familiares para além da mulher ou do casal, e estudos relacionados com a interrupção voluntária da gravidez, pela natureza da perda ser distinta.

Ao longo da pesquisa na *Cochrane Databases of Systematic Reviews* foi encontrada uma revisão sistemática da literatura. Através do motor de busca *EBSCOhost* foram obtidos 512 resultados no total. Após aplicação do critério de espaço temporal (2012-2018) ficaram 192 artigos, dos quais alguns eram repetidos e ficando, por isso, a pesquisa restrita a 106 artigos. Com base na leitura do título e análise do resumo, tendo em conta o tipo de estudo, os objetivos, a amostra,

os resultados e as conclusões, foram selecionados 48 artigos. Quando aplicados os critérios de exclusão destacaram-se 18 artigos, dos quais, após leitura integral, foram selecionados 14 artigos pela sua qualidade metodológica e pertinência científica. Na base de dados *Nursing Reference Center* não foram encontrados artigos distintos dos já selecionados. Relativamente à pesquisa no RCAAP produziram-se 59 resultados, dos quais 30 se encontravam no período temporal em questão. Após análise dos títulos e resumos foram selecionados oito artigos, mas quatro deles não cumpriram os critérios definidos e, após uma leitura integral dos restantes quatro, foram selecionados dois artigos.

1.3.4. Resultados

Após a seleção dos estudos, estes foram submetidos a uma avaliação da qualidade metodológica e do nível de evidência científica, através da classificação proposta por Pompeo e colaboradores (2009). Dos estudos selecionados, dois enquadram-se no nível I, uma vez que correspondem a revisões sistemáticas de estudos com várias metodologias, incluindo ensaios clínicos randomizados controlados relevantes, dois correspondem ao nível V por serem revisões sistemáticas de estudos qualitativos, onze são estudos descritivos e qualitativos, correspondendo ao nível VI, e um corresponde ao nível VII por se basear em opiniões de peritos. Sendo esta uma avaliação satisfatória em termos de qualidade e pertinência científica, todos os estudos permaneceram integrados na revisão e submetidos a análise. Para facilitar a compreensão dos estudos em causa, as suas características metodológicas e principais resultados são apresentados no **Quadro 5**.

Título/Autor(es)/Ano/País	Objetivo(s)	Metodologia/Amostra	Principais Resultados	Nível de evidência
<p><i>“Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: results from an online survey”</i> Paul Cassidy 2018 Espanha</p>	<p>Identificar e avaliar as práticas hospitalares espanholas relativamente à morte intrauterina e as necessidades das mulheres neste contexto</p>	<p>Estudo descritivo Foi aplicado um questionário publicado online, divulgado por uma associação relacionada com a perda gestacional. Responderam 796 mulheres que experienciaram morte fetal a partir das 16 semanas de gestação.</p>	<p>Suscitou-se a necessidade de serem criadas oportunidades para o contacto com o bebé, após a morte, e preservar objetos com ligação afetiva ao bebé. Mais ainda, as mulheres destacaram a importância de receberem informação detalhada e baseada na evidência científica como apoio para a tomada de decisão.</p>	<p>VI</p>
<p><i>“Interdisciplinary guidelines for care of women presenting to the emergency department with pregnancy loss”</i> Anita Catlin 2018 EUA</p>	<p>Criar um guia para a prática de forma a melhorar os cuidados prestados a mulheres que experienciam uma perda gestacional</p>	<p>Opinião de peritos Em Abril de 2016 as associações americanas <i>National Perinatal Association</i> e a <i>Kaiser Permanente Northern California Nursing Research Community</i> organizaram uma conferência interdisciplinar para explorar as necessidades das mulheres que recorrem ao serviço de urgência por perda gestacional. Participaram 32 peritos na área, incluindo EESMO, obstetras, assistentes sociais, psicólogos, autores e casais, alguns destes representantes de instituições relacionadas com a temática, e, em conjunto, elaboraram um guia com sugestões para a prática.</p>	<p>Sugeriram-se as seguintes práticas: Providenciar o diagnóstico da perda ou acompanhar no processamento da perda de uma forma honesta, empática e culturalmente competente; Avaliar o significado da perda para a mulher/casal e adequar os cuidados prestados; Providenciar espaço e tempo para processar a perda e ter em conta a natureza individual de cada luto; Adequar a forma como o bebé ou produtos de concepção são (ou não) apresentados à mulher/casal; Apoiar na tomada de decisão sobre procedimentos médicos, envolvimento da família, criação de memórias e o ato da despedida; Orientar a mulher/casal para recursos na comunidade e grupos de apoio.</p>	<p>VII</p>
<p><i>“All bereaved parents are entitled to good care after stillbirth: a mixed-methods multicentre study (INSIGHT)”</i></p>	<p>Identificar os desafios na prestação de cuidados após morte fetal e</p>	<p>Focus group Foi realizada uma entrevista semi-estruturada a 21 mulheres e a 14 acompanhantes em</p>	<p>Destacou-se a necessidade de providenciar às mulheres ou ao casal a oportunidade de exprimir sentimentos, receios e dúvidas, assim como proporcionar tempo para processar as emoções e</p>	<p>VI</p>

<p>D. Siassakos; S. Jackson; K. Glesson; C. Chebsey; A. Ellis; C. Storey 2017 Reino Unido</p>	<p>providenciar soluções</p>	<p>situação de perda gestacional com mais de 23 semanas de gestação em 3 maternidades no sul de Inglaterra. Paralelamente decorreram 3 focus groups constituídos por pelo menos 2 obstetras, 2 internos da especialidade de obstétrica e 2 EESMO com experiência de trabalho >5 anos, com o intuito de produzirem recomendações para a prática.</p>	<p>tomar decisões. A escolha do tipo de parto deve tomar em conta os desejos da mulher/casal e os profissionais devem considerar que a mulher pode não se sentir preparada para um parto vaginal. A analgesia deve ser discutida com a mulher e administrada com o seu consentimento. Mais ainda, os cuidados <i>post-mortem</i> devem ser discutidos com o casal e estes integrados em todo o processo. O apoio emocional é considerado como fundamental neste contexto. Relativamente ao apoio após a alta, destaca-se a necessidade de providenciar informação sobre o que esperar nesta fase e desenvolver linhas claras de comunicação entre os cuidados primários e secundários.</p>	
<p><i>“Exploring parents’ experiences of care in an Irish hospital following second-trimester miscarriage”</i> Sarah Cullen; Barbara Coughlan; Brenda Casey; Sheila Power; Mary Brosnan 2017 Irlanda</p>	<p>Descrever as experiências dos casais após perda gestacional no segundo trimestre</p>	<p>Estudo exploratório Foram realizadas 14 entrevistas semi-estruturadas a casais que experienciaram perda gestacional no segundo trimestre (entre 12 e 24 semanas de gestação) numa maternidade em Dublin</p>	<p>Foi destacada a compaixão e empatia demonstrada pelos profissionais de saúde, nomeadamente na comunicação verbal e não-verbal, e a prestação de cuidados sensíveis, assim como o respeito demonstrado nos cuidados ao bebé, o apoio emocional e a oportunidade de ver, tocar e criar memórias do bebé. Por outro lado, foi destacada a utilização de terminologia insensível como fonte de stresse com impacto a longo prazo.</p>	<p>VI</p>
<p><i>“Support program for women suffering grief after termination of pregnancy: A pilot study”</i> Punpilai Sriarporn; Sue Turale; Nuananong Lordee; Sawanee Liamtrirat; Wasana Hanpra; Authid Kanthino 2017 Tailândia</p>	<p>Descrever os efeitos do programa <i>“Information and Emotional Support Program for Women after Pregnancy Termination”</i></p>	<p>Estudo descritivo O programa foi implementado num grupo de 30 mulheres ao longo de 2 semanas, por enfermeiras com mais de 10 anos de experiência na área de cuidados pós-natais e aconselhamento de mulheres em luto. O programa contém 5 fases: 1- Avaliação do luto através do <i>“Grief</i></p>	<p>Com a implementação do programa, as participantes evidenciaram um nível de luto inferior: entre o nível baixo e moderado. Os autores consideram que este programa pode ser eficaz na assistência a mulheres durante o processo de luto após perda gestacional.</p>	<p>VI</p>

		<p><i>Questionnaire for Women after Pregnancy Termination</i></p> <p>2- Análise das necessidades de cada mulher através de uma entrevista semi-estruturada</p> <p>3- Providenciar apoio emocional e informação, em relação ao diagnóstico, ao processo de luto e à recuperação física e emocional</p> <p>4- Apoio contínuo por telefone</p> <p>5- Entrevista final por telefone</p>		
<p><i>“Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents’ and healthcare professionals’ experiences”</i></p> <p>Allison Ellis; Caroline Chebsey; Claire Storey; Stephanie Bradley; Sue Jackson; Vicki Flenady; Alexander Heazell; Dimitrios Siassakos</p> <p>2016 Reino Unido</p>	<p>Identificar as experiências e necessidades em cuidados dos casais e profissionais de saúde perante morte fetal após as 24 semanas de gestação</p>	<p>Revisão sistemática da literatura</p> <p>Foram analisados 52 estudos qualitativos e quantitativos, dos quais 40 se centravam nas experiências dos casais e 14 nas experiências dos profissionais de saúde (2 estudos englobavam ambas as perspetivas).</p>	<p>Foram descritas experiências similares entre os casais e os profissionais de saúde, nomeadamente nos domínios “apoio emocional” e “continuidade de cuidados”. Algumas associações são também evidentes: enquanto os profissionais de saúde identificam o distanciamento como uma estratégia de coping perante os desafios emocionais, os casais evidenciaram a sensação de abandono e desvalorização como um fator de stresse. Tanto os casais como os profissionais de saúde referiram sugestões de melhoria para o SNS no âmbito de “Investigação e treino profissional”, “Continuidade de cuidados” e “Criação de <i>guidelines</i> hospitalares e na comunidade”.</p>	I
<p><i>“Provision of Meaningful Care at Diagnosis, Birth, and after Stillbirth: A Qualitative Synthesis of Parents’ Experiences”</i></p> <p>Karolina Lisy; Micah Peters; Dagmara Riitano;</p>	<p>Identificar as intervenções de enfermagem no período de diagnóstico, período expulsivo e</p>	<p>Revisão sistemática da literatura</p> <p>Foram analisados 20 estudos com várias metodologias (qualitativas, descritivas, fenomenológicas,</p>	<p>Na fase do Diagnóstico identificaram a Comunicação sensível e honesta; Informação clara e compreensível; Minimizar atrasos ou ambiguidade no diagnóstico; Compreender e respeitar estados emocionais individuais.</p>	V

<p>Zoe Jordan; Edoardo Aromataris 2016 Austrália</p>	<p>após a expulsão, em situação de morte perinatal com idade gestacional >20 semanas.</p>	<p>etnográficas e (<i>grounded theory</i>).</p>	<p>No Período de Indução e Expulsivo destacam Comunicação sensível e honesta; Evitar terminologia médica/técnica; Inclusão do pai/acompanhante; Respeito pela necessidade individual de tempo entre o diagnóstico e a indução; Colaborar na tomada de decisão sobre o tipo de parto. Para os Cuidados Imediatos após a Expulsão foram indicados: Respeito pelo bebê; Disponibilizar contacto com o bebê; Sugestões de criação de memórias.</p>	
<p><i>“Quando a morte antecede o nascimento: Atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetricia na assistência à mulher que vivência uma morte fetal”</i> Ana Casalta Miranda 2016 Portugal</p>	<p>Descrever as experiências vivenciadas por mulheres após morte perinatal e pelos EESMOs que prestam cuidados neste âmbito</p>	<p>Estudo exploratório Foi realizada uma entrevista semi-estruturada a mulheres que vivenciaram uma perda gestacional e aos EESMOs no Centro Hospitalar Barreiro Montijo. Amostra não probabilística, de conveniência, composta por 25 EESMOs que desempenham funções no CHBM. Amostra não probabilística, de conveniência, composta por 10 mulheres que experienciaram situações de perda gestacional e foram internadas no CHBM.</p>	<p>Foram identificadas as seguintes práticas facilitadoras do processo de luto pelas mulheres: “Proporcionar um ambiente seguro e resguardado”; “Escuta empática e ativa”; “Respeito pela sua cultura, raça, religião, valores e crenças”; “Informação e a forma como é transmitida”; “Proporcionar tempo para interiorizar, reformular a informação, recorrer a uma linguagem acessível”; “Acompanhamento constante”; “Sensibilidade às manifestações verbais e não-verbais da dor”; “Aplicação de técnicas não farmacológicas e farmacológicas para alívio da dor”; “Facilitar o acompanhamento e o apoio emocional por parte do marido/acompanhante/família”; “Não serem tratadas como um caso clínico” e “Falta de apoio após a alta hospitalar” Para os EESMOs a sua prática neste âmbito implica: “Reações de defesa perante o sofrimento”; “Práticas sustentadas na escuta, empatia, respeito e disponibilidade”; “Proporcionar um ambiente adequado e resguardado”; e “Necessidade de formação na área da comunicação das más notícias e vivência do luto”.</p>	<p>VI</p>

<p><i>"Care provision during termination of pregnancy following diagnosis of a severe congenital anomaly – A qualitative study of what is important to parents"</i></p> <p>Robyn Lotto; Natalie Armstrong; Lucy K. Smith 2016 Reino Unido</p>	<p>Descrever as experiências das mulheres e casais após a decisão de terminar a gravidez pelo diagnóstico de anomalia congénita</p>	<p>Estudo exploratório Foram realizadas 18 entrevistas semi-estruturadas a casais 6-8 semanas após a interrupção médica da gravidez</p>	<p>Na maioria dos casos, os casais sentiram que os cuidados recebidos não se adequaram às necessidades que sentiram. Em particular destacaram o período entre a tomada de decisão e a indução do parto, no qual sentiram que o processo foi demasiado técnico e que os profissionais eram frios e distantes. Durante o período expulsivo, sentiram-se isolados e muitas vezes completamente sozinhos, sem acompanhamento pelo EESMO. Também destacam a falta de um espaço físico exclusivo para a perda gestacional. Após o parto, a decisão de ver o bebé teve um impacto variável: ao apresentar malformações visíveis acabou por validar a decisão tomada, enquanto que numa malformação assintomática os casais mantiveram os níveis de ansiedade e culpa gerada pela decisão.</p>	<p>VI</p>
<p><i>"Dying at life's beginning: Experiences of parents and health professionals in Switzerland when an 'in utero' diagnosis incompatible with life is made"</i></p> <p>Valerie Fleming; Irina Iljuschin; Jessica Pehlke-Milde; Franziska Maurer; Franziska Parpan 2016 Suiça</p>	<p>Descrever a prestação de cuidados perante um diagnóstico incompatível com a vida in utero</p>	<p>Estudo exploratório Foram realizadas 61 entrevistas semi-estruturadas: 32 casais e 29 profissionais de saúde (3 enfermeiros, 15 EESMO, 5 médicos, 2 psicólogos, 1 assistente social, 2 conselheiros espirituais, 1 diretor funerário).</p>	<p>Os profissionais de saúde identificaram 4 fases na sua prestação de cuidados: diagnóstico; tomada de decisão; parto/morte fetal; cuidados após a expulsão fetal. Contudo, na perspetiva dos casais existem 6 temáticas principais neste processo: o choque inicial; a tomada de decisão; assumir a responsabilidade; manter a gravidez; formar uma relação com o bebé; e despedir-se do bebé.</p>	<p>VI</p>
<p><i>"Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers"</i></p> <p>Micah Peters; Karolina Lis; Dagmara Riitano; Zoe Jordan; Edoardo Aromataris 2015 Austrália</p>	<p>Identificar as intervenções de enfermagem utilizadas pelos EESMOs para uma prestação de cuidados sensíveis e culturalmente competentes</p>	<p>Revisão sistemática da literatura Foram analisados 22 estudos qualitativos. Um grupo de peritos, constituído por investigadores na área da morte fetal, EESMOs e casais que experienciaram morte perinatal, foram contactados para</p>	<p>As intervenções mais destacadas nesta área consistiam em providenciar apoio e informação na tomada de decisão. Não é definido qualquer tipo de intervenção mais adequada (ex: ver e tocar o bebé ou guardar recordações), pois é destacada a importância de oferecer uma possibilidade de escolha. Uma das áreas que carece mais intervenção consiste no</p>	<p>V</p>

	após morte perinatal (após as 20 semanas gestação)	participar na criação das sugestões para a prática.	acompanhamento e continuidade de cuidados, na medida em que os casais evidenciam a falta de recursos institucionais após a alta.	
<p><i>“Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives”</i> Sue Steen 2015 Espanha e EUA</p>	Identificar as diferenças entre as intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de luto após morte perinatal utilizadas em Espanha e nos EUA.	<p>Estudo comparativo Foi aplicado um questionário elaborado por Gardner (1999) a uma amostra dos EUA que incluiu 42 enfermeiros e 2 EESMO e uma amostra de Espanha que incluiu 5 enfermeiros e 10 EESMO.</p>	As intervenções de enfermagem na realidade espanhola incidem no âmbito da comunicação (verbal e não-verbal), ao facilitar uma escuta ativa, pela presença constante e ao facilitar a comunicação de emoções. Por outro lado, na realidade americana são destacadas as intervenções relacionadas com o contacto com o bebé, oferecer fotografias e lembranças e reconhecer o bebé pelo seu nome. O acompanhamento posterior na comunidade foi assinalado como o recurso menos utilizado, permitindo inferir as necessidades neste âmbito.	VI
<p><i>“Ultrapassar a perda involuntária da gravidez: um modelo de intervenção de enfermagem”</i> Maria Cândida Koch 2014 Portugal</p>	Descrever as necessidades de cuidados após perda involuntária da gravidez e as intervenções de enfermagem que facilitam o processo de luto	<p>Estudo exploratório Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a mulheres em situação de perda involuntária de gravidez até às 22 semanas de idade gestacional, em três instituições hospitalares, numa amostra de 92 mulheres.</p>	Através de análise de conteúdo surgiram três temas principais: Viver a perda, Ser cuidada e Ultrapassar a perda. Mais concretamente, no parâmetro Ser cuidada, na categoria “Pelos enfermeiros”, destacam-se as seguintes dimensões essenciais para a prática de cuidados: “Acolhimento” (Proporcionar ambiente adequado; Apresentação pessoal; Esclarecer as rotinas do serviço); “Afetividade” (Toque terapêutico; Empatia); “Disponibilidade” (Lidar com emoções; Comunicação; Escuta ativa; Partilha de experiências); “Acompanhamento/Presença” (Relação terapêutica; Sensibilidade às necessidades emocionais); “Profissionalismo” (Preservar a privacidade; Manter a dignidade); “Controlo da Dor” (Métodos farmacológicos e não farmacológicos); “Informação” (Sobre o processo de abortamento; Sobre o regresso a casa; Linguagem acessível).	VI

			Salientou-se a necessidade de melhoria ao nível da informação disponibilizada sobre o processo e atitudes terapêuticas, suporte emocional e preparação para a alta. A disponibilidade para apoiar, apresentada pelos enfermeiros, não era uniforme e alguns dos cuidados limitaram-se à satisfação das necessidades físicas, ou a intervenções resultantes de prescrição.	
<p><i>“Seeing or not seeing: Taiwan’s parents’ experiences during Stillbirth”</i> Jui-Chiung Sun; Wenmay Rei; Shuh-Jen Sheu 2014 Taiwan</p>	Compreender a tomada de decisão entre ver ou não ver o bebé após a perda gestacional	<p>Estudo exploratório</p> <p>Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a 12 casais que experienciaram uma perda gestacional.</p>	Para os casais que optaram por ver o seu bebé, esta decisão teve vários significados: permitiu aceitar a perda e validar a morte; permitiu evitar o arrependimento futuro de não terem visto o seu bebé; constituiu uma oportunidade para se despedirem; permitiu a criação de memórias positivas; validou a existência do bebé e a sua importância. Por outro lado, os casais que escolheram não ter contacto com o bebé fizeram-no pelos seguintes motivos: cortar a ligação emocional com o bebé; prevenir a criação de memórias negativas, associado ao medo de uma aparência deformada; e evitar sentimentos de culpa ou responsabilidade pela morte do bebé.	VI
<p><i>“Support for mothers, fathers and families after perinatal death”</i> Laura Koopmans; Trish Wilson; Joanne Cacciatore; Vicki Flenady 2013 Austrália</p>	Identificar os efeitos das intervenções (médicas, de enfermagem, psicológicas, de apoio social ou comunitário) em casais e famílias que experienciam morte perinatal	<p>Revisão sistemática da literatura</p> <p>Foram encontrados 4 estudos experimentais aleatórios que abordam todo e qualquer tipo de apoio no processo de luto de mães, pais e famílias que experienciam morte perinatal (após as 20 semanas de gestação).</p>	Devido à grande lacuna de estudos experimentais aleatórios nesta área da investigação, não foi possível determinar <i>guidelines</i> claras para a prestação de cuidados perante a morte perinatal. No entanto, os autores procederam à leitura de estudos não aleatórios e construíram uma lista de intervenções potencialmente úteis para facilitar o processo de luto: Providenciar opções após o diagnóstico de morte fetal; Ver e tocar no bebé; Criar memórias; Fontes de informação e recursos formais; Apoio social e comunitário; e Prestação de	I

			cuidados culturalmente competentes.	
<p><i>“Pregnancy termination due to fetal anomaly: Women’s reactions, satisfaction and experiences of care”</i></p> <p>Nina Asplin; Hans Wessel; Lena Marions; Susanne Ohman; 2013 Suécia</p>	<p>Identificar as necessidades percebidas pelas mulheres que realizaram uma interrupção médica da gravidez por malformação fetal</p>	<p>Estudo exploratório</p> <p>Realizadas entrevistas semi-estruturadas a 11 mulheres que realizaram uma interrupção médica da gravidez</p>	<p>As mulheres enfatizaram que os profissionais de saúde devem ter boas capacidades comunicativas, promover a esperança e respeitar as suas decisões. O impacto emocional negativo da IMG perdurou até aos 3 meses. Algumas mulheres tiveram reações positivas quando lhes foram proporcionados cuidados empáticos e personalizados.</p>	<p>VI</p>

Quadro 5: Análise dos estudos incluídos na revisão.

1.3.5. Discussão

Após a análise dos resultados encontrados confirma-se o impacto das práticas de enfermagem na vivência da perda pela mulher/casal. No sentido de facilitar a compreensão dos resultados encontrados foram constituídas seis temáticas principais que organizam as diversas intervenções de enfermagem consoante a fase da perda: “Boas práticas de enfermagem”, “Diagnóstico da perda”, “Preparação para o processo de abortamento/parto”, “Período expulsivo”, “Cuidados após o período expulsivo”, “Preparação para a alta e acompanhamento na comunidade”.

Boas práticas de enfermagem

Este tema remete para a perceção das mulheres com vivência de perda gestacional acerca dos cuidados que lhes foram prestados durante todo o processo da perda. Neste âmbito surgem as intervenções “Gerir o ambiente”, “Proteger as crenças culturais” e “Escutar”.

Na sua generalidade, o ambiente hospitalar parece potenciar uma resposta negativa durante todo este processo. Os sons comuns nos serviços de obstetrícia, como o choro dos recém-nascidos, os batimentos cardíacos audíveis na monitorização cardiotocográfica e as vocalizações

de mulheres em TP constituem fontes adicionais de stresse para as mulheres neste contexto. Mais concretamente, segundo Peters e colaboradores (2015), os casais procuram um ambiente seguro e resguardado, idealmente numa área privada ou especialmente designada para a prestação de cuidados perante uma perda gestacional. No estudo realizado por Lotto e colaboradores (2016) alguns casais foram internados em suites resguardadas dentro do núcleo de partos, enquanto que outros tiveram acesso a um serviço especialmente designado para o efeito. No entanto, mesmo neste último caso existiam algumas restrições, nomeadamente na acessibilidade à analgesia epidural, que era apenas realizada no núcleo de partos. Posteriormente, os casais eram frequentemente transferidos para o serviço de puerpério, o que constituiu um fator de stresse adicional.

A continuidade de cuidados é imprescindível. A comunicação multidisciplinar contribui para este aspeto, na medida em que estas mulheres revelam que o facto de terem que repetir a sua história clínica e diagnóstico a múltiplos profissionais torna-se desgastante e perturbador. Algumas mulheres verbalizam o desejo de manter o acompanhamento pelo mesmo profissional durante todo o processo mas este é frequentemente impossível de concretizar (Peters et al., 2015). No entanto, intervenções orientadas de acordo com a iniciativa *Hospice Friendly Hospitals Programme* (Cullen, 2017), sugerindo a colocação de um símbolo na porta/parede do quarto de uma mulher em vivência de perda gestacional, podem ser uma alternativa para garantir que todos os profissionais em contacto direto com a mulher tenham conhecimento da situação.

No âmbito dos cuidados transculturais, o EESMO coloca de lado os seus próprios valores e crenças para poder proporcionar cuidados de qualidade, baseados no respeito pela cultura, etnia, religião, valores e crenças das mulheres. Alguns grupos culturais possuem crenças e práticas de luto específicas. Algumas necessidades particulares como despedir-se do bebé na sua língua materna ou certos rituais fúnebres devem ser respeitados. Os casais apreciam profissionais que reconhecem e respeitam esta individualidade cultural (Peters et al., 2015). O EESMO deve estar atento e não impôr o modelo de luto ocidental quando este não se aplica, pois para certas culturas a perda gestacional pode não ter o mesmo significado ou pode não ser motivo para manifestações abertas de pesar e tristeza (Koopmans et al., 2013). Apesar de tudo o EESMO deve privilegiar as necessidades individuais de cada mulher, pois estas podem mesmo se sobrepôr à cultura/religião a que pertence.

A relação enfermeiro-cliente é crucial neste contexto. No âmbito desta relação humanista e, para que esta seja construída, a comunicação e em particular a escuta ativa são componentes essenciais (Koch, 2014). Os casais que vivenciam uma perda gestacional procuram validação das suas emoções e empatia nos cuidados prestados. Esta situação é sentida como a morte de um bebé e não como um mero evento médico. Por este motivo procuram profissionais compreensivos, sensíveis e empáticos (Peters et al., 2015).

Segundo Cullen (2017), para uma escuta empática devem cumprir os seguintes princípios: ouvir atentamente, evitar momentos de distração, concentrar-se no que é dito, evitar interpretações/generalizações/comparações/juízos de valor, confirmar o que é dito e demonstrar que foi compreendido, proporcionar respostas refletidas e utilizar o toque e o silêncio como ferramentas terapêuticas quando apropriadas. A comunicação, quando irrefletida, desinteressada e sem consideração torna-se numa fonte de stresse adicional. Expressões como “pílula do aborto” (ao descrever a indução do parto) ou “colocar os restos no saco/frigorífico” (ao descrever os produtos de conceção) são terminologias insensíveis que devem ser evitadas. O EESMO ao expressar as suas condolências e validar o significado desta perda para o casal está a contribuir para a evolução gradual do processo de luto. Os comportamentos, atitudes e verbalizações dos profissionais causam um impacto memorável, a longo prazo, nestes casais.

Diagnóstico da perda

Na fase do diagnóstico da perda gestacional foram analisadas as seguintes intervenções de enfermagem: “Informar sobre a perda”, “Avaliar a aceitação do estado de saúde”, “Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos”, “Estar presente”.

O ato de comunicar uma má notícia é frequentemente exigente e stressante para os profissionais de saúde. No entanto, fazê-lo de um modo cuidado, mesmo que não diminua a dor sentida no momento pela mulher, pode minimizar o impacto a longo prazo deste evento traumático. Segundo Koch (2014), a informação que se disponibiliza e a forma como o fazemos afetam a mulher/casal na sua compreensão e aceitação, bem como no seu bem-estar e na sua capacidade de coping. Apesar deste ato não cair diretamente no âmbito da responsabilidade profissional do enfermeiro, cabe ao mesmo garantir o bem-estar da mulher/casal neste momento. Como tal, pode ser necessário transmitir informação acerca do diagnóstico de perda, devendo ser feito de forma clara e direta, mas sensível às reações da mulher/casal. O momento em que a notícia é

comunicada permanece para sempre gravado na memória destas mulheres e, sendo feito com respeito, sensibilidade e empatia, ajudará na vivência desta experiência a longo prazo.

Na comunicação do diagnóstico devem ser minimizados os atrasos na sua confirmação e transmissão. Na sua investigação Siassakos e colaboradores (2017) identificaram um longo período de espera entre a chegada ao serviço de urgência, o atendimento por profissionais de saúde e a comunicação do diagnóstico de perda, inclusive algumas situações em que a mulher/casal foram orientados para regressar no dia seguinte sem qualquer tipo de confirmação dos seus receios. Para a mulher/casal isto constitui uma desvalorização da sua situação e dos sinais que a levaram a recorrer ao serviço de urgência (ex: perda sanguínea, diminuição da percepção de movimentos fetais). Mais ainda, a mulher/casal sente este atraso como um evitamento e distanciamento por parte dos profissionais de saúde.

É importante que a informação seja transmitida de uma forma clara, compreensível e fornecida no *timing* correto. Pode ser também necessário repetir ou reformulá-la, proporcionando espaço para a colocação de questões/dúvidas. Os procedimentos a seguir devem ser explicados de forma simples e clara, sem termos técnicos ou elaborados, sendo minimizada qualquer ambiguidade na linguagem. Expressões abruptas e insensíveis são traumatizantes e devem ser evitadas (Ellis et al., 2016).

Devido ao seu estado emocional, a mulher/casal pode não se encontrar preparada para processar toda a informação disponível. Por conseguinte, torna-se necessário proporcionar tempo e espaço ao casal para integrarem a má notícia, expressarem emoções e ponderarem as decisões a tomar. Lisy e colaboradores (2016) indicam que as mulheres/casais podem mesmo necessitar de voltar para casa em vez de serem imediatamente internadas, no sentido de analisarem as opções com tempo, continuarem o processo de luto num ambiente familiar e prepararem alguns objetos considerados relevantes para o momento (o enxoval, uma máquina fotográfica). Este tempo para interiorizar a perda é essencial para iniciar o processo de luto e oferece às mulheres/casais o *empowerment* possível numa situação que, frequentemente, sentem como fora do seu controlo. Miranda (2014) acrescenta que este tempo permite à mulher/casal que recupere do choque inicial e evolua para a fase reativa do luto, retomando o seu estado pleno de consciência sobre o ocorrido e o seu significado.

Ao avaliar a aceitação da perda, é importante identificar a reação inicial e as respostas à perda, assim como o seu significado para a mulher/casal. Para muitos, a perda gestacional constitui uma

perda tão significativa como a perda de uma criança/familiar querido. É por isso essencial determinar como esta experiência está a ser vivida e assimilada, não só pela mulher como também pelo seu companheiro, pelo casal em conjunto e no seio familiar, no caso de existirem outros filhos ou no caso dos avós (Catlin, 2018).

A reação inicial perante a perda pode incluir uma variedade de emoções. As reações são únicas e muitas vezes imprevisíveis, desde tristeza, à raiva e à negação, podendo mesmo surgir expressões de agressividade verbal ou física. Para o enfermeiro é essencial manter a calma, compreender e respeitar os estados emocionais individuais e validar as emoções sentidas por estas mulheres (Ellis et al., 2016).

Nas consultas de vigilância da gravidez e ao recorrerem ao serviço de urgência, por diversos motivos, muitas mulheres nem sempre têm a possibilidade de serem acompanhadas por um familiar e raramente esperam um desfecho negativo. É nesta situação que muitas mulheres se confrontam com notícias avassaladoras e sem qualquer rede de apoio disponível (Miranda, 2014). Na maioria destes serviços hospitalares não existem procedimentos específicos para garantir o apoio a estas mulheres: não existe um enfermeiro destacado para fornecer apoio e não é disponibilizado um espaço isolado para lidar com o choque inicial, ou mesmo garantir que um familiar é contactado. É neste momento tão vulnerável que estas mulheres se encontram totalmente desprotegidas. Segundo a investigação de Koch (2014), as mulheres perante a notícia de uma perda gestacional têm necessidade de partilhar o desgosto com alguém, exprimir livremente as suas emoções e sentir o apoio de alguém, preferencialmente uma pessoa de confiança. Quando isto não é possível, cabe ao enfermeiro garantir o acompanhamento necessário e constante e mostrar disponibilidade, avaliar os sistemas de apoio disponíveis para a mulher e evitar a sua solidão no momento.

Preparação para o parto/abortamento

Nesta temática foram analisadas as seguintes intervenções de enfermagem: “Apoiar no processo de tomada de decisão” e “Providenciar informação”.

Após o diagnóstico, a mulher é confrontada com a necessidade de optar por uma atitude expectante ou interromper a gravidez e, na segunda opção, qual o tipo de parto que pretende. Segundo Fleming e colaboradores (2016), as mulheres nesta fase são frequentemente

pressionadas para tomar a decisão no momento do diagnóstico. Os profissionais de saúde entendem que é importante acelerar todo o processo para que esta experiência seja ultrapassada rapidamente. No entanto, esta investigação comprova a importância do respeito pela necessidade individual de tempo para a tomada de decisão. Neste sentido, Peters e colaboradores (2015) concluem que, enquanto algumas mulheres preferem a indução e que o parto ocorra o mais rápido possível, outras apreciam a possibilidade de discutir as opções no domicílio, com tempo e na presença do companheiro ou pessoa significativa.

Quando a mulher opta pela interrupção médica da gravidez, o processo de indução é habitualmente caracterizado como um “processo formal, medicalizado e insensível” (Lotto et al., 2016). Algumas mulheres referem sentir uma perda de controlo neste processo e a relação com os profissionais parece tornar-se formal e distante. Por outro lado, no mesmo estudo algumas mulheres consideraram o início deste processo como um alívio, na medida em que sentiram que podiam começar a ultrapassar o trauma.

Relativamente à escolha do tipo de parto, as estatísticas indicam que, com mais de 26 semanas de gestação, 76,6% das mulheres tiveram um parto vaginal, enquanto 22,9% foram submetidas a cesariana (Cassidy, 2018). O parto vaginal é recomendado na maioria dos casos, a não ser quando clinicamente contra-indicado. A cesariana está associada a maior morbilidade materna a curto e longo prazo, com um risco mais elevado de rutura uterina e de mortalidade fetal em gravidezes subsequentes. No entanto, os sentimentos da mulher perante cada uma das opções parecem não serem contemplados nesta decisão.

Na sua investigação, Siassakos e colaboradores (2017) exploram algumas razões pelas quais a mulher pode querer optar por uma cesariana: para recuperar a sensação de controlo sobre a situação; porque não se sentem preparadas para um parto vaginal; para encurtar todo o processo; para evitar a dor do TP; por acreditarem que uma cesariana seguida de reanimação poderá ainda salvar o bebé, vendo a cesariana como menos traumática. A preocupação com gravidezes futuras não se encontra presente na mente destas mulheres pois o seu foco está ainda centrado nesta gravidez e neste bebé. No entanto, segundo Cassidy (2018), quando é providenciada informação sensível e apoio emocional, a maioria das mulheres compreende os benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais de um parto vaginal e tem experiências positivas e empoderadoras. Contudo, ambos os estudos consideram que o essencial é possibilitar a opção de escolha e respeitar qualquer decisão tomada. Esta é uma experiência traumática por natureza

e impôr à mulher um parto vaginal sem preparação pode acarretar consequências nefastas a longo prazo.

A informação providenciada nesta fase deve ser realizada passo-a-passo, sobre cada procedimento a implementar. Esta deve incluir o processo de indução, TP e período expulsivo. As mulheres devem ser informadas sobre o que ocorre em cada fase e o que poderão esperar ver e sentir. A linguagem utilizada deve ser acessível e sensível, sem recorrer a linguagem técnica. Pode ser útil recorrer a informação escrita, não apenas verbal. Termos como “aborto”, “produto de concepção” e “expulsão do produto” podem ser confrontativos e devem por isso ser evitados. A preparação para o processo de abortamento é essencial e pode transformar a forma como a mulher será capaz de encarar todo o processo (Peters et al., 2015).

Período expulsivo / Abortamento

Uma das intervenções de enfermagem salientadas em todos os estudos analisados é a “Gestão da analgesia”. Muitos autores evidenciam que a relevância dada à analgesia nestes processos de abortamento, pelos profissionais, é diferente daquela que é dada numa situação de TP. Na sua investigação, Asplin e colaboradores (2013) encontraram mulheres que descreveram a falta de analgesia como algo recorrente, sendo necessário fazer múltiplos pedidos até esta necessidade ser colmatada. Por outro lado, Koopmans e colaboradores (2013) descrevem que, para além da administração de analgesia ser inadequada, esta é muitas vezes substituída pela prescrição de sedativos e/ou tranquilizantes. Na sua investigação, Cassidy (2018) destaca que a 48% das mulheres entrevistadas foram administrados sedativos/tranquilizantes, e, entre elas, 17,8% referiram que essa administração foi feita sem consentimento, enquanto 43,8% referiram que não receberam qualquer justificação para a sua administração ou qualquer explicação sobre os seus efeitos. A administração de benzodiazepinas como tratamento no processo de luto ou trauma perante uma perda gestacional é um tema pouco estudado e não existe evidência científica que comprove qualquer benefício em termos de relaxamento ou promoção do sono, podendo mesmo constituir num fator promotor do embotamento das reações de luto. Ellis e colaboradores (2016) referem que algumas mulheres entrevistadas no seu estudo verbalizaram que a sedação as impediu de ter contacto com o bebé após o período expulsivo, o que acarretou sentimentos de culpa e arrependimento a longo prazo.

Outro fator importante no processo de abortamento é “Providenciar apoio emocional”, tanto pela equipa de enfermagem como pelo companheiro/familiar. Miranda (2014) refere que a presença de um familiar/companheiro/pessoa significativa neste período é essencial para auxiliar no processo de luto. Mais ainda, muitas das participantes neste estudo destacam o pai do bebé como a figura fundamental, sendo que a união do casal e apoio mútuo ao enfrentar a perda contribuem para ultrapassar o luto. Na realidade, Cassidy (2018) argumenta que 70,7% das mulheres no seu estudo estiveram acompanhadas durante o parto, quer pelo companheiro, quer por um amigo ou familiar. Contudo, 17,3% mulheres referiram que lhes foi negada a possibilidade de terem acompanhamento nesse período. A partilha desta experiência com uma pessoa significativa é de extrema importância, não apenas pelo apoio emocional durante uma experiência stressante, mas também pela partilha na tomada de decisões, aliviando a carga imposta à mulher.

O EESMO deve ser também uma fonte de apoio constante. Lotto e colaboradores (2016) salientam que na sua investigação algumas mulheres referiram ter tido um TP ou abortamento sem acompanhamento de enfermeiros. Estas mulheres sugeriram mesmo que outras mulheres em TP devem ser a prioridade para o profissional. Este fenómeno justifica ainda mais a necessidade de manter contacto frequente com estas mulheres, na medida em que elas não comunicam as suas necessidades espontaneamente, por receio de incomodarem ou retirarem recursos de outras mulheres com “bebés vivos”. A privacidade é importante, mas não deve ser sinónimo de abandono. A necessidade de proporcionar tempo e espaço ao casal não pode justificar a sensação de falta de apoio sentida pelos casais, como percebido na investigação de Ellis e colaboradores (2016). O EESMO deve ter a capacidade de equilibrar a privacidade e tempo de reflexão dado ao casal com as necessidades emocionais decorrentes desta situação.

Cuidados após o período expulsivo

Atualmente, as *guidelines* sobre as boas práticas recomendam que a todos os casais deve ser oferecida a possibilidade de ver e ter contacto com o bebé após o processo de abortamento. Este momento é para muitos casais o único ritual fúnebre a que têm acesso, sendo uma oportunidade para criar memórias positivas e duradouras, assim como reconstruir e integrar mais facilmente a perda nas suas vidas. No caso específico da interrupção da gravidez por

malformação fetal, a visualização dessa malformação pode ser útil para confirmar a inevitabilidade da morte do seu bebé, facilitando a aceitação da decisão tomada (Koch, 2014).

As investigações que abordam a problemática de ver ou não o bebé são escassas e muitas vezes controversas. Em concreto, Koopmans e colaboradores (2013) referiram um estudo que concluiu que ver e ter contacto com o bebé após morte fetal está associado a um desfecho materno negativo ao nível psicológico. Contudo, outros estudos na mesma revisão indicam que esta experiência pode ser valiosa para os casais.

No estudo realizado por Sun e colaboradores (2014), em que foi concretamente analisada a decisão de ver ou não o bebé, cinco casais em doze aceitaram a oportunidade de ver o seu bebé após o período expulsivo. Apesar de não terem sido estudados os efeitos a longo prazo, os autores concluem que deve ser proporcionado aos casais tempo suficiente e informação para considerarem as opções apresentadas, para expressarem os seus sentimentos, receios e dúvidas acerca do que vão ver e, posteriormente, para partilharem o que sentiram após a experiência. Alguns casais optam por não ver o seu bebé e esta atitude é tão natural como a contrária. Qualquer resposta deve ser aceite e respeitada. Enquanto anteriormente a atitude de ver o bebé era muito incentivada, atualmente compreende-se que a decisão deve caber à mulher/casal.

Na investigação de Cassidy (2018), 52,9% das mulheres entrevistadas referiram que tiveram contacto visual com o seu bebé e 41,3% tiveram contacto físico com o bebé. No momento da perda, a maioria (74,1%) apresentava uma idade gestacional superior a 34 semanas. Segundo Peters e colaboradores (2015), para iniciar este contacto e identificar qual a decisão tomada, o EESMO deve utilizar questões abertas como: perguntar se o casal consideraria o contacto com o bebé como facilitador, ou que tipo de contacto gostariam de ter. Questões diretas, ou assumir que todos os casais pretendem ver o seu bebé deve ser evitado. Os casais devem saber que podem mudar a sua decisão a qualquer momento e, também, deve ser discutido quanto tempo gostariam de dedicar a este contacto e que atividades gostariam de desenvolver.

De igual modo, os casais devem ser preparados para o que vão visualizar, podendo depender da idade gestacional. Numa perda mais precoce pode ser apenas possível visualizar coágulos sanguíneos e tecidos. Um processo de abortamento mais prolongado pode também resultar em tecidos macerados e menos distintos. Numa gravidez anembrionária não existe sequer o embrião/feto, mas pode existir tecido placentar. É importante descrever, de uma forma simples,

o que o casal poderá visualizar. Pode ser útil identificar quais as expectativas do casal e validá-las ou clarificá-las (Catlin, 2018).

De acordo com Lisy e colaboradores (2016), a forma como os EESMO interagem com o bebé durante este contacto tem um impacto duradouro para o casal. Qualquer tratamento desrespeitoso deve ser evitado, como por exemplo utilizar um balde ou um recipiente de metal para mostrar o bebé. Preferencialmente deve ser utilizado um material macio, como um cobertor ou lençol, para envolver o bebé. Os casais apreciam quando o seu bebé é tratado com cuidado, sensibilidade e referido como “bebé” ou pelo seu nome, quando este é atribuído. Nesse momento deve ser dada alguma privacidade ao casal e devem negociar-se algumas atividades que podem ser benéficas como embalar ou vestir o bebé com a roupa escolhida pelo casal. A criação de memórias pode ser incentivada através de objetos significativos como fotografias do bebé, impressões das mãos/pés, madeixas de cabelo, pulseira do hospital, imagens de ultrassons, ou algum objeto já adquirido.

Nesta fase surge também a necessidade de discutir a disposição a dar aos produtos de conceção. Opções sensíveis e respeitadas devem estar disponíveis para os casais, independentemente do tipo de morte fetal ou idade gestacional. No estudo de Cassidy (2018), 70,1% dos casais foram informados que a disposição realizada pelo hospital seria a única opção disponível, negando efetivamente qualquer decisão autónoma ou ritual fúnebre privado. Quando este processo de decisão é negado pode ser extremamente stressante para os casais, criando sentimentos de culpa e insegurança perante a impossibilidade de cuidarem do seu bebé mesmo após a morte. Esta discussão, tal como outros processos burocráticos, deve ser realizada em tempo oportuno, sem insistências. Idealmente deveria ser proporcionada aos casais a opção de rituais fúnebres privados.

Preparação para a alta / Acompanhamento na comunidade

Durante o internamento é importante que o EESMO inicie o processo de “Planeamento da alta”. Ellis e colaboradores (2016) destacam a importância da informação proporcionada, nomeadamente sobre os seguintes aspetos:

- Aspetos fisiológicos: perda sanguínea expectável; cuidados perineais; inibição da lactação; sinais de alarme; recuperação física pós-parto; métodos contraceptivos.

- Aspectos psicológicos: alterações hormonais; ansiedade; depressão; stresse pós-traumático;
- Considerações financeiras: licença de parentalidade;
- Relacionamentos: comunicação com o companheiro; comunicação com outros filhos; comunicação com outros familiares;
- Aspectos burocráticos: registo do óbito;
- Consultas de acompanhamento;
- Serviços e grupos de apoio.

Relativamente ao acompanhamento na comunidade, esta é uma área frequentemente negligenciada. Asplin e colaboradores (2013) revelam no seu estudo que a maioria das mulheres não obtém qualquer acompanhamento após a alta. Estas mulheres consideram que esta falta de apoio significa que a sua recuperação deve ser rápida e silenciosa, sendo o seu sofrimento escondido da sociedade. O autor evidencia a necessidade de serem criados protocolos entre o hospital e os cuidados primários para garantir um apoio contínuo a estas mulheres. O acompanhamento na comunidade pode ser realizado num centro especializado ou, idealmente, através de visitas domiciliárias. Algumas mulheres podem beneficiar de acompanhamento psicológico especializado. Os grupos de apoio podem ser bastante úteis na medida em que partilhar a experiência com outros casais ajuda a diminuir a sensação de isolamento e permite ultrapassar a perda.

De igual modo, o papel do EESMO nesta fase passa também pela “Promoção da esperança”. Em contexto de stresse, desconforto e perda, manter a esperança surge como um objetivo primordial pelo seu poder terapêutico. Neste sentido, cabe ao enfermeiro ajudar estas mulheres a ultrapassar a perda, acreditar no seu potencial e encontrar sentido no futuro. Para tal, é essencial facilitar a continuidade dos cuidados na comunidade, incentivando o retomar das suas rotinas diárias, da sua atividade profissional e dos seus relacionamentos próximos, e promover a identificação de razões de esperança no futuro. A mulher deve ser capaz de reconhecer este evento como um aspeto circunstancial da vida. É importante encorajar a comunicação expressiva de emoções e a promoção de pensamentos positivos, elogiando os resultados obtidos, assim como orientar a mulher para a positividade, através das relações com os outros, promovendo os laços familiares e sociais. O objetivo não é esquecer o evento, mas sim integrá-

lo nas suas vidas, recuperando a auto-estima, a autonomia e a capacidade de criar expectativas e desejos para o futuro (Koch, 2014).

A manutenção da esperança pode passar mesmo por uma gravidez subsequente. Segundo Wojcieszek e colaboradores (2016), cerca de 66% das mulheres engravidam num período temporal inferior a 1 ano após a perda gestacional. Não existe um intervalo de tempo recomendado, sendo importante que a decisão seja realizada sem pressões, de forma confiante, mas consciente dos riscos. Uma gravidez neste contexto pode acarretar sentimentos intensos de ansiedade e medo. A maioria das mulheres valoriza quando os profissionais têm conhecimento do seu historial obstétrico e providenciam apoio adicional e sensível (Lisy et al., 2016).

1.3.6. Conclusões

Os artigos analisados convergem e complementam-se nos seus resultados e conclusões. Todos eles evidenciam que a perda gestacional acarreta especificidades e dinâmicas distintas de outros processos de luto. A perda de um bebé não é a única perda prevalente nesta situação. A mulher e o casal têm de lidar com a perda do seu filho real e amado, mas também com a perda de auto-estima, do estatuto enquanto pais, das expectativas que criaram e do futuro que imaginaram para si mesmos. Esta pode ser uma realidade dolorosa de enfrentar mas o processo de luto é fundamental para estas mulheres superarem esta situação e reintegrem a perda nas suas vidas.

Na prestação de cuidados, perante uma perda gestacional, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde estejam devidamente informados e preparados para lidar da melhor forma possível com os casais nesta situação. Contudo, a realidade descrita na maioria destes artigos parece ir no sentido da desvalorização social associada à perda gestacional. Tanto as instituições de saúde, como os profissionais, não parecem estar preparados para lidar com estas situações. Por este motivo, a revisão de literatura realizada consagrou-se como a oportunidade ideal para contribuir para promover o conhecimento das intervenções de enfermagem mais adequadas a uma mulher/casal que enfrenta uma perda gestacional.

As intervenções emergentes da análise dos estudos baseiam-se nas necessidades identificadas pelas mulheres que neles participaram, sendo, portanto, uma fonte primordial para o conhecimento acerca do papel do EESMO, no âmbito da perda gestacional. No **Quadro 6** apresenta-se uma síntese das intervenções encontradas para facilitar o processo de luto na perda gestacional.

Intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de luto na perda gestacional		
Boas práticas de enfermagem	Gerir o ambiente	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento inicial - Ambiente seguro e resguardado - Sons comuns em serviços obstétricos (choro dos RN, CTG, mulheres em TP) são fontes adicionais de stresse - Manter a privacidade
	Cuidados transculturais	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados culturalmente competentes - Respeito pela cultura, religião, valores e crenças - Entender o significado da perda para a mulher
	Escuta ativa	<ul style="list-style-type: none"> - Escuta ativa e empática - Evitar movimentos de distração - Não fazer interpretações - Evitar generalizações e comparações - Evitar juízos de valor - Respostas refletidas - Poder do silêncio
Diagnóstico da perda	Informar sobre a perda	<ul style="list-style-type: none"> - Minimizar atrasos na confirmação do diagnóstico - Ter em conta o impacto emocional do diagnóstico - Providenciar informação clara, sensível, sem termos técnicos ou elaborados - Minimizar qualquer ambiguidade no diagnóstico - Reformular e repetir a informação se necessário - Proporcionar tempo para interiorizar
	Avaliar a aceitação da perda	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a reação inicial - Avaliar o significado da perda para a mulher/casal - Identificar as respostas à perda
	Facilitar a capacidade para comunicar sentimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Ter em conta uma grande variedade de emoções e reações - Compreender e respeitar estados emocionais individuais

		<ul style="list-style-type: none"> - Manter a calma perante a expressão de raiva e agressividade - Fornecer oportunidades para exprimir as preocupações/dúvidas - Validar as emoções sentidas
	Estar presente	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento constante - Mostrar disponibilidade - Avaliar sistemas de apoio (presença do acompanhante/parceiro/familiar) - Evitar a solidão da mulher
Preparação para o parto/abortamento	Apoiar na tomada de decisão	<ul style="list-style-type: none"> - Respeito pela necessidade individual de tempo para a tomada de decisão - Colaborar com o casal na tomada de decisão - Oferecer opções nos cuidados - Capacitar a mulher/casal para que desenvolvam uma sensação de controlo sobre o que está a acontecer
	Promover o conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Informação sobre a indução, o período expulsivo, procedimentos comuns, gestão da dor (...) - Utilizar linguagem acessível - Evitar terminologia médica/técnica
Período expulsivo/ Abortamento	Gerir analgesia	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidade às manifestações verbais e não-verbais da dor - Ensinar sobre autocontrolo da dor - Aplicação de técnicas não farmacológicas para alívio da dor - Administração de analgesia em SOS - Evitar os tranquilizantes (embotamento da reação de luto)
	Providenciar apoio emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir o nascimento - Privacidade e não abandono - Práticas baseadas na empatia e no respeito - Facilitar o acompanhamento e o apoio emocional por parte do marido/acompanhante/família
Cuidados após o período expulsivo	Apoiar no processo de luto	<ul style="list-style-type: none"> - Respeitar e tratar o bebé com carinho - Reconhecer o bebé pelo nome - Oferecer a opção de ter contacto com o bebé - Providenciar informação clara e descritiva sobre a condição física e visual do bebé - Disponibilizar tempo suficiente para este contacto - Oferecer sugestões de criação de memórias com o bebé (fotografias, impressões das mãos/pés, madeixas de cabelo, pulseira do hospital, imagens de ultrassons, algum objeto já adquirido)

		<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre luto (tipos de luto, diferentes padrões de luto masculino/feminino, aspetos dificultadores e estratégias adaptativas) - Estimular a comunicação entre o casal - Envolver o companheiro/família
	Apoiar na tomada de decisão	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de tomar decisões pode ser fonte de stresse - Providenciar informação sobre questões práticas (registo do óbito, preparação do funeral) - Burocracias abordadas em tempo oportuno
Preparação para a alta e acompanhamento na comunidade	Planear a alta	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar informação sobre lactação, cuidados à ferida, recuperação física, labilidade emocional, infertilidade/fertilidade, retorno menstrual, retomar atividade sexual - Promover a adoção de estilos de vida saudáveis - Fornecer material de leitura/escrito - Referenciar para psicologia, apoio social, terapeutas e grupos de apoio - Promover o acompanhamento na comunidade
	Promover a esperança	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a identificação de razões de esperança na vida - Encorajar relações terapêuticas com pessoas significativas - Encorajar a participação em ações sociais/comunitárias/ grupos de apoio - Ensinar a reconhecer este evento como um aspeto circunstancial de vida - Incentivar a manutenção de memórias - Desaconselhar um “bebé substituto”

Quadro 6: Intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de luto na perda gestacional.

A análise destes estudos permitiu concluir que existe uma necessidade de investir na formação dos EESMO, e outros profissionais, no sentido de se prepararem para lidar com situações de perda gestacional. Existe também a necessidade de criar protocolos para uma experiência mais positiva para estas mulheres nos serviços hospitalares e melhorar a continuidade dos cuidados na comunidade. No fundo, tudo isto significa, primordialmente, que existe a necessidade de aumentar a valorização social do fenómeno de perda gestacional.

Ao nível científico, existe uma necessidade de desenvolver mais estudos para aprofundar a eficácia de determinadas intervenções no processo de luto após perda de gravidez. O nível de evidência científica dos artigos encontrados foi variável, desde estudos descritivos e exploratórios, de carácter qualitativo pela natureza do objeto de estudo, a revisões sistemáticas da literatura. No entanto, a maioria das investigações incluiu amostras pequenas, sendo maioritariamente estudos retrospectivos com levantamento de dados sobre as experiências vividas pelas mulheres anteriormente. Por conseguinte, é necessário investir em investigações mais alargadas. De igual modo, poderá ser pertinente colmatar algumas lacunas na formação dos EESMO, ajudando-os a lidarem com este fenómeno, assim como, estudar as necessidades dos maridos/acompanhantes nesse mesmo processo de luto.

Esta revisão permitiu compreender a importância do EESMO nas intervenções junto destas mulheres, uma vez que constitui o profissional mais relevante para proporcionar o apoio necessário para a vivência deste processo de luto. Foram encontradas várias intervenções que permitiram responder à questão orientadora e que tiveram como finalidade melhorar a prática da enfermagem de SMO no contexto da perda gestacional.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

O TP e parto representam o término de um processo vivido pela mulher/casal – a gravidez, exigem à mulher uma adaptação fisiológica dependente de fatores como as contrações uterinas, o tamanho e o modo de apresentação do feto, as próprias condições materno-fetais, a posição a adotar pela mulher, os procedimentos implementados, assim como de fatores psicológicos e emocionais, a escolha do local de nascimento, a preparação para o parto e as características dos profissionais que acompanham este processo.

As diretrizes mais atuais sobre a assistência no parto normal promovem orientações no sentido de proporcionar um maior protagonismo à mulher durante todo o processo. Neste sentido, reconhece-se a necessidade de centrar os cuidados na mulher/casal, diminuindo as intervenções durante o parto para as estritamente necessárias, com o objetivo de proporcionar cuidados humanizados e promover a autonomia, a autodeterminação e o *empowerment* da mulher (WHO, 2018). Por este motivo, o EESMO deve centrar a sua prática clínica nas mais recentes evidências científicas acerca do acompanhamento, vigilância e cuidados recomendados durante o TP e parto.

O TP define-se como um conjunto de fenómenos fisiológicos que levam à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão (parto) para o exterior, assim como dos restantes produtos de concepção (placenta e membranas amnióticas). Este processo é iniciado pelo desencadear de contrações uterinas regulares, em frequência e intensidade, com sensação dolorosa, ocorrendo ao mesmo tempo a extinção cervical e a dilatação (Graça, 2017).

O TP consiste num processo que pode ser dividido em quatro estadios. O primeiro estadio corresponde à dilatação e extinção do colo do útero, o segundo estadio inicia-se com a dilatação completa e termina na expulsão do RN (período expulsivo), o terceiro estadio vai desde o

nascimento até à dequitação, sendo o quarto e último estadio correspondente ao período de 2 horas pós-dequitação, isto é, o período de hemostase ou puerpério imediato (Fatia et al., 2016).

Neste capítulo serão descritas as atividades desenvolvidas para diagnóstico e vigilância, assim como as intervenções implementadas, desde o momento da admissão da mulher/casal no núcleo de partos até ao momento da sua transferência para o serviço de internamento de puerpério. Após a descrição do contexto em que decorreu este módulo de estágio, este capítulo será dividido consoante a sequência natural do TP, de acordo com os seus estadios.

2.1. Contextualização do estágio

O desenvolvimento das atividades de estágio, no âmbito do TP e parto, decorreu no período de tempo compreendido entre o dia 26 de fevereiro e 21 de julho de 2018, sob a supervisão de uma EESMO no núcleo de partos do CMIN. Este serviço é composto pela urgência de ginecologia/obstetrícia; por uma sala de enfermagem para avaliação inicial, exame físico e CTG; por uma sala com seis camas, sendo três destinadas a mulheres submetidas a indução do TP e as outras três disponíveis para as mulheres em início de TP (fase latente); e por sete salas de parto individuais, sendo uma das salas habitualmente destinada a trabalhos de abortamento pela sua distância física dos restantes quartos. O serviço incorpora também um bloco operatório e uma sala para o respetivo recobro. Foi possível ter oportunidades de aprendizagem que serão descritas em seguida. O **Quadro 7** retrata as experiências adquiridas ao longo do estágio no núcleo de partos.

EXPERIÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO					
Parturientes assistidas		Partos executados		Partos participados	
Baixo risco	Alto risco	Sem episiotomia	Com episiotomia	Simulação de parto pélvico	Cefálicos
61	40	26	24	1	16
Total: 101		Total: 50		Total: 17	

Quadro 7: Experiências no âmbito do trabalho de parto e parto.

Neste serviço é permitido o acompanhamento da parturiente 24 horas por dia. A evidência científica sugere que a presença de uma figura para apoio durante o parto tem um impacto fundamental na maneira como a mulher se adapta às intensas mudanças fisiológicas e emocionais vividas nesta fase. Bohren e colaboradores (2017) salientam que o acompanhamento contínuo durante o parto aumenta a probabilidade de um parto vaginal espontâneo e eutócico, diminui a taxa de utilização de analgesia durante o parto, reduz a duração do TP, aumenta a satisfação da mulher em relação à sua experiência de parto e parece ter um impacto potencial na diminuição da incidência de depressão pós-parto. A presença de uma pessoa significativa representa para a parturiente uma fonte de encorajamento e apoio físico e emocional (Guerra, 2010), tendo sido percebida durante o estágio como uma componente facilitadora de todo o processo de TP.

2.2. 1º Estadio do trabalho de parto

Todas as grávidas que recorrem ao serviço de urgência obstétrica do CMIN são avaliadas na sala de enfermagem destinada para esse efeito, sendo verificado o motivo de deslocação ao hospital, avaliado o bem-estar materno-fetal através de CTG e prestados os cuidados imediatos necessários. Entre alguns dos motivos mais frequentes para recorrer à urgência destaca-se a

hemorragia vaginal, a diminuição da percepção dos movimentos fetais, as queixas algícas decorrentes de contrações uterinas, quer em TP, quer sob a forma de contrações de Braxton-Hicks, e a rotura de membranas. Em todos estes casos foi considerada primordial a monitorização dos batimentos cardíacos fetais e da frequência das contrações uterinas através de CTG. Após a interpretação do traçado, uma decisão clínica era tomada em relação às intervenções necessárias.

Na presença de um traçado normal de CTG e na ausência de TP, foi considerado relevante ensinar sobre a frequência dos movimentos fetais e como atuar perante a sua diminuição, ensinar sobre as contrações de Braxton-Hicks, e ensinar sobre sinais de TP.

No caso particular de rotura de membranas, a grávida era admitida para internamento no núcleo de partos. Esta decisão assenta no protocolo do serviço, baseado nos riscos inerentes à rotura de membranas antes da insinuação da apresentação fetal, em particular o prolapso do cordão umbilical (Graça, 2017). Quando a rotura de membranas se verificava antes do início do TP, ou seja, perante uma RPM, a grávida ficava internada para maturação cervical, com o objetivo de prevenir possíveis complicações como a carioamniotite, o descolamento prematuro da placenta, a hipoxia fetal e a sepsis (Graça, 2017).

Após confirmação do diagnóstico de TP, a mulher/casal eram encaminhados para o núcleo de partos. Algumas mulheres também provinham da unidade de grávidas de risco, transferidas devido ao desencadear do TP espontâneo ou para indução do TP. Na sua generalidade, as parturientes internadas encontravam-se no 1º estadio do TP. Este período caracteriza-se pela presença de contrações uterinas que provocam um aumento da pressão hidrostática intra-amniótica, exercendo pressão no segmento inferior enquanto as membranas se mantêm intactas. Após a rotura das mesmas, é a apresentação fetal que exerce pressão direta sobre as estruturas, contribuindo para a dilatação e extinção do colo uterino. A dilatação do colo uterino é descrita numericamente entre um e dez centímetros, sendo considerada completa quando não é possível, durante o toque vaginal, sentir tecido do colo diante da apresentação, o que corresponde ao diâmetro do canal quando atinge os dez centímetros. De igual modo, devido à contratilidade uterina do miométrio ocorre o encurtamento apreciável do colo uterino, designado por extinção. Na nulípara, a extinção ocorre primeiro do que a dilatação, sendo que nas múltiparas estes fenómenos ocorrem, regra geral, em simultâneo (Graça, 2017).

O 1º estadio do TP pode ser dividido em duas ou três fases, dependendo da literatura em estudo. Segundo as curvas desenvolvidas por Friedman (1954 cit. por Langen et al., 2016), a fase latente é a que decorre desde o início das contrações uterinas regulares até à extinção completa do colo uterino e à dilatação entre 3-4 cm, sendo seguida pela fase ativa, com uma dilatação de 4 a 6 cm, e pela fase de transição, dos 6 cm à dilatação completa. No entanto, cada vez mais estudos surgem numa tentativa de atualizar os limites e *timings* das fases do TP. Neste sentido, a investigação de Langen e colaboradores (2016) evidencia que a passagem da fase latente para a fase ativa depende mais da extinção do colo uterino do que da sua dilatação, sendo que a fase latente termina quando o colo se extingue totalmente, podendo acontecer entre os 3 a 6 cm de dilatação cervical. Por sua vez, a WHO (2018) define nas suas novas recomendações que a fase latente corresponde a uma dilatação até 5 cm e a fase ativa implica a extinção completa do colo e uma dilatação superior a 5 cm até atingir a dilatação completa. Relativamente à sua duração, a WHO (2018) indica que a fase latente não tem uma duração estabelecida e varia de mulher a mulher, não se extendendo para além das 12 horas na nulípara e 10 horas na múltipara.

No decorrer do internamento da mulher/casal no núcleo de partos, é fundamental proceder ao acolhimento. Tal como explicado nos capítulos anteriores, este é essencial para diminuir a ansiedade presente num momento como este, facilitando a integração no serviço e a relação terapêutica entre o EESMO e a mulher/casal. No caso particular do bloco de partos, o acolhimento permite que a mulher se sinta mais à vontade, segura e confiante, sendo este aspeto importante na medida em que o TP é um evento associado a níveis altos de stresse. Segundo Marques (2014), um ambiente acolhedor aumenta os níveis de satisfação materna e diminui os níveis de ansiedade e medo, podendo contribuir para menor incidência de complicações. Assim, procedia à apresentação pessoal e profissional enquanto enfermeira e aluna do MESMO, apresentava as instalações físicas do serviço, informava sobre a possibilidade de permanência do companheiro ou pessoa significativa no quarto, e explicava as rotinas do serviço e as atividades de vigilância mais comuns no decorrer do TP.

Procedia a uma colheita de dados inicial, da qual fazia parte: avaliar as características do colo uterino (dilatação e extinção) observadas na admissão da cliente, para evitar um novo exame vaginal; a idade gestacional, pois um PPT condiciona toda a assistência ao RN; a história obstétrica, na medida em que a evolução do TP difere nas múltiparas, sendo geralmente mais curto; a presença de infeção por SGB, sendo necessária a administração de antibiótico segundo

o protocolo do serviço; e a integridade da bolsa amniótica, registrando a data, hora e características do LA em caso de rotura.

Toda a informação adquirida na admissão e ao longo do TP era registada no sistema informático e no partograma, de acordo com as recomendações da WHO (2018). A importância destes registos é inquestionável, na medida em que melhora o acompanhamento da mulher, proporciona uma melhor vigilância da evolução do TP, permite a deteção precoce de complicações e facilita a tomada de decisão autónoma, evitando intervenções desnecessárias e rotineiras.

2.2.1. Indução do trabalho de parto

A indução do TP pode ser definida como a estimulação artificial da contratilidade uterina com o intuito de desencadear o TP, quando este não se inicia espontaneamente (Graça, 2017). Esta intervenção é preconizada quando o risco de manter a gravidez, para a mãe ou para o feto, é superior ao risco de a terminar. Contudo, as possíveis razões que levam a optar pela indução do TP não são consensuais na comunidade científica. De acordo com Graça (2017), as situações que podem levar à indução do TP são: a gravidez pós-termo, a partir das 41 semanas de gestação; a DG às 39 semanas de gestação; a RPM; pré-eclâmpsia ou HTA; suspeita de corioamniotite; gestação gemelar; feto com RCIU; ou morte fetal.

De uma forma geral, existem três métodos de indução do TP: a maturação cervical através do uso de prostaglandinas (dinoprostona ou misoprostol); a dilatação mecânica através da sonda de folley; e a administração de ocitocina sintética em perfusão contínua (Graça, 2017). A escolha do método de indução depende de vários fatores, tais como o motivo para efetuar, a integridade das membranas amnióticas, o historial obstétrico e o Índice de Bishop. Mais concretamente, a indução é iniciada através da maturação cervical (prostaglandinas) quando o índice de Bishop é inferior a 7, na medida em que esta permite a preparação e amadurecimento do colo do útero para uma posterior indução com ocitocina em perfusão, quando as características cervicais não são ainda favoráveis (DGS, 2015b). As prostaglandinas existem farmacologicamente, o

misoprostol sob a forma de comprimido via vaginal e a dinoprostona sob a forma de fita de libertação prolongada via vaginal. Algumas condições específicas condicionam a sua utilização: a grávida com RPM não tem indicação para colocação de misoprotol, enquanto que a grávida com historial de cesariana anterior não tem indicação para a aplicação de prostaglandinas, pelo risco aumentado de rotura uterina (Coutinho et al., 2014). Segundo o protocolo do CMIN, a indução de TP é feita com a administração de misoprostol, sendo considerada 24 horas depois a administração de dinoprostona se não tiver existido qualquer evolução, e após 48 horas sem evolução é considerada a administração de ocitocina em perfusão. A indução mecânica com sonda de Foley não se encontrava preconizada no serviço, não tendo sido observada a sua realização durante o estágio.

Qualquer destes métodos apresenta como desvantagem a hiperestimulação da contratilidade uterina, o que poderá acarretar implicações para o bem-estar fetal. Decorrente da indução de TP foram verificados alguns casos de taquissistolia uterina com repercussões na FCF. A taquissistolia uterina consiste no aparecimento de cinco ou mais contrações, de características normais num período de dez minutos, sem elevação significativa do tónus basal. Este aumento na frequência das contrações uterinas limita a troca de gases que ocorre habitualmente nos intervalos das contrações, podendo conduzir à hipóxia fetal (Graça, 2017). Nestes casos a conduta imediata consistiu na suspensão do fármaco de indução, sempre que possível, a administração de fluídos, a manutenção da monitorização CTG, o posicionamento em decúbito lateral esquerdo de forma a promover a perfusão útero-placentária, e o recurso a fármacos tocolíticos, como o salbutamol IV, tal como protocolado pelo serviço.

Relativamente à eficácia da indução do TP, é possível verificar na literatura que as taxas de sucesso são variáveis, dependendo do método escolhido e das características materno-fetais. Segundo a DGS (2015b), quando a indução falha, pode ser indicativo do útero não se encontrar preparado para o parto. Este facto não é preditor de um parto por cesariana, sendo oportuno equacionar o motivo que levou à indução e a urgência existente para justificar o término da gravidez. No entanto, esta ponderação não foi verificada na prática clínica, sendo comum a opção pela cesariana após uma tentativa frustrada de indução.

2.2.2. Fase latente do 1º estadio do trabalho de parto

Após o internamento no núcleo de partos, a parturiente no 1º estadio de TP era submetida a algumas atividades de vigilância do bem-estar materno-fetal. Neste sentido, encontrava-se protocolado no serviço a avaliação dos sinais vitais uma vez por turno. Segundo Campos e colaboradores (2014a), a monitorização dos sinais vitais no 1º estadio de TP, tanto na fase latente como na fase ativa, é realizada de 4/4h. Algumas condições mais específicas na gravidez como pré-eclâmpsia ou hipertensão arterial e episódios de febre intraparto exigiam uma avaliação mais frequente. A febre intraparto é uma condição que afeta entre 6,9% a 33,2% das parturientes e define-se como o aumento da temperatura corporal $\geq 38^{\circ}\text{C}$ durante o TP. A etiologia mais frequente é não infecciosa, associada a alguns fatores de risco como a nuliparidade, o TP prolongado (>12h), o feto macrossômico, o recurso à analgesia epidural, a produção de calor endógeno resultante das contrações uterinas e dos esforços expulsivos, e o estado de hidratação (Diz, 2014). A vigilância da temperatura corporal materna é crucial durante o TP, na medida em que, segundo o mesmo autor, é um valor preditivo dos *outcomes* materno-fetais. Para a mulher, a febre intraparto tem repercursões diretas na dinâmica das contrações uterinas, potencia o prolongamento do TP e está associada a um aumento da taxa de partos instrumentados e cesarianas. Relativamente às consequências neonatais, a febre intraparto pode traduzir-se em índices de Apgar ao 1º e 5º minuto mais baixos, hipotonia, convulsões e encefalopatia.

Para a vigilância do bem-estar materno-fetal encontra-se também protocolada no CMIN a monitorização cardiotocográfica. Apesar de ser o método *standard* para a avaliação da vitalidade fetal, coloca-se em questão a necessidade de uma monitorização contínua ou a possibilidade de ser realizada de forma intermitente. Neste sentido, Alfirevic e colaboradores (2017) não encontraram associação entre a utilização da monitorização CTG contínua durante o TP e a redução das taxas de mortalidade perinatal, os baixos scores de Apgar ao 1º e 5º minuto, a acidose metabólica no RN ou a paralisia cerebral, tendo apenas um benefício estatisticamente significativo na prevenção de convulsões neonatais. No entanto, na mesma revisão os autores concluem que a monitorização CTG contínua acarreta um aumento significativo do risco de

cesariana ou parto instrumentado. De igual modo, os autores reconhecem que a monitorização CTG contínua tem também repercursões na mobilidade e, conseqüentemente, na adoção de estratégias não-farmacológicas para controlo da dor por parte da mulher.

A ACOG (2017a) determina que a monitorização CTG contínua não acarreta benefícios para a parturiente de baixo risco e recomenda a monitorização intermitente como uma alternativa segura. Os critérios que podem justificar a opção pela monitorização contínua incluem as condições maternas adversas, como a pré-eclâmpsia e a DG, anomalias congénitas, RCIU, hemorragia, LA com mecónio e indução de TP. A ACOG (2017a) define que o mais importante assenta na possibilidade da mulher tomar uma decisão informada acerca do tipo de vigilância que prefere e com a qual se sente mais segura e confortável.

A partir destas diretrizes, durante a prática clínica em estágio optava-se pela monitorização intermitente, isto é, a CTG era realizada em períodos de 30 minutos na admissão, e de 2/2 horas durante a fase latente e na ausência de analgesia epidural ou indução de TP, tal como preconizado por Campos e colaboradores (2014a). Assim, era proporcionada à mulher a possibilidade de deambular e utilizar outros métodos não farmacológicos para controlo da dor, assim como tomar as refeições e socializar fora da enfermaria.

Nos últimos anos tem sido questionada a necessidade de uma restrição da ingestão oral durante o TP. A necessidade de restringir a ingestão de alimentos foi originada pelo risco potencial de aspiração derivado da anestesia geral no caso particular de uma cesariana emergente. Contudo, Singata e colaboradores (2013) explicam que, desde os anos 40, as técnicas anestésicas evoluíram de tal forma que, associado à administração profilática de antiácidos, antagonistas recetores de H2 e/ou metoclopramida, o risco de bronco-aspiração é atualmente extremamente reduzido. Os mesmos autores defendem que a restrição de ingestão oral de alimentos é desagradável para a parturiente e pode mesmo condicionar negativamente a sua experiência de parto.

Segundo Dekker (2017), um défice na ingestão nutricional na parturiente pode ter como consequência um parto mais prolongado e percecionado como mais doloroso. O consenso mais atual emitido pela Sociedade Americana de Anestesiologia (2017 cit. por Dekker, 2017) defende os benefícios de uma refeição ligeira durante o TP, na medida em que o jejum pode levar a cetoacidose, tornando os ácidos do estômago mais acídicos e corrosivos num caso de aspiração. A mesma associação salienta que o risco atual de bronco-aspiração é bastante reduzido,

exemplificando que entre 2005 e 2013, nos EUA, ocorreu apenas um caso de aspiração numa cesariana emergente, numa mulher com antecedentes relevantes.

Ciardulli e colaboradores (2017) concluíram na sua investigação que mulheres que ingeriam alimentos livremente durante o parto referiam possuir mais energia e bem-estar geral, tinham partos menos prolongados e não encontraram qualquer impacto nos *outcomes* materno-fetais ou na incidência de vômito após o parto. A ACOG (2017a) defende a ingestão oral no TP, limitando-a a líquidos claros como água, chá e sumos de fruta sem polpa, excluindo os alimentos sólidos. A evidência científica mais atual permite concluir que a ingestão nutricional é um direito fundamental da mulher durante o TP. Na prática clínica, durante o estágio, foi possível observar que as parturientes em fase latente tinham acesso a refeições ligeiras, e durante a fase ativa podiam ingerir líquidos claros e gelatina.

Para determinar a progressão do TP procedia ao exame vaginal. Esta intervenção permitia a aquisição de vários dados importantes para o prognóstico do parto, como as características da bacia materna, a integridade da bolsa amniótica, as características das perdas vaginais (presença de sangue ou LA, coloração e cheiro) e a estática fetal, incluindo nesta última a atitude (postura fetal que se caracteriza pela flexão generalizada do corpo com forma ovóide, adaptando-se à configuração uterina), a situação (relação entre os maiores eixos maternos e fetal), a apresentação (parte fetal palpável ao toque vaginal através do colo uterino, podendo ser cefálica, pélvica ou de espádua), a posição (relação entre o ponto de referência da apresentação com os lados esquerdo ou direito do canal de parto) e a variedade (relação do ponto de referência da apresentação com as regiões anterior, posterior ou transversa do canal do parto). Apesar da extraordinária mobilidade da bacia, que permite a acomodação do feto, existem casos em que fetos mal posicionados contribuem para trabalhos de parto prolongados/estacionários, partos instrumentados e cesarianas (Graça, 2017).

O exame vaginal permite também determinar a dilatação e extinção do colo uterino. Para determinar a evolução do TP, recorre-se ao índice de Bishop na medida em que permite considerar as características do colo uterino no que diz respeito à progressão normal do TP, assim como a descida da apresentação fetal segundo os Planos Paralelos de Hodge. O 1º plano corresponde à passagem pelo promontório e bordo superior da sínfise púbica, o 2º plano corresponde à passagem entre a 2ª/3ª vértebra sacral e o bordo inferior da sínfise púbica, o

3º plano implica a passagem pelas espinhas isquiáticas, e no 4º plano passa pela ponta do cóccix (Graça, 2017).

Relativamente à frequência do exame vaginal, não existe uma posição consensual entre autores. Campos e colaboradores (2014a) defendem a sua realização de 2/2h na fase latente e de 1/1h na fase ativa. Por outro lado, a WHO (2018) recomenda intervalos de 4 horas entre a sua realização, por rotina, sem sinais que justifiquem um exame imediato. Perante estas diferentes perspetivas, durante o estágio clínico, esta avaliação era realizada mediante as necessidades e a evolução do TP. Assim, este exame era realizado, para além do momento de admissão, na execução de procedimentos como a amniotomia ou a colocação de catéter epidural, na presença de alterações do traçado cardiotocográfico, na rotura espontânea de membranas, ou perante alterações na perceção da dor ou de outros sinais verbalizados pela grávida.

Relativamente à dor durante o TP, esta possui características distintas mediante o estadio em que a parturiente se encontra. Segundo Jones e colaboradores (2012), no 1º estadio do TP a dor é originada no útero e cérvix, produzida pela distensão dos tecidos uterinos e pela dilatação do colo uterino, e é habitualmente sentida durante a contração uterina, sendo caracterizada como uma dor visceral. Esta dor é transmitida pelos nervos espinais T10-L1, sendo frequentemente referenciada na parede abdominal, na região lombar e sagrada, nas cristas íliacas, e/ou nos glúteos. Independentemente da sua origem, a dor é uma experiência de carácter subjetivo, estando condicionada por diversos fatores fisiológicos, psicológicos, culturais e sociais. Por exemplo, o padrão de dor na nulípara no 1º estadio é superior ao padrão verbalizado pela múltipara. De igual modo, um TP induzido traduz-se numa experiência mais dolorosa do que o TP espontâneo. Jones e colaboradores (2012) consideram que o medo e a ansiedade provocam um aumento na tensão muscular, resultando numa perceção aumentada da dor. Por conseguinte, encarando a dor no TP como uma experiência sensorial multifatorial, é importante encontrar estratégias, para além das farmacológicas, que quebrem este ciclo de medo-tensão-dor.

A OE (2012) determina como intervenções primordiais do EESMO, no sentido de promover o alívio da dor no TP: compreender o tipo de dor sentida, o padrão comportamental da resposta à dor de cada parturiente e as suas expectativas; proporcionar, durante o parto, informação sobre os métodos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis; informar previamente sobre os seus benefícios e potenciais riscos; informar as mulheres sobre a sua capacidade fisiológica de

produzir endorfinas durante o parto fisiológico em condições de intimidade; oferecer à mulher a possibilidade de eleger um ou vários métodos se o desejar; informar sobre a evidência dos métodos alternativos aos fármacos; permitir-se que a mulher seja acompanhada de forma contínua durante todo o processo.

Durante a fase latente, a estratégia não farmacológica mais observada e implementada durante o estágio consistiu na verticalização e deambulação. A existência no serviço de um corredor destinado à deambulação das parturientes foi facilitador à sua implementação. Segundo Ferrão e colaboradores (2017), a verticalidade promove o equilíbrio do corpo da mulher no sentido da força gravitacional, promovendo os mecanismos de encravamento e descida fetal, quer pelo pólo de apresentação da pelve materna, quer pelo apoio direto da apresentação fetal sobre o colo uterino. Esta ação da gravidade potencia a pressão exercida pela cabeça do feto na parte inferior do útero, desencadeando um reflexo ao nível hipotálamo-hipófise que estimula a produção de ocitocina e promove a irrigação do útero. Isto resulta em contrações uterinas mais eficazes e, conseqüentemente, num encurtamento do 1º estadio do TP, uma melhor tolerância à dor e uma redução da necessidade de analgesia. Os mesmos autores descrevem como esta força gravitacional acarreta também um menor risco de hipotensão materna pela não compressão da aorta abdominal e da veia cava inferior, promovendo a oxigenação materno-fetal. Ao assegurar as trocas materno-feto-placentárias por mais tempo, diminui o risco de sofrimento fetal, com melhores resultados ao nível de ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-base no RN.

Lawrence e colaboradores (2013) compararam os efeitos das posições verticalizadas com a posição supina no 1º estadio de TP, chegando à conclusão que as parturientes que recorrem à verticalização e deambulação beneficiam de um TP mais curto, maior controlo da dor e conforto, e, conseqüentemente, uma menor incidência de utilização de analgesia epidural e menor probabilidade de ter um parto instrumentado ou cesariana, assim como uma menor necessidade de cuidados neonatais para o RN.

Perante a evidência mais atual, tanto a OE (2012) como a WHO (2018) preconizam as posições verticalizadas e a deambulação durante o 1º estadio do TP, na medida em que esta liberdade de movimentos parece estar associada a um encurtamento do TP nas nulíparas e a uma redução na taxa de partos distócicos. Com esta intervenção não se verifica qualquer aumento do risco de mortalidade perinatal, sendo por isso uma estratégia acessível, económica e fácil de implementar.

Outras posições como a posição de cócoras ou a posição de quatro apoios, podem trazer benefícios nesta fase. Segundo Balaskas (2017), na posição de cócoras a abertura da pelve atinge os maiores diâmetros, facilitando a descida da apresentação fetal, e as contrações uterinas são mais eficazes o que, aliado à força da gravidade, potencia a progressão do TP. A mesma autora recomenda a posição de quatro apoios, uma vez que os movimentos rítmicos e giratórios da bacia contribuem para o posicionamento da apresentação fetal, podendo ser especialmente úteis quando estamos perante uma variedade posterior.

Gallo e colaboradores (2017) salientam a utilização da bola de pilates como um recurso auxiliar para a adoção de diferentes posições durante o TP de uma forma confortável e eficaz. Neste sentido, a bola de pilates serve de suporte para a utilização de outras técnicas e para a realização de alongamentos e exercícios ativos de anteversão e retroversão pélvica. Na bola de pilates a parturiente consegue sentar-se com a coluna bem alinhada, sem desconforto, permitindo uma moldagem ao corpo. Esta estratégia demonstrou ter efeitos positivos no alívio da pressão perineal e na descida e acomodação do pólo cefálico às estruturas maternas. Durante o estágio foi incentivada a utilização da bola de pilates durante a fase latente como promotora da mobilidade da bacia. Em particular, nos casos de grávidas em indução de TP ou com RPM cuja mobilidade se encontrava limitada pela necessidade de monitorização CTG contínua, era oferecida a possibilidade de utilizar a bola de pilates ao lado da cama para incentivar a adoção de diferentes posições.

Com o intuito de promover o alívio da dor e a gestão da ansiedade, os exercícios respiratórios constituem uma estratégia primordial durante o TP. Segundo Gallo e colaboradores (2017), os exercícios respiratórios reduzem a sensação dolorosa das contrações uterinas, potenciam os níveis de saturação materna de oxigénio e, conseqüentemente, melhoram a oxigenação fetal, proporcionam relaxamento e diminuem os níveis de ansiedade da parturiente. A respiração promove a distração da mulher perante a sensação dolorosa, pois implica um maior nível de concentração e controlo numa tarefa durante as contrações uterinas. De igual modo, as técnicas respiratórias promovem o relaxamento dos músculos abdominais, aumentando o espaço livre na cavidade abdominal e diminuindo a fricção entre o útero e a parede abdominal. Num estudo com 40 primigestas, Böing e colaboradores (2007, cit. por Gallo et al., 2017) registaram uma redução da intensidade da dor e aumento da saturação de oxigénio durante e no intervalo das contrações uterinas após a utilização de uma respiração diafragmática lenta e profunda. Neste

sentido, durante o estágio foi explicado às parturientes, na fase latente, a importância de realizar uma respiração torácica lenta com inspiração e expiração profundas e longas no momento da contração uterina.

A massagem é uma técnica também muito eficaz para a gestão da dor durante o TP. Este é um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque e manipulação dos tecidos. No TP, a massagem promove o alívio de dor, proporciona contacto físico com a parturiente, potencia o efeito de relaxamento, diminui o stress e promove o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (Gallo et al., 2017). No seu estudo com 60 parturientes, Chang e colaboradores (2006, cit. por Gallo et al., 2017) avaliaram o efeito da massagem durante as contrações uterinas em três fases da dilatação cervical: primeira (3 a 4 cm), segunda (5 a 7 cm) e terceira (8 a 10 cm), concluindo que a massagem reduz efetivamente a intensidade da dor nas duas primeiras fases da dilatação avaliadas. Num estudo mais recente, Smith e colaboradores (2018) concluíram que a massagem contribui para a diminuição da intensidade da dor no 1º estadio do TP, assim como potencia uma maior sensação de controlo por parte da mulher e uma maior satisfação com a experiência de parto.

Segundo Gallo e colaboradores (2017), as técnicas de massagem podem ser variadas, desde um deslizamento superficial a um amassamento mais profundo, incluindo fricção e pressão em pequenos círculos, sendo importante que seja realizada de forma razoavelmente firme e rítmica. Podem ser aplicadas em diferentes locais do corpo, mas mais habitualmente na região lombar pela natureza das contrações uterinas. A contrapressão é também uma medida muito utilizada, sendo realizada através da aplicação de pressão constante com o punho ou dorso da mão sobre a região sagrada, aliviando a sensação de pressão interna e dor lombar. Durante o estágio clínico foi possível implementar esta técnica, muitas vezes requisitada pela parturiente, recorrendo por vezes ao companheiro para incentivar o contacto físico entre ambos e a produção natural de ocitocina.

Destaca-se ainda nesta fase a possibilidade de colocação de catéter epidural. Perante a dificuldade no controlo da sua dor, algumas mulheres, mesmo com dilatação de 1-3 cm, eram questionadas acerca da vontade de realizarem a colocação do catéter epidural, sendo esta questão justificada pela necessidade de preparar o material para a intervenção e conseguir a presença de um anestesista atempadamente. No entanto, penso que esta pergunta pode induzir a mulher a considerar esta opção precocemente, mesmo quando não fazia parte do seu plano

original. Durante o estágio clínico foi possível observar que esta questão era colocada às parturientes com alguma frequência, mesmo quando na admissão expressavam que não pretendiam a analgesia epidural. Este facto fez-me refletir sobre a minha própria prática, na medida em que a mulher deve ser livre de expressar a necessidade de analgesia epidural quando quer, no seu próprio *timing*, sem influências externas, sendo sempre informada sobre essa possibilidade.

2.2.3. Fase ativa do 1º estadio do trabalho de parto

No núcleo de partos do CMIN, ao atingir a fase ativa, nomeadamente a extinção total do colo uterino e a dilatação superior a 5 cm (WHO, 2018), a parturiente é deslocada para uma das salas de parto individuais, frequentemente com o objetivo de realizar a colocação de catéter epidural, quando expressa essa vontade. Apesar de serem conhecidos os benefícios de um parto não medicalizado, por vezes, a dificuldade na gestão da dor e na implementação de métodos não farmacológicos implica a necessidade de administrar analgesia. A dor, o stresse e a ansiedade são prejudiciais para a parturiente, na medida em que provocam alterações na homeostasia materna através dos reflexos medulares (Graça, 2017). A analgesia epidural é o método farmacológico mais eficaz para o alívio da dor quando comparada com a analgesia opióide, devendo estar disponível sempre que a parturiente o desejar (Anim-Somuah et al., 2018; WHO, 2018).

Apesar da sua eficácia, Anim-Somuah e colaboradores (2018) argumentam que a analgesia epidural acarreta complicações como a hipotensão, o bloqueio motor, a febre intraparto e a retenção urinária. De igual modo, encontraram no seu estudo uma relação entre a administração de analgesia epidural e o prolongamento do 1º e 2º estadios do TP, assim como uma maior probabilidade de se recorrer à indução com ocitocina.

As recomendações da WHO (2018) frisam que a analgesia epidural se encontra associada a uma taxa superior de partos instrumentados, a uma maior probabilidade de se recorrer à indução

com ocitocina, a efeitos secundários como a retenção urinária, a punção da dura mater e a hipotensão, e a um prolongamento do 1º e 2º estadio do TP.

A colocação do catéter epidural, sempre que solicitada, decorreu em colaboração com o anestesista. Com este intuito, preparava o material, posicionava a parturiente, suspendia a perfusão de ocitocina (se fosse o caso) e monitorizava a FCF por períodos. No CMIN preconizava-se a perfusão contínua de analgesia por via epidural, com administração em bólus de anestésico se necessário e consoante a prescrição e o intervalo de segurança. Como prevenção da hipotensão arterial materna efetuava-se fluidoterapia em intravenosa. Duas horas após a colocação do catéter epidural, se a eliminação urinária não estivesse restabelecida, era colocado um catéter intravesical, pelo risco de retenção urinária, e vigiado o débito urinário.

A partir deste momento, o repouso no leito era inevitável devido ao bloqueio motor, às perfusões de analgesia e fluidoterapia, e à algaliação, assim como pela necessidade de monitorização CTG contínua. Esta cascata de intervenções contribuiu para a limitação de movimentos da parturiente, sendo por isso crucial a utilização de outras estratégias para promover o conforto durante o TP.

O desconforto, nesta fase, centra-se mais na região suprapúbica, sagrada e perineal, sendo pertinente a adoção de posições que potenciem a abertura dos diâmetros da bacia (Balaskas, 2017). Em presença de sensibilidade nos membros inferiores, a parturiente era incentivada a colocar-se em posição de cócoras, ou de joelhos na cama com o tórax na bola de pilates, realizando movimentos circulares da bacia para facilitar o posicionamento da apresentação fetal nas estruturas maternas. Nestas posições era também mantida a realização da massagem e contrapressão na região lombar. Na parturiente com maior bloqueio motor, a posição de decúbito lateral com os membros inferiores fletidos e uma das pernas apoiada na perneira e a posição de sentada na cama com a cabeceira da cama elevada são alternativas para promover a aquisição de diferentes posições e a verticalização.

Os exercícios de relaxamento são úteis neste contexto, pois permitem que a parturiente aumente a sua perceção corporal, reconhecendo a diferença entre relaxamento e contração, melhorando o tónus muscular e facilitando a evolução do TP (Gallo et al., 2017). Durante o estágio, a promoção do relaxamento efetuava-se pelo incentivo à adoção de posturas confortáveis, e pela manutenção de um ambiente tranquilo, com iluminação ténue e temperatura adequada. Outra técnica recomendada era a contração de grupos musculares,

alternando com relaxamento, aliada à imaginação guiada. A música também constituiu uma forma de relaxamento e contribuiu para a redução da ansiedade e da percepção da dor, tendo sido por isso possibilitado e incentivado que a parturiente utilizasse auriculares para ouvir a música que preferia. Smith e colaboradores (2018) verificaram que as técnicas de relaxamento e a musicoterapia promovem uma diminuição significativa na intensidade da dor percebida pela parturiente na fase latente do TP.

O parto é um evento ao qual se associam sentimentos e emoções como a ansiedade, o medo e as expectativas positivas e negativas que a mulher desenvolve ao longo da gravidez. A mulher pode experimentar sentimentos contraditórios, nomeadamente alegria com a proximidade do nascimento do seu filho, aliada à perda pelo encerramento de um capítulo da sua vida e à preocupação pelo confronto com o seu papel de mãe. A ansiedade perante possíveis intervenções que não deseja e o medo do desconhecido contribuem para uma experiência de parto potencialmente negativa (Guerra, 2010).

Níveis elevados de ansiedade e medo provocam uma maior secreção de catecolaminas, aumentando a tensão muscular, potenciando assim uma maior percepção da dor. De igual modo, este aumento na tensão muscular diminui a eficácia das contrações uterinas e prejudica a evolução do TP (Graça, 2017).

No contexto hospitalar, as mulheres encontram-se afastadas do seu ambiente familiar e social, sendo este mais um fator potenciador da ansiedade nesta fase. O EESMO desempenha um papel determinante na experiência de parto vivenciada por estas mulheres. Guerra (2010) estudou as expectativas das parturientes face aos profissionais que as acompanham e chegou à conclusão que, para além de um atendimento competente, deve ser privilegiada a atenção às suas necessidades fisiológicas e emocionais, o acompanhamento individualizado, a disponibilização de informação sobre a evolução do TP e a possibilidade de uma participação ativa nas decisões tomadas durante o processo.

A ACOG (2017a) recomenda o apoio emocional contínuo por parte do EESMO durante o TP, na medida em que se encontra associado a benefícios como o encurtamento do TP, taxas inferiores de utilização de analgesia epidural, taxas inferiores de cesarianas, recém-nascidos com índices de Apgar mais altos e experiências de parto mais positivas.

Ao longo do estágio, as intervenções para promover o bem-estar emocional e a relação terapêutica com a parturiente incluíram a presença constante, a escuta ativa e o silêncio quando adequados. O acompanhamento de cada parturiente foi sempre individualizado, numa atitude de apoio e incentivo. Outras intervenções focaram-se no domínio do conhecimento, providenciando informações acerca de procedimentos a realizar e da progressão normal do TP, explicação de termos técnicos e preparação para as sensações que a parturiente poderia vivenciar. A aquisição de conhecimentos promove a sensação de poder e controlo por parte da mulher, traduzindo-se numa participação mais consciente e ativa.

O acompanhamento da mulher em TP foi sempre orientado para a promoção do seu *empowerment*. Segundo Aires e colaboradores (2016), o conceito de *empowerment* na gravidez e no TP traduz-se na autorealização e independência, conquistadas através da interação com o ambiente e os outros indivíduos, potenciando a energia psicológica necessária para a concretização da experiência de parto desejada. Por conseguinte, foi essencial fornecer orientações à parturiente para que esta se sinta segura e confiante ao longo de todo o processo, promovendo a aquisição de poder e sensação de controlo, fomentando a sua participação ativa na tomada de decisão.

Tendo como base a perspetiva de empoderamento da mulher, surge o plano de parto. Este é um documento legal que traduz os desejos, as expectativas e necessidades pensadas pela grávida para o seu TP e parto, de acordo com as suas preferências e as *guidelines* de boas práticas, em condições de normalidade (Mouta et al., 2017). A elaboração do plano de parto promove na mulher o pensamento crítico e uma reflexão interior acerca dos seus desejos, necessidades e limites, levando-a a sentir controlo sob todo o processo. Durante a experiência de estágio não foi observada a entrega formal de um plano de parto. Contudo, os desejos da parturiente e do casal foram sempre tidos em conta e antes de qualquer procedimento era explicado a sua necessidade e obtido consentimento.

Durante o estágio foi possível observar algumas complicações inerentes à fase latente do TP. Algumas parturientes, principalmente nulíparas, apresentaram trabalhos de parto prolongados, sendo por vezes necessário recorrer a intervenções facilitadoras da maturação e da dilatação cervical.

Segundo a WHO (2018), o TP prolongado define-se como o progresso lento e anormal do TP, decorrente de contrações uterinas ineficazes, incompatibilidades feto-pélvicas e anomalias

na apresentação fetal ou nas estruturas ósseas e/ou tecidos moles pélvicos. Este é um problema mais comum nas nulíparas e está associado a taxas mais elevadas de mortalidade e morbidade materno-fetal, decorrente de infeções, rotura uterina ou intervenções cirúrgicas.

Perante o diagnóstico de TP prolongado e um índice de Bishop >7, Coutinho e colaboradores (2014) defendem a indução com ocitocina sintética em perfusão, com o intuito de iniciar/intensificar as contrações uterinas numa tentativa de favorecer a dilatação e extinção do colo uterino.

De acordo a WHO (2018), a administração de ocitocina para prevenção do TP prolongado não se encontra recomendada, devendo apenas ser realizada mediante um diagnóstico efetivo de TP prolongado e quando a dilatação cervical é >5 cm. O uso de ocitocina acarreta efeitos adversos como a hiperestimulação uterina, que consequentemente pode levar à taquissistolia, à hipóxia fetal e à rotura uterina. Quando realizada por rotina, esta intervenção tem implicações negativas na autonomia e no *empowerment* da parturiente, podendo também contribuir para a limitação da mobilidade devido à necessidade de monitorização CTG contínua.

Enquanto estudante, numa prática supervisionada, era frequente administrar ocitocina em perfusão, de acordo com a prescrição médica. O protocolo instituído no CMIN preconiza a administração de 10 UI de ocitocina diluídas em 1000ml de soro, em perfusão contínua, através de máquina perfusora com um débito inicial de 12ml/h, passível de ser aumentado num rácio de 12ml/h, a cada 30 minutos sem efeitos adversos.

A hiperestimulação uterina é uma das complicações mais frequentemente associada à aceleração do TP, podendo também ocorrer no TP de evolução espontânea. Segundo Campos (2014a), esta consiste na hipertonia uterina (aumento do tónus basal) e/ou de uma taquissistolia (mais de 5 contrações em cada 10min por um período >20min). Este aumento na frequência das contrações uterinas pode conduzir à hipóxia fetal, devido à contratilidade excessiva que impede a troca de gases que ocorre habitualmente no intervalo das contrações.

De acordo com Campos (2014a), perante uma situação de taquissistolia, torna-se imperativo a cessação imediata da terapêutica indutiva em curso, ou seja, a suspensão da perfusão ocitócica, a administração de fluídos, a manutenção da monitorização CTG e o posicionamento da parturiente em decúbito lateral esquerdo para promover a perfusão útero-placentária. Quando não existe uma resposta positiva a estas intervenções e perante alterações cardiotocográficas

relevantes, é iniciada imediatamente a tocolise aguda. Neste sentido, foi por vezes necessário administrar Salbutamol, pela sua ação ao nível do miométrio, diminuindo os níveis de cálcio intracelular, relaxando o músculo e reduzindo a frequência das contrações uterinas. Segundo o protocolo, era administrado Salbutamol 25ug/min, até uma dose máxima de 125ug, em 500ml de soro fisiológico EV, através de uma bomba perfusora a 150ml/h durante no máximo 5 minutos. Aliada à administração deste fármaco, torna-se relevante a monitorização da frequência cardíaca materna pelo risco de taquicardia.

Outra intervenção habitualmente associada à aceleração do TP é a realização da amniotomia, isto é, a rotura artificial de membranas. A sua utilidade para a progressão do TP não é consensual. Alguns investigadores (Majeed et al., 2013) defendem que a amniotomia reduz o tempo do TP, não tendo impacto nas taxas de cesariana ou na morbidade infantil. A etiologia deste processo é ainda desconhecida, mas acredita-se que a amniotomia despoleta a produção de prostaglandinas e ocitocina que, aliada ao encurtamento das fibras miométriais pela diminuição de LA, promove a eficácia das contrações uterinas e a dilatação cervical (Souza et al., 2010).

Por outro lado, uma revisão realizada por Smyth e colaboradores (2013) não encontrou qualquer relação entre a realização da amniotomia e o encurtamento do TP, havendo uma possível relação com o aumento da taxa de cesarianas. Por conseguinte, os autores não recomendam a amniotomia como procedimento de rotina nos cuidados perinatais.

A rotura artificial de membranas não é um procedimento inócuo, pois acarreta possíveis complicações como o prolapso do cordão umbilical, a compressão do pólo cefálico com implicações na FCF, o aumento da taxa de infeção ascendente, o sangramento fetal ou placentário, a embolia amniótica e o desconforto materno (Souza et al., 2010).

Algumas condições devem estar asseguradas antes de se considerar a realização da amniotomia, nomeadamente: dilatação cervical >3 cm; encravamento da apresentação fetal, ou seja, no III plano de Hodge para prevenir a compressão do cordão num eventual prolapso; a necessidade de quatro tomas de antibioterapia mediante a presença de SGB positivo, pelo risco de infeção; traçado CTG tranquilizador; e ausência de contra-indicações, como parto prematuro, gravidez múltipla, HTA, DG ou HIV positivo (Souza et al., 2010).

Na prática clínica foi possível observar a realização desta intervenção de uma forma rotineira, quando reunidas as condições anteriormente descritas. Sendo a prática em estágio

supervisionada, realizava este procedimento sob o consentimento informado da parturiente. Neste sentido, procedia ao exame vaginal com técnica asséptica e realizava a rotura das membranas com a pinça de Herff. Para prevenir o prolapso do cordão umbilical, a apresentação fetal é sustentada e a sua descida controlada. A monitorização CTG é mantida após o procedimento para detetar qualquer alteração decorrente do mesmo. No final registava a hora da rotura e as características do LA (cor, cheiro e quantidade).

Após estas tentativas para aceleração do TP, por vezes, não se observavam efeitos na dilatação do colo uterino, na descida da apresentação fetal e na progressão do TP. O TP estacionário pode ser diagnosticado quando se verifica a ausência de alterações cervicais durante, pelo menos, 4h com dilatação <6 cm ou 2h quando >6 cm de dilatação (DGS, 2015b). Contudo, as recomendações mais recentes da WHO (2018) consideram que uma evolução de 1 cm/h durante o 1º estadio de TP, como era preconizado anteriormente, é inadequada para identificar o risco de consequências materno-fetais e não pode ser considerado como a normalidade para todas as mulheres.

As causas do TP estacionário podem ser de natureza mecânica, quando as condições fetais ou as estruturas do canal de parto impedem a descida da apresentação fetal, ou de natureza dinâmica, associada à disfunção contrátil uterina (DGS, 2015b). Perante um diagnóstico estabelecido de TP estacionário, a parturiente era preparada para uma cesariana emergente.

2.3. 2º Estadio do trabalho de parto

O 2º estadio do TP inicia-se quando a parturiente apresenta a dilatação completa, correspondendo ao período expulsivo e terminando no momento da expulsão fetal, durante o qual a mulher sente uma vontade involuntária de puxar como resultado da contratilidade uterina (WHO, 2018).

Segundo as *guidelines* mais recentes (WHO, 2018), em nulíparas sem analgesia epidural este período pode demorar até 3 horas e em multíparas habitualmente completa-se em 2 horas. O recurso à analgesia epidural acrescenta 1 hora a estes *timings*. Contudo, as mesmas *guidelines* indicam que a duração deste período é muito variável de mulher para mulher e que o seu

prolongamento, para além destes tempos, não pode ser considerado como preditor dos resultados materno-fetais, desde que o traçado CTG se mantenha tranquilizador e a parturiente esteja hidratada e confortável.

O Royal College of Midwives (RCM, 2012a) sugere que o 2º estadio do TP pode ter ainda duas fases: a fase latente, em que a dilatação cervical se encontra completa mas na ausência de contratilidade expulsiva involuntária; e a fase ativa, que se inicia pelos esforços expulsivos, ocorre a coroação da apresentação fetal e termina na expulsão do feto.

Durante a fase latente do 2º estadio do TP ocorre uma acomodação progressiva da apresentação fetal às estruturas maternas. A dinâmica da passagem do feto pelo canal vaginal compreende seis movimentos essenciais: o encravamento, a descida, a flexão da cabeça, a rotação interna, a extensão da cabeça, a rotação externa e, por fim, a expulsão fetal (Graça, 2017). A vigilância da progressão do feto ao longo do canal de parto é crucial nesta fase para identificar a variedade e a posição do pólo cefálico relativamente à bacia materna. Neste sentido, durante o exame vaginal procedia à pesquisa da fontanela posterior, sendo o ponto de referência o osso occipital. Em todas as mulheres examinadas durante o estágio clínico, a apresentação fetal era cefálica, com posições e variedades distintas. A apresentação fetal pode ser em vértice, occipito-posterior (bregmática), de frente ou de face, sendo em vértice e bregmática as mais comumente observadas. Posteriormente, constatou-se que a cabeça do feto roda no sentido da sínfise púbica, de forma a conseguir o menor diâmetro possível para facilitar a sua passagem pelo canal de parto. Para esta rotação verificou-se que as variedades anteriores eram mais facilitadoras, sendo que as variedades posteriores prediziam, normalmente, partos mais prolongados.

A posição materna tem uma grande influência na acomodação do pólo fetal e as posições verticalizadas parecem promover o encurtamento do 2º estadio do TP, em particular nas variedades posteriores. Segundo o RCM (2012a), as parturientes que adotam posições verticalizadas ou lateralizadas durante o 2º estadio beneficiam de um encurtamento significativo neste período, uma menor taxa de partos instrumentados, uma menor taxa de episiotomia e taxas mais elevadas de satisfação materna e controlo da dor. Contudo, estas posições também estão associadas a uma taxa superior de lacerações em 2º grau e maior risco de hemorragia com perda sanguínea > 500ml.

De igual modo, a ACOG (2018a) também defende que posições verticalizadas ou lateralizadas, em comparação com a posição de litotomia, estão associadas a taxas inferiores de episiotomias

e partos instrumentados, apesar de existir uma relação com taxas superiores de lacerações em 2º grau. Mais concretamente, os autores defendem que a parturiente com analgesia epidural em decúbito lateral tem maior probabilidade de manter o períneo intacto, em comparação com a posição de litotomia (40% vs. 12%).

Atualmente sabe-se que a posição de litotomia tem grandes desvantagens para a evolução do TP, entre as quais: a compressão dos grandes vasos maternos (artéria aorta e veia cava) pelo útero gravídico, podendo levar à hipotensão e à bradicardia materna; as alterações no fluxo uteroplacentário, com menor oxigenação fetal e, conseqüentemente, alterações visíveis no traçado CTG; a menor eficácia das contrações uterinas e dos esforços expulsivos, contra a gravidade; a descida do feto ao longo do canal de parto não é favorecida, pois o feto é direcionado para o triângulo posterior e é obrigado a subir durante a expulsão para vencer a curvatura pélvica; a cabeça fetal não exerce pressão sustentada sobre o períneo, o que dificulta a sua distensão gradual; é uma posição percebida como menos confortável e mais dolorosa para a mulher (Mineiro et al., 2016). Contudo, esta é a posição mais frequentemente utilizada nos serviços obstétricos hospitalares.

Devido ao facto da generalidade das parturientes assistidas durante o estágio se encontrarem com analgesia epidural em perfusão, a sua mobilidade encontrava-se limitada pelo bloqueio motor dos membros inferiores e por isso não foram implementadas as posições verticalizadas. Em alternativa, eram encorajados os decúbitos laterais, a posição de cócoras ou a posição de sentada na cama com a cabeceira elevada numa tentativa de verticalização. No entanto, tive oportunidade de assistir uma parturiente sem analgesia epidural que adotou posições verticais e de cócoras durante a fase latente do 2º estadio. No CMIN, a posição de litotomia é a preconizada para o momento da expulsão fetal, quer para parturientes com analgesia epidural, quer para os partos sem analgesia. Sendo esta uma prática tutelada, a posição de litotomia foi a utilizada a partir do momento em que o feto se encontrava no III plano de Hodge.

Após assegurar o posicionamento da parturiente, procedia à preparação do material para o parto. Inicialmente efetuava a lavagem perineal e vulvar. Em seguida realizava a higienização das mãos e vestia o equipamento de proteção individual (barrete, máscara, bata e luvas). Seguindo as normas assépticas, colocava as pernas e o campo com funil esterilizados. Na mesa de apoio dispunha o *kit* de parto com todo o material necessário por ordem de utilização.

Durante o 2º estadio do TP destacam-se na parturiente a sensação de vulnerabilidade, a ansiedade e o medo. A mulher fica mais perspicaz ao tom de voz, à comunicação verbal e não verbal, ocorrendo frequentemente alterações nas suas expressões faciais, nas ações e vocalizações (RCM, 2012a). Para além da promoção do conforto, considerou-se importante incentivar o envolvimento do acompanhante, promovendo o contacto físico e a comunicação verbal, através do toque, do encorajamento verbal e de pequenos gestos significativos como molhar o rosto com compressas de água fresca. O papel do acompanhante é essencial na medida em que promove a calma e a segurança na mulher, facilita o encorajamento nos momentos mais difíceis e providencia apoio físico e emocional (Souza et al. 2016).

Para além desta maior dependência física e emocional nesta fase, a progressão da apresentação fetal no canal de parto desencadeia na parturiente o estímulo involuntário do puxo. Este reflexo, designado como reflexo de Ferguson, decorre devido à pressão exercida pela apresentação fetal nos recetores da face posterior da vagina, levando à libertação de ocitocina (Graça, 2017). Contudo, a analgesia epidural acarreta um bloqueio neuronal desta perceção, diminuindo a sensibilidade e este estímulo. Por este motivo, é muitas vezes empregue o puxo dirigido.

Segundo o RCM (2012a), o puxo dirigido, em particular a manobra de Valsalva, implica um compromisso na oxigenação fetal, diminui a funcionalidade dos músculos pélvicos, aumenta a duração do 2º estadio de TP e diminui a satisfação materna com a experiência de parto. Os mesmos autores defendem que não existe evidência que sustente a necessidade de orientar o puxo e o EESMO deve encorajar a parturiente a seguir as orientações do seu próprio corpo. No caso das parturientes sob analgesia epidural, a WHO (2018) recomenda o adiamento do puxo até 2 horas após a dilatação cervical completa para que a mulher readquira a sensibilidade na zona perineal e efetue um puxo espontâneo. Por outro lado, Lemos e colaboradores (2017) indicam que a evidência ainda é escassa e apesar do puxo espontâneo estar associado a um encurtamento do TP, os *outcomes* materno-fetais não estão ainda bem estudados. Perante esta falta de evidência, a ACOG (2017a) recomenda que o puxo seja realizado da forma que a parturiente preferir e o que seja mais eficaz em cada contexto.

Nos partos que decorreram sem analgesia epidural, foi possível observar a realização do puxo espontâneo com sucesso. Em contrapartida, nas parturientes sob analgesia epidural verificou-se frequentemente a ineficácia dos esforços expulsivos, sendo empregue o puxo dirigido através da coordenação da respiração com os esforços expulsivos.

À medida que a apresentação sofre o processo de modelagem através do canal de parto, o períneo abaula-se até adquirir uma forma ovóide, ocorrendo a coroação da cabeça fetal. É neste ponto que surge a necessidade de promover a integridade do períneo, sendo esta uma questão que suscita alguma controvérsia na prática obstétrica.

Apesar das características pessoais de cada mulher e do local de parto terem uma grande influência nas taxas de lacerações perineais, a ACOG (2018a) refere que entre 53% a 79% das mulheres sofrem algum tipo de laceração perineal durante o parto vaginal, sendo a maioria lacerações de 1º e 2º grau. As lacerações podem ser classificadas em 4 graus distintos, sendo o 1º grau uma lesão superficial envolvendo a pele vaginal ou perineal; o 2º grau envolvendo os músculos perineais sem atingimento do esfíncter anal; o 3º grau envolvendo o esfíncter anal ao nível externo; e o 4º grau envolvendo a mucosa do esfíncter anal (Elharmeel et al., 2011).

A promoção da integridade do períneo é facilitada pela manipulação reduzida dos tecidos no 2º estadio, pelas posições verticalizadas, pelos esforços expulsivos espontâneos e pela episiotomia seletiva (Fatia et al., 2016). A episitomia consiste numa incisão do períneo realizada frequentemente com o objetivo de aumentar a área de saída do feto e prevenir lacerações. Contudo, os mesmos autores defendem que não existe evidência científica que justifique a utilização da episiotomia para diminuir a frequência de lacerações perineais, incontinência urinária ou futuros prolapso vaginais.

A episitomia não é um procedimento inócuo, na medida em que acarreta consequências a curto, médio e longo prazo para a mulher. Entre estas incluem-se a hemorragia, a dor no pós-parto, a dispareunia e a disfunção sexual até 18 meses após o parto, a infecção e a deiscência da ferida cirúrgica, a incontinência urinária, implicações na mobilidade e na recuperação pós-parto, dificuldades na amamentação e vinculação com o RN, bem como o possível aumento do risco de trauma perineal em partos subsequentes (Elharmeel et al., 2011).

A realização da episiotomia encontra-se apenas indicada nas seguintes condições: partos vaginais distócicos, macrosomia fetal, distócia de ombros, apresentação pélvica, cicatrizes prévias que possam resultar em lacerações graves, sofrimento fetal agudo, rigidez perineal e/ou altura do períneo <3 cm (Fatia et al., 2016). As *guidelines* mais atuais (ACOG, 2018a; WHO, 2018) recomendam a realização da episiotomia de forma ponderada, seletiva e individual, pois a sua utilização rotineira consiste numa prática prejudicial para a mulher.

A observação e vigilância do períneo ao longo do período expulsivo permite controlar a velocidade do desprendimento do pólo fetal e dos acrómios, contribuindo para a prevenção do trauma sem ser necessário recorrer à episiotomia (Fatia et al., 2016). Contudo, refletindo acerca do meu percurso enquanto estudante do MESMO, posso evidenciar a dificuldade sentida em perceber a verdadeira necessidade de realização da episiotomia, sendo que algumas foram realizadas por insegurança, uma característica comum no processo de aprendizagem e aquisição de competências.

Dos 50 partos eutócicos realizados, em 24 foi realizada a episiotomia. Efetuou-se na direção mediolateral esquerda, uma vez que, em relação à episiotomia mediana, apresenta menor risco de atingimento da mucosa anal. Apesar de provocar menor lesão nas estruturas perineais, este tipo de episiotomia encontra-se associada a maior dor no pós-parto e maior perda sanguínea. Para a execução desta técnica teve-se em conta as seguintes considerações: garantir a administração de anestesia local, na ausência de analgesia epidural; executada durante a contração uterina; no momento de coroamento e distensão do períneo; sem muita antecedência para não aumentar o tempo de hemorragia; partindo da fúrcula em direção à tuberosidade isquiática; com extensão suficiente para aliviar a resistência perineal; inserindo o dedo indicador e médio entre a apresentação e a parede vaginal e colocando a tesoura entre os mesmos (Fatia et al., 2016).

As manobras realizadas para facilitar a expulsão fetal têm também um impacto na promoção da integridade do períneo. A escolha do tipo de abordagem não é consensual na literatura, podendo ser estabelecida uma distinção entre a abordagem *hands-off*, em que a enfermeira adota uma atitude expectante e observacional, sem contacto com o períneo ou a cabeça fetal até à extração espontânea dos ombros, e as manobras *hands-on*, em que uma mão suporta a cabeça fetal e a outra apoia o períneo. Aasheim e colaboradores (2017) concluíram que, comparando as duas abordagens, não existem diferenças estatisticamente significativas quanto à integridade do períneo. Por sua vez, Antonakou (2017) refere que as manobras *hands-on* reduzem a incidência de lacerações perineais em 23% para as lacerações de 3º grau, e em 71% para lacerações de 4º grau. As *guidelines* da WHO (2018) sugerem que a abordagem *hands-off* não aumenta a incidência de períneos íntegros e parece estar associada a um aumento na taxa de lacerações de 1º grau e, por isso, recomendam as manobras *hands-on* para proteção do períneo.

Nos partos eutócicos realizados foi privilegiada a tração controlada da cabeça fetal através da manobra de Ritgen. Segundo o RCM (2012b), esta manobra parece estar relacionada com uma redução na incidência do trauma perineal ao estimular a extensão precoce da cabeça fetal. Esta manobra envolve a proteção do períneo por parte do EESMO com a mão direita, enquanto a mão esquerda promove o desencravamento das bossas parietais do feto ao exercer pressão na direção descendente, evitando o desprendimento brusco da cabeça fetal. Neste ponto verificou-se a restituição da cabeça fetal, direcionando-se no sentido da tuberosidade isquiática espontaneamente ou, quando necessário, com apoio com duas mãos assentes nos parietais. Após a rotação dos ombros para o menor diâmetro biacromial, realizava-se a exteriorização do ombro anterior com uma ligeira tração no sentido descendente e depois no sentido ascendente para libertar o ombro posterior. Enquanto a mão direita protegia o períneo, a esquerda procedia à exteriorização total do feto.

Em alguns dos partos realizados foi verificada a presença de circulares do cordão umbilical após a exteriorização da cabeça. Neste momento, era solicitado à parturiente para não realizar esforços expulsivos e procedia-se ao desenrolar do cordão à volta da cabeça. Perante uma circular apertada adotou-se uma conduta interventiva, através da clampagem e laqueação prévia do cordão umbilical.

Durante o estágio foi também possível presenciar uma distócia de ombros. Esta é uma emergência obstétrica imprevisível, e que pode acarretar complicações maternas e neonatais significativas. Alguns fatores de risco prévio encontram-se identificados, tais como a macrossomia fetal, a DG, o prolongamento dos 1º e 2º estádios do TP, partos instrumentados e episódios anteriores de distócia de ombros. Esta ocorre quando não é possível extrair os ombros através das manobras habituais de tração, quer pelo bloqueio do ombro anterior na sínfise púbica, quer pelo bloqueio do ombro posterior no promontório sagrado. Alguns dos sinais mais comuns são: o sinal de tartaruga, em que ocorre a retração da cabeça fetal sob o períneo materno após a sua exteriorização e a ausência de rotação interna do diâmetro biacromial. Para a parturiente, este evento pode causar a hemorragia pós-parto (HPP), decorrente da rotura uterina e de lesões no canal de parto. Para o RN, a lesão do plexo braquial e as fraturas do úmero e clavículas são as lesões mais comuns (Marques et al., 2011).

Após o diagnóstico da distócia de ombros, a EESMO tutora foi alertada, assim como outros profissionais, iniciando-se as manobras de resolução externas. Tal como recomendado na

literatura (Campos, 2014b), foi realizada Manobra de McRoberts, isto é, a hiperextensão das coxas da parturiente sobre o abdômen, seguida da manobra de Rubin I, traduzida pela pressão suprapúbica contínua, conseguindo a rotação do ombro anterior em direção ao tórax fetal. No caso experienciado, estas manobras resolveram a situação sem outras consequências. Contudo, caso não tivessem sido eficazes, teria sido ponderada a necessidade de realizar a episiotomia e utilizadas as manobras de resolução internas, que incluem a manobra de rotação de Woods, a Manobra de Rubin II e a extração do ombro posterior. Estas manobras têm como objetivo a rotação do diâmetro biacromial fetal para a posição oblíqua, relativamente à pelve materna, sendo distinto o membro em que é efetuada a pressão (anterior ou posterior) e a direção da força aplicada.

Em alguns dos partos realizados foi também observada a presença de LA com mecônio. A síndrome de aspiração meconial (SAM) é uma das complicações derivadas desta condição e é um fator determinante na mortalidade perinatal. Atualmente, não se preconiza a aspiração de secreções nasofaríngeas à vulva. A evidência comprova que a SAM pode ocorrer mesmo em recém-nascidos após a aspiração, independentemente de quando realizada. Neste sentido, as *guidelines* da ACOG (2017b) não recomendam a aspiração de secreções intraparto por rotina, uma vez que a sucção na faringe posterior pode desencadear a estimulação do nervo vago e, conseqüentemente, períodos de apneia ou bradicardia. Se o RN apresentar choro vigoroso, esforços respiratórios normais e bom tônus muscular, é recomendado que sejam prestados os cuidados normais para adaptação à vida extra-uterina. Nos casos observados foi realizada a aspiração de secreções, no reanimador, pelo médico pediatra, sendo posteriormente avaliada a resposta do RN e, se positiva, colocado em contacto pele-a-pele com a mãe.

Após o nascimento, é importante avaliar a capacidade de adaptação do RN à vida extra-uterina, sendo frequente a utilização do índice de Apgar. Este implica a avaliação de cinco itens: a frequência cardíaca, a respiração, a coloração da pele, a irritabilidade reflexa (choro) e o tônus muscular ao 1º, 5º e 10º minutos de vida. Realiza-se a auscultação da frequência cardíaca, a observação direta dos movimentos torácicos, a observação da cor (pálida, cianótica ou rosada), a identificação do tipo de choro (ausente, gemido ou vigoroso) e a avaliação do grau de flexibilidade dos membros. O score final é obtido pelo somatório da pontuação atribuída a cada item. O índice de Apgar é um bom preditor da necessidade de uma vigilância mais apertada mas

não deve ser utilizado para determinar a necessidade de reanimação no momento ou mesmo para prever problemas futuros (ACOG, 2015).

O RN é inicialmente colocado sobre o abdómen da mãe, realizando-se a limpeza do nariz e boca com uma compressa limpa para promover a permeabilização das vias aéreas, assim como a estimulação do dorso, de baixo para cima, para permitir a mobilização das secreções. Para evitar a perda de calor por evaporação através da pele, o RN é logo embrulhado num campo seco previamente aquecido.

Ainda sobre o abdómen da mãe, procedia-se à laqueação do cordão umbilical, com a colaboração do acompanhante ou da própria parturiente, conforme as preferências previamente discutidas com a mulher/casal. Cada vez mais se preconiza a clampagem tardia do cordão, pelos benefícios inerentes para o RN. O atraso na clampagem do cordão potencia a passagem contínua de sangue da placenta para o RN durante mais um a três minutos após o nascimento, o que favorece o aumento das reservas de ferro até 50%, com conseqüente diminuição em 61% da anemia na infância, redução da incidência de hemorragia intraventricular em 59% nos recém-nascidos prematuros e redução da incidência de enterocolite necrosante (62%) e sépsis neonatal (29%) (OMS, 2013). Esta prática é ainda controversa pois acarreta um aumento na incidência de icterícia neonatal com necessidade de fototerapia. Contudo, a ACOG (2017c) defende que os benefícios para o RN superam os potenciais riscos e por isso recomenda a clampagem tardia do cordão umbilical em pelo menos 1 minuto. De acordo com o protocolo instituído no CMIN, a clampagem do cordão era realizada ao fim do 1º minuto de vida.

Após a laqueação do cordão umbilical, o RN era colocado em contacto pele-a-pele com a mãe. Este é realizado com o RN em contacto direto com o tórax da mãe, com um lençol aquecido a cobri-lo, com a cabeça orientada para a face materna. Segundo Moore e colaboradores (2016), o contacto pele-a-pele promove a estabilização da temperatura corporal do RN, diminui os seus níveis de stresse, conduz ao aumento dos níveis de ocitocina na mulher e promove o início precoce e espontâneo da amamentação, potenciando também a vinculação entre ambos. A ACOG (2016b) reforça esta prática no âmbito da promoção e manutenção da amamentação.

2.4. 3º Estadio do trabalho de parto

O 3º estadio do TP, designado habitualmente por dequitação, decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta. Após a expulsão do feto, ocorre uma diminuição súbita das dimensões uterinas que, aliada à contratilidade uterina, leva a uma redução significativa da área de implantação da placenta, sofrendo um espessamento. Esta tensão provoca a rotura das vilosidades com formação de hematoma retroplacentar, potenciando o deslocamento do revestimento basal e expulsão placentar (Fatia et al., 2016).

Existem dois tipos de mecanismo de expulsão placentar. O mais comum, correspondente a cerca de 75% dos casos, designa-se por mecanismo de Schultze e caracteriza-se por uma separação inicial que decorre na zona mais central da placenta, formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta. Neste mecanismo a face fetal sai em primeiro lugar, com sangramento somente após a expulsão completa. Por outro lado, o mecanismo de Duncan inicia o descolamento placentar pela periferia, separando as membranas da parede uterina, com descida lateral da placenta. A superfície materna apresenta-se em primeiro lugar, acompanhada de direto e contínuo sangramento (Fatia et al., 2016).

A dequitação é um processo que acarreta riscos, em particular o risco de HPP. Esta é definida como a perda sanguínea igual ou superior a 1000ml, ou perda sanguínea acompanhada de sinais e sintomas de hipovolemia nas 24 horas após o parto. A HPP pode surgir derivada de várias condições, entre as quais se incluem: atonia uterina, traumas perineais, retenção placentar, placenta acreta, distúrbios da coagulação, inversão uterina, produtos de concepção retidos e infeção. A HPP mantém-se nos dias de hoje como a principal causa de mortalidade materna ao nível mundial (ACOG, 2017d). Neste sentido, é um período que exige uma vigilância constante com o intuito de prevenir ou minimizar complicações para a mulher.

A intervenção do EESMO no 3º estadio do TP pode ter duas abordagens: a atitude expectante ou a gestão ativa. A primeira implica que o profissional aguarde pela expulsão placentar espontânea, sem intervenções mecânicas ou farmacológicas, respeitando os mecanismos fisiológicos e vigiando os sinais que caracterizam a saída iminente da placenta (Begley et al.,

2015). Os sinais que caracterizam a separação da placenta da parede uterina incluem o súbito fluxo de sangue pela vulva, a elevação do útero no abdómen, a mudança da forma uterina de discoide para ovoide e a progressão do cordão umbilical para o exterior (Fatia et al., 2016). Segundo Begley e colaboradores (2015), a gestão ativa da dequitação envolve três componentes: a administração de uterotônicos, a clampagem do cordão umbilical antes de terminar de pulsar e a tração controlada do cordão após os sinais de separação da placenta. A clampagem do cordão foi descrita no estadio anterior e por isso serão abordadas neste capítulo as outras duas intervenções.

Na revisão de literatura realizada por Begley e colaboradores (2015) verificou-se que a atitude expectante acarreta um maior risco de HPP. A gestão ativa, por outro lado, está associada a uma redução do risco de HPP e anemia no pós-parto, apesar de ter como efeitos o aumento na pressão arterial, dor no pós-parto, vômitos e hemorragias tardias. Nas *guidelines* mais atuais, a WHO (2018) recomenda a administração de uterotônicos e a realização da tração controlada do cordão, na medida em que está associada a uma redução da perda sanguínea e a uma redução da duração do 3º estadio do TP. O fármaco uterotônico mais adequado consiste na ocitocina 10 UI IV. Os mesmos autores defendem que a massagem uterina não previne a HPP, apenas contribui para a gestão da HPP quando o diagnóstico está estabelecido. Mediante a intervenção ativa, a dequitação deve ocorrer em 30 minutos. Contudo, optando pela atitude expectante, o tempo fisiológico da dequitação pode ir desde 45 minutos a 1 hora, se não ocorrer uma perda sanguínea excessiva (Fatia et al. 2016).

Na prática clínica durante o estágio, após a expulsão fetal, realizava a colheita de sangue para células estaminais, seja para o banco público ou privado, quando o casal assim o tinha indicado previamente, ou realizava a colheita de sangue do cordão na presença de uma mulher com grupo de sangue O ou RH negativo, para prevenir a doença hemolítica do RN. Após estes procedimentos removia-se a pinça do cordão umbilical, uma vez que parece promover a separação mais rápida da placenta. Entretanto, mantinha a observação para detetar os sinais de separação placentar. Para verificar que a placenta se encontrava devidamente descolada, era realizada a manobra de Kustner, na qual o bordo externo da mão é colocado acima do bordo superior da sínfise púbica, exercendo pressão na vertical em direção à coluna vertebral e verificando se o cordão retraía ou não (se retraindo considera-se que ainda não ocorreu a separação completa). Durante a expulsão da placenta procedia-se à tração controlada do cordão, sem forçar para não provocar a inversão

uterina ou rotura do cordão, enquanto se incentivava os esforços expulsivos. Quando a placenta atingia o intróito vaginal, realizava-se a manobra de Dublin, nomeadamente, os movimentos rotativos até à exteriorização completa da placenta e membranas. Em todas as mulheres acompanhadas não foram observados casos de retenção placentar ou de membranas fragmentadas. Conforme protocolo da instituição era neste momento iniciada a perfusão de ocitocina EV, a 250ml/h, que era mantida até ao final do período de hemostase.

Relativamente às experiências de estágio, verificou-se um caso de HPP após um dos partos instrumentados assistidos. Para a gestão desta condição foram utilizados fármacos uterotónicos, a massagem uterina, o tamponamento e a inserção de um balão de Bakri (balão intrauterino) para promover o controlo hemorrágico. Segundo Alves e colaboradores (2014), a aplicação do balão de Bakri para a gestão da HPP apresenta habitualmente uma taxa de sucesso de cerca de 90%, com 80% dos casos associados à retenção placentária e 100% dos casos derivados de atonia uterina. Contudo, no caso em questão, após todas as intervenções a parturiente foi submetida a cirurgia emergente.

Após a expulsão placentar, procedeu-se à inspeção da placenta, membranas e cordão umbilical. Esta vigilância é essencial para detetar uma possível retenção de fragmentos placentares, que se associam a quadros hemorrágicos e, posteriormente, ao desenvolvimento de infeção puerperal (ACOG, 2017d). Relativamente à placenta, observava o seu tamanho e forma, a regularidade dos bordos, a reconstrução da câmara âmnic, a verificação dos dois folhetos (córion e amnión), a inserção da placenta e a integridade dos cotilédones ou presença de cotilédones aberrantes. No cordão umbilical era observado o número de vasos (2 artérias e 1 veia), assim como era verificada a presença de nós, verdadeiros ou falsos, ou outras anomalias, bem como a presença de geleia de Wharton e o comprimento do cordão (Graça, 2017).

Em seguida, procedia-se à inspeção do canal de parto e avaliavam-se as estruturas afetadas. Na presença de períneo íntegro, eram realizados os cuidados de higiene perineal, colocando-se a parturiente numa posição confortável e prestados os restantes cuidados. No caso de serem identificadas lacerações ou no caso de ter sido realizada a episotomia, procedia-se à higiene perineal, à disposição do material necessário e à substituição do material de proteção individual. A seleção do fio de sutura deve ter em conta o tipo de correção necessária, contudo o fio preconizado pela instituição era o Vicryl Rapid 2.0 ou 3.0. Durante o estágio não foram

observadas lacerações de 3º ou 4º grau, tendo surgido a oportunidade de corrigir 7 lacerações de 2º grau.

Após nova inspeção do canal de parto, era introduzido um tamponamento para evitar o sangramento persistente e promover uma melhor visualização dos tecidos. Antes de iniciar o procedimento, avaliava a necessidade de infiltração de analgesia. Alguns autores (Steen et al., 2016) recomendam uma técnica de sutura contínua não cruzada para a correção da mucosa vaginal e da camada muscular, seguida por uma sutura contínua intradérmica para a camada da pele. Por outro lado, outros autores (Campos et al., 2014b) defendem que a sutura contínua com encerramento intradérmico está associada a uma menor intensidade de dor nos primeiros 10 dias de puerpério, a menor necessidade de remoção dos pontos, a menor incidência de deiscência da ferida e melhor satisfação da mulher com a sutura, sendo por isso o método primordial para correções de lacerações do 2º grau e episorrafias. No contexto de estágio e perante uma prática supervisionada, realizava a sutura contínua não cruzada na mucosa vaginal, seguida por pontos separados com nó triplo na região muscular e por fim pontos separados de Donatti para o tecido da pele.

Finalizada a sutura, era removido o tamponamento e realizavam-se os cuidados de higiene perineais, sendo aplicado gelo na região perineal se os tecidos se apresentassem edemaciados. Os benefícios da crioterapia no períneo serão analisados no próximo capítulo. Neste momento, considerava-se pertinente realizar a palpação uterina para avaliar a perda sanguínea e verificar a formação do globo de segurança de Pinard.

O período de hemostase corresponde à primeira hora após a expulsão da placenta. A musculatura uterina mantém uma contratilidade potente, tamponando a saída dos vasos sanguíneos que irrigavam a placenta e impedindo o sangramento excessivo. Paralelamente, ocorre a formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, formando um hematoma na região da ferida placentar. Após este período, o útero apresenta-se firmemente contraído, completando assim o mecanismo de homeostasia (Fatia et al., 2016). Durante este período e segundo os mesmos autores, procedia-se à palpação abdominal para verificar a presença do globo de segurança de Pinard, era avaliada a perda sanguínea e monitorizados os sinais vitais de 15 em 15 minutos.

Ao longo deste processo era mantido o contacto pele-a-pele entre a mulher e o RN e promovida a amamentação. Antunes e colaboradores (2017) explicam que a amamentação na primeira hora

de vida é considerada um fator protetor da mortalidade neonatal, devido à colonização intestinal de bactérias encontradas no leite materno e aos fatores imunológicos presentes no colostro materno. Os mesmos autores revelam os benefícios da amamentação precoce para a vinculação e relação entre a mulher e o RN. Segundo a ACOG (2016b), o contacto pele-a-pele e a amamentação na 1ª hora de vida parecem aumentar a manutenção da amamentação em mais 42,6 dias. Se não ocorressem complicações, após a mamada era promovida a ingestão de alimentos e a hidratação da mulher. Terminada a perfusão de ocitocina e removido o catéter epidural, a puérpera era auxiliada no autocuidado higiene e vestuário e, quando possível e apropriado, era realizado o 1º levante e a mulher era encorajada a usar o sanitário.

Relativamente ao RN, era mantido em contacto pele-a-pele com a mãe por pelo menos 1 hora ou até finalizar a mamada. Nesse momento era avaliado pelo médico pediatra, sendo então avaliado o peso corporal, o perímetro cefálico e o comprimento, assim como administrada a vitamina K e aplicada a pomada oftálmica, segundo o protocolo da instituição. Considerou-se também pertinente manter a vigilância dos parâmetros de vitalidade, como a frequência cardíaca, padrão respiratório, tónus muscular, cor e irritabilidade reflexa, para prevenir qualquer complicação neonatal. Verificou-se que um dos recém-nascidos acompanhados durante o estágio necessitou de intervenções ao nível da reanimação neonatal 1 hora após o parto.

Após estarem garantidos os cuidados, tanto à mulher como ao RN, foram realizados todos os registos dos fenómenos e intervenções de enfermagem correspondentes ao TP e parto. Em condições de normalidade, no final de 2 horas pós-parto, decorria a transferência da puérpera e do RN para o serviço de puerpério.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO AUTOCUIDADO NO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE

A mudança é uma característica inerente ao período correspondente ao pós-parto, tanto para a mulher como para o RN. Nesta fase, o organismo da mulher inicia o processo de restabelecimento à sua condição pré-gravídica, ocorrendo alterações físicas e psicológicas, com grande relevância ao nível dos sistemas endócrino e reprodutor.

De acordo com Cunningham e colaboradores (2012), o puerpério consiste no período que se inicia duas horas após a expulsão do feto e da placenta, tendo uma duração de quatro a seis semanas, no qual ocorrem mudanças fisiológicas correspondentes à passagem do estado gravídico para o não gravídico, consoante a individualidade da fisiologia de cada mulher. O puerpério pode ser dividido em três períodos: o puerpério imediato, correspondente às primeiras 24 horas pós-parto, em que podem ocorrer com maior frequência algumas complicações; o puerpério precoce, que se estende à primeira semana após o parto; e o puerpério tardio, que diz respeito ao período até à sexta semana pós-parto, até ocorrer a involução completa do útero e o regresso do ciclo menstrual (Graça, 2017).

O puerpério é uma fase crítica na vida das mulheres e coincide com a fase de adaptação e grande vulnerabilidade dos seus recém-nascidos. A maioria dos casos de mortalidade e morbidade materna e neonatal corresponde a alterações fisiopatológicas neste período. Contudo, a WHO (2013) classifica o puerpério como o período mais negligenciado na prestação de cuidados obstétricos. Por este motivo, enquanto EESMO, urge intervir no sentido de proporcionar atividades de vigilância e uma prestação de cuidados holística, tanto para a mulher como para o RN.

3.1. Contextualização do estágio

Este estágio decorreu entre o dia 3 de janeiro e 24 de fevereiro de 2018, sob a supervisão de uma EESMO no serviço de Puerpério do CMIN.

Nas primeiras duas horas após o parto, concluindo-se o quarto estadio de TP, a puérpera e o RN são admitidos na unidade de puerpério. Esta acolhe todas as puérperas e recém-nascidos de baixo risco, independentemente do tipo de parto. O tempo de permanência nesta unidade depende do estado de saúde da mulher e do RN e do tipo de parto, sendo que o internamento após cesariana tem uma duração de três dias, devido aos riscos associados a uma cirurgia abdominal, enquanto o internamento após parto eutócico ou distócico por ventosa / fórceps tem uma duração de dois dias.

Neste serviço encontra-se implementado o alojamento conjunto, isto é, a permanência do RN de baixo risco junto à sua progenitora durante as 24 horas do dia até à alta hospitalar. Shrivastava e colaboradores (2013) sugerem que esta proximidade entre a puérpera e o seu RN promove a ligação/vinculação mãe-filho, sendo essencial para o desenvolvimento emocional infantil. De igual modo, a puérpera é motivada a responder às necessidades do seu filho, sentindo-se mais confiante e competente nestas tarefas. Mesmo no âmbito da amamentação surgem benefícios, nomeadamente na frequência e duração da amamentação exclusiva (Jaafar et al., 2016).

No CMIN é promovida também a presença do pai (ou de outra pessoa significativa), oferecendo a possibilidade de alojamento para os três num quarto individual durante as 24 horas do dia. Atualmente, preconiza-se o envolvimento do companheiro em todo este processo de integração do novo membro na família. Cada vez mais se pretende que a gravidez deixe de ser um conceito restrito à mulher e ao universo feminino, passando a estar relacionada com o conceito de “casal grávido”. A integração do pai nos cuidados diretos ao RN logo após o nascimento é fundamental, pois permite uma interiorização mais fácil do papel parental (Nogueira et al., 2012).

Durante este estágio foram várias as mulheres, casais e recém-nascidos alvos da prestação de cuidados. O **Quadro 8** evidencia o total de clientes atendidos neste âmbito.

EXPERIÊNCIAS NO ÂMBITO DO PUERPÉRIO			
Puérperas		Recém-nascidos	
Baixo risco	Alto risco	Baixo risco	Alto risco
81	42	98	17
Total de experiências: 123 puérperas + 115 recém-nascidos			

Quadro 8: Experiências no âmbito do puerpério.

3.2. Cuidados à mulher/família no período pós-parto

A prestação de cuidados à mulher e ao RN no puerpério imediato é fundamental para a saúde materna e neonatal. Os EESMOs, nas suas atividades de vigilância materno-infantil, são responsáveis pela prevenção e deteção precoce de complicações, assim como pelo apoio prestado ao casal na transição para a parentalidade.

3.2.1. Necessidades da mulher na fase puerperal

No puerpério podem ser identificadas diferentes fases da evolução do estado emocional e comportamento materno. Segundo Rubin (1977 cit. por Cunningham et al., 2012), as primeiras 24 horas caracterizam-se como a fase dependente da puérpera, numa atitude introspetiva, na qual a sua atenção se encontra direcionada para si própria, para as suas necessidades fisiológicas básicas e respostas emocionais à experiência do parto. Esta dependência resulta parcialmente

do desconforto físico e da exaustão associados ao parto, assim como da insegurança na sua capacidade para cuidar do RN. Neste sentido, o foco da intervenção do EESMO, nesta fase, deve orientar-se para o bem-estar físico e emocional da puérpera, a prevenção de complicações, a manutenção do conforto, implementando atividades de educação para o autocuidado e satisfação das necessidades básicas, estimulando a comunicação e a expressão de emoções relacionadas com a experiência da gravidez e do parto.

A partir do segundo dia de puérperio inicia-se a fase dependente-independente, que poderá ter uma duração de dez dias até várias semanas. Nesta fase, a mulher evidencia a intenção de assumir a responsabilidade pelos cuidados ao RN, procurando informação e demonstrando interesse nas atividades com ele relacionadas (Rubin, 1977 cit. por Cunningham et al., 2012). A partir deste ponto é então pertinente, por parte do EESMO, a promoção de conhecimentos e de habilidades relacionadas com os cuidados ao bebé.

3.2.1.1. Acolhimento e avaliação inicial

À chegada ao serviço de internamento, a puérpera era acolhida de forma harmoniosa, sendo este um aspeto essencial das boas práticas de enfermagem. Tal como referido nos capítulos anteriores, o acolhimento tem um impacto preponderante na experiência de internamento da mulher/casal. Neste contexto iniciava este acolhimento pela minha apresentação como aluna do MESMO; descrevia o espaço físico; explicava as rotinas do serviço e as atividades de vigilância necessárias ao longo do internamento, tanto para a puérpera como para o RN; informava sobre o horário das visitas e a possibilidade de acompanhamento por uma pessoa significativa.

Procedia à avaliação inicial efetuando a recolha de dados da cliente, com recurso à informação transmitida pela EESMO do núcleo de partos, a qual incluía em relação à puérpera: tipo de parto, índice obstétrico, antecedentes pessoais relevantes, grupo de sangue e fator RhD, presença/ausência do agente SGB na mucosa vaginal/retal, condição do períneo e características da contração uterina e lóquios. Era igualmente relevante a consulta dos dados clínicos registados

no sistema informático, tais como: idade, índice de massa corporal, profissão, estado civil, antecedentes pessoais, alergias, medicação habitual, história obstétrica e história da gravidez atual.

Em seguida, realizava o exame físico. Segundo Santos e colaboradores (2014), o puerpério após parto vaginal, sem complicações ou patologia associada, pode ser considerado de baixo risco. No entanto, mantém-se a necessidade de vigilância de parâmetros fisiológicos, a prestação de alguns cuidados de enfermagem e intervenções no sentido de prevenir complicações. Para os mesmos autores, a vigilância de rotina após parto vaginal deve incluir: monitorização dos sinais vitais (temperatura corporal 2x/dia, respiração, tensão arterial e frequência cardíaca 1x/dia e avaliação da dor a cada contacto); vigilância da eliminação vesical e intestinal e da perda hemática vaginal, observação da coloração da pele e mucosas, da contração uterina e características dos lóquios, do períneo (presença de ferida cirúrgica/lacerações, edema/equimose, hemorróides), e dos membros inferiores (despiste de tromboembolismo); promoção da amamentação e assistência na amamentação; avaliação do estado emocional e da capacidade para cuidar do RN.

O exame físico da mulher, no puerpério imediato e ao longo do tempo de internamento, pelo menos uma vez por turno, era realizado numa avaliação cefalocaudal, considerando a cliente em todas as suas dimensões. As primeiras horas após o parto constituem um tempo crucial para a mulher, na medida em que os seus órgãos passam pelo processo de reajustamento e retorno ao estado não gravídico e os sistemas orgânicos começam a estabilizar. Para além da monitorização dos sinais vitais, que nos permite inferir o estado hemodinâmico geral da puérpera, foi inicialmente observada a coloração da pele e mucosas (oral e ocular) para despiste de descoloração característica de anemia ou de uma possível hemorragia. Em seguida procedia-se à observação das mamas, avaliando a consistência, sensibilidade, presença de colostro, formato e integridade dos mamilos. No abdómen, era avaliada a presença de globo vesical e necessidade de esvaziamento vesical, após o que se palpava o fundo uterino de forma a avaliar a contração uterina, sendo expectável que no final das primeiras duas horas após o parto ainda se mantenha formado o globo de segurança de Pinard, causado pela contração permanente das fibras musculares uterinas. O fundo do útero nesta fase é palpável cerca de 2 cm abaixo do umbigo. Ainda ao nível abdominal, no caso específico do exame físico após cesariana, é avaliado o penso da ferida cirúrgica, mais concretamente se está repassado, assim como a sua aderência à pele.

Ao nível perineal é possível avaliar os lóquios e as suas características (quantidade, cor e cheiro), assim como avaliar a ferida perineal resultante de episiorrafia ou laceração. Relativamente aos membros inferiores, era avaliada a presença de edema, através do sinal de Godet, bem como sinais de tromboembolismo, mediante o sinal de Homan. Ao longo do exame físico a puérpera era incentivada a expressar as suas dúvidas/receios/desconfortos e a transmitir a sua experiência de parto, de forma a avaliar o seu estado emocional.

3.2.1.2. Atividades de vigilância e promoção do autocuidado

Ao longo do período de internamento foram várias as atividades de vigilância e diagnóstico desenvolvidas com o intuito de promover o bem-estar da puérpera e prevenir complicações, concretamente: Monitorizar estado hemodinâmico; Monitorizar a dor; Executar o primeiro levante; Vigiar as mamas e lactação; Vigiar a involução uterina e lóquios; Vigiar a eliminação urinária; Vigiar a eliminação intestinal; Vigiar a ingestão nutricional; Vigiar o estado emocional. Em particular também serão exploradas as intervenções específicas para puérperas com patologia associada.

Monitorizar o estado hemodinâmico

O sistema cardiovascular da puérpera sofre alterações logo após o parto. Relativamente à tensão arterial, a diminuição rápida da pressão intra-abdominal após o parto origina a dilatação dos vasos sanguíneos que irrigam os intestinos e, conseqüentemente, leva à estase de sangue nas vísceras, o que poderá concorrer para a hipotensão ortostática no pós-parto. Após as primeiras 24 horas, os valores tensionais tendem a estabilizar, podendo haver até uma ligeira elevação da tensão arterial. O débito cardíaco, o volume de ejeção e, conseqüentemente, a frequência cardíaca encontram-se aumentados já na gravidez e permanecem elevados durante as primeiras 48 horas após o parto. A função respiratória pode estar alterada, apenas retornando ao normal

até às seis semanas após o parto, devido à descida do útero e, conseqüentemente, do diafragma (Graça, 2017).

Monitorizar a dor

A dor é um fenômeno referido pela maioria das mulheres no pós-parto, independentemente do tipo de parto. Fabris (2011) refere que cerca de 36% das puérperas descrevem a sua dor como moderada a elevada no primeiro dia pós-parto, sendo que 6% manifestam o mesmo nível de dor no sétimo dia pós-parto. O mesmo autor reporta uma prevalência até 43% de dor perineal, dor músculo-esquelética e dor pélvica até aos seis meses após o parto. A dor durante o período puerperal é referida pela maioria das mulheres, estando presente em diferentes locais anatómicos, dependendo do tipo de parto. A dor perineal é a mais comum, independentemente do tipo de trauma perineal. Segundo Francisco e colaboradores (2011), cerca de 92% das puérperas no seu estudo referiram dor perineal no primeiro dia pós-parto. Os mesmos autores referem que a dor abdominal é o tipo de dor mais prevalente no caso da cesariana, resultante da ferida cirúrgica. Para além da dor perineal e da dor abdominal, a puérpera pode ainda referir dor associada à amamentação (pela contração uterina simultânea ou pelo desconforto mamilar), dor músculo-esquelética (resultante da posição durante o TP, imobilidade prolongada ou perda de tonicidade muscular), bem como cefaleias (pela diminuição de estrogéneos ou consequência adversa da analgesia epidural).

A presença de dor cria dificuldades para a mulher no exercício do papel parental e no regresso ao quotidiano normal, mais concretamente na prestação de cuidados ao RN, na amamentação e nas atividades de autocuidado, assim como interfere no padrão de sono/repouso, na mobilidade, na eliminação vesical e intestinal, e na ingestão nutricional da puérpera (Francisco et al., 2011). No entanto a dor é muitas vezes desvalorizada pela própria puérpera, pela sua família, pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral, na medida em que o RN toma prioridade e as necessidades da mulher passam para segundo plano. Por conseguinte, e sendo o quinto sinal vital, a monitorização da dor é uma das principais atividades de vigilância por parte do EESMO no puerpério. Segundo o protocolo do serviço, esta era avaliada através da Escala Numérica da Dor. Na sua presença era considerada a aplicação de medidas farmacológicas e/ou não farmacológicas de acordo com o tipo e intensidade da dor verbalizada pela puérpera.

Quando o desconforto verbalizado correspondia a dor perineal, a intervenção farmacológica consistia na administração de analgésicos por via oral e anti-inflamatórios por via oral ou intravenosa. O fármaco privilegiado pelo protocolo do serviço era o Paracetamol, 1g via oral 8/8 horas. Relativamente à terapêutica anti-inflamatória, intercalava o Ibuprofeno, 400mg via oral 6/6 horas. Contudo, nas primeiras 24 horas pós-parto se a dor era verbalizada em grau moderado a elevado, o Ibuprofeno era substituído pela administração de Ceterolac, 30mg via intravenosa 6/6 horas. Segundo Peleckis e colaboradores (2017), a analgesia oral foi o principal método para alívio da dor perineal, sendo utilizada por 75% das puérperas e 52,5% consideraram-na como bastante efetiva.

Por outro lado, a principal medida não farmacológica aplicada consiste na crioterapia. No seu estudo, Peleckis e colaboradores (2017) demonstraram que 43% das puérperas que utilizaram o gelo nas 48 horas após o parto consideraram-no como um método de alívio da dor bastante eficaz. Para além deste efeito, permite também diminuir o edema, o hematoma e regredir o processo inflamatório. No entanto, os mesmos autores descrevem que a duração do efeito analgésico da aplicação de gelo no períneo é ainda desconhecida, o que impossibilita estabelecer com segurança o intervalo de repetição. Ainda assim, recomendam que o intervalo entre as aplicações seja, pelo menos, duas vezes maior que o tempo de aplicação, pois períodos inferiores poderão causar efeitos adversos. Na prática clínica, em estágio, o gelo era aplicado durante cerca de 15 a 20 minutos, com uma frequência negociada com a puérpera. Para prevenir efeitos adversos, a bolsa de gelo era envolvida com tecido, evitando-se o contacto direto com a pele.

No caso da dor abdominal associada à cesariana, esta é derivada principalmente da ferida cirúrgica. A incisão na pele liberta substâncias nociceptivas que estimulam os nociceptores periféricos e, associada por vezes à contração do útero no pós-parto, estimula a sensação dolorosa (Covarrubias-Gómez et al., 2006). No CMIN, a puérpera, após cesariana, mantém o catéter epidural nas primeiras 24 horas, pelo que é administrado Morfina 12/12 horas e Ropivacaína em SOS, associado à analgesia via oral protocolada para o pós-parto via vaginal.

Associada à amamentação pode também surgir dor. A contração uterina, associada à estimulação da produção de ocitocina pela amamentação, pode causar desconforto à mulher. Neste caso, era preconizada a administração de Paracetamol, 1g via oral. De igual modo, era frequente a verbalização por parte das puérperas de sensibilidade mamilar causada por maceração ou fissura. Nestes casos incentivava a correção da pega efetuada pelo RN na mama,

explicava a técnica de interrupção da sucção com o dedo, aconselhava a aplicação de gotas de colostro no mamilo, pelas suas propriedades cicatrizantes, e a secagem ao ar, e sugeria a aplicação de lanolina. A prevenção das complicações da amamentação será explorada adiante neste capítulo.

Relativamente ao sistema músculo-esquelético, a distensão abdominal, a diminuição do tónus muscular e o aumento de peso durante a gravidez implicam ajustes à postura corporal da mulher, uma vez que o centro de gravidade tem um deslocamento na direção anterior. Ainda durante a gravidez, os músculos retos abdominais sofrem estiramento, diminuindo a sua tonicidade. Estas alterações, associadas frequentemente às posições do TP e à imobilidade inerente, podem justificar o desconforto sentido pela mulher no puerpério, independentemente do tipo de parto mas mais agravado na situação de cesariana (Graça, 2017). Devido a este desconforto, as puérperas questionavam com alguma frequência sobre a utilidade da cinta abdominal. Segundo o parecer da OE (2009), não se encontrou evidência científica direta sobre os efeitos da utilização da cinta para a involução uterina na mulher durante o puerpério. O uso da cinta não contribui para a involução uterina e não facilita a recuperação fisiológica da musculatura abdomino-pélvica, se utilizada constantemente e prolongadamente, na medida em que contribui para a redução da dimensão das fibras musculares, favorecendo a flacidez. Este facto tem implicação na mobilidade da mulher durante o puerpério, podendo ocorrer uma tensão muscular na região dorso-lombar. No seu estudo, El-Mekawy e colaboradores (2013) concluíram que os exercícios abdominais iniciados no 2º dia pós-parto resultam num maior aumento de tonicidade muscular do que a utilização da cinta no pós-parto. Contudo, a presença desta dor associada à mobilização pode constituir uma indicação para utilização de cinta, transitoriamente, especialmente nas mulheres submetidas a cesariana. Na prática clínica, em estágio, explicava-se que o uso da cinta não está associado a benefícios, mas deixava ao critério da puérpera, caso potenciase o seu conforto e bem-estar. Mais ainda, era incentivada a realização de exercícios fortalecedores da musculatura abdominal.

Nos primeiros dias pós-parto está frequentemente presente um outro fenómeno, a cefaleia. As cefaleias no pós-parto são normalmente leves e podem associar-se ao rápido decréscimo da progesterona, sobretudo em mulheres com história de enxaqueca. Na verdade, segundo Silva (2016), na primeira semana após o parto cerca de 30% a 40% das puérperas apresentam cefaleias. Até 66% destes casos consideram-se como cefaleias primárias, do tipo tensional, ou

enxaqueca. Pode tratar-se ainda de uma cefaleia decorrente do cansaço inerente ao TP, ao stresse do exercício do papel parental, ou resultante de alterações no padrão de sono/repouso. As cefaleias secundárias, atribuídas a uma patologia, ainda que menos frequentes, podem ser também consideradas. Outra causa a considerar será uma consequência da punção da dura-máter, que consiste na perda contínua de líquido cefalorraquidiano pelo orifício feito, acidentalmente, na dura-máter. A posição vertical agrava a cefaleia pela diminuição drástica da pressão intracraniana que provoca um aumento da perda de líquido cefalorraquidiano pelo orifício dural. Este tipo de cefaleia é caracterizado como occipitofrontal, bilateral, com irradiação para o pescoço e/ou ombros. Reverte em decúbito dorsal e é exacerbada com movimentos da cabeça e a verticalidade. Podem surgir outros sintomas associados como fotofobia, rigidez da nuca, diplopia, náuseas e vômitos. Estas queixas surgem normalmente 24 a 72 horas após a punção da dura-máter e, apesar de poderem ter uma resolução espontânea, são extremamente debilitantes, impedem a deambulação, limitam as atividades de vida diária e dificultam a prestação de cuidados ao RN.

No estágio houve possibilidade de contactar com dois casos clínicos de cefaleias pós punção da dura-máter, sendo as intervenções imediatas: promover o repouso no leito (para diminuir a dor pela verticalidade), incentivar a hidratação oral (para repôr o volume de líquidos perdido pela saída de líquido cefalorraquidiano) e contactar a equipa de Anestesia para avaliação da puérpera. A este tratamento era frequentemente associada terapêutica, protocolada no CMIN, como Paracetamol, 1g via oral e administração de Citrato de cafeína, via oral. Segundo Silva (2016), estas técnicas conservadoras têm uma taxa de falência alta, sendo o *blood patch* considerado o tratamento mais eficaz, associado a uma taxa de sucesso de 70% a 90%. Consiste “na injeção de 20-30 mL de sangue, autólogo, no espaço epidural e leva à formação de coágulos no local da punção meníngea” (Silva, 2016, p.24). Este facto é concordante com os dois casos observados em contexto clínico, tendo ambas as puérperas sido submetidas a este procedimento.

Executar o primeiro levante

Nas primeiras 72 horas após o parto há um ligeiro aumento da hemoglobina e do hematócrito devido à maior perda de volume plasmático, associado também a um aumento dos fatores da coagulação e do fibrinogénio. Este estado de hipercoagulabilidade quando combinado com lesão vascular e imobilidade associada ao pós-parto imediato aumenta o risco de tromboembolismo.

A sua incidência durante o período pós-parto é 5 vezes superior à sua ocorrência na gravidez (Graça, 2017). Por este motivo, no exame físico da puérpera nas primeiras horas pós-parto destaca-se a avaliação do sinal de Homan, assim como outros sinais característicos da trombose venosa profunda. Para prevenir esta complicação foi incentivada a mobilização dos membros inferiores o mais precocemente possível.

O primeiro levante da puérpera é um procedimento que exige vigilância e acompanhamento do EESMO. Após o parto há um maior risco de hipotensão ortostática devido à rápida diminuição da pressão intra-abdominal, traduzindo-se numa dilatação dos vasos sanguíneos que irrigam os intestinos, levando à estase de sangue nas vísceras. Antes da realização do primeiro levante é importante avaliar a sensibilidade dos membros inferiores, no caso da mulher ter sido submetida a anestesia epidural ou raquidiana, sendo necessário esperar até que recupere a sensibilidade e desapareça o bloqueio motor inerente à analgesia/anestesia locorregional. Era também verificado se a mulher se tinha alimentado e hidratado após o parto, quer ainda no núcleo de partos, quer no serviço de puérperio. De igual modo, a monitorização dos valores de tensão arterial era realizada previamente e ao longo de todo o procedimento, para obter uma comparação com os valores tensionais de base. Mais concretamente, para o primeiro levante a cabeceira da cama é inicialmente elevada até aos 45 graus e, posteriormente aos 90 graus, sendo avaliada a tensão arterial neste decurso. Não se verificando hipotensão ou outra queixa, a puérpera era encorajada a sentar-se na beira da cama com os membros inferiores pendentes, sendo monitorizada novamente a tensão arterial. Se não ocorresse qualquer intercorrência, a puérpera levantava-se e era vigiada a sua deambulação.

No caso de um parto vaginal, o levante é realizado o mais precocemente possível, assim que a puérpera expressa essa vontade/capacidade. No caso da cesariana, por se considerar num pós-operatório imediato, o levante é realizado no CMIN após 6 horas de repouso. Contudo, a estas puérperas eram ensinados os exercícios ativos dos membros inferiores (dorsi-flexão e extensão alternada dos pés, movimento de rotação tibiotársica, flexão e extensão alternada das pernas, hiperextensão dos joelhos) para prevenção de tromboflebite.

Vigiar as mamas e lactação

O exame físico da puérpera inclui a vigilância da mama, nomeadamente a sua consistência e a integridade dos mamilos, sendo o momento da observação da mamada uma oportunidade para realizar esta vigilância.

As mamas são estruturas anexas à pele, cuja função nesta fase visa a produção de leite, sendo o seu volume mais destacado na gravidez. O tecido glandular é composto em 63% pelas células produtoras de leite e compõem a maioria da mama, em conjunto com o tecido adiposo subcutâneo. As mamas podem ter forma hemisférica, cônica, piriforme, cilíndrica ou discóide, embora o seu tamanho não esteja relacionado com a sua capacidade funcional (Órfão et al., 2009).

A glândula mamária possui unidades ultraestruturais denominadas de alvéolos, constituídas por células secretoras rodeadas por tecido mioepitelial. Estas estruturas estão ligadas ao mamilo através de ductos, cujos movimentos peristálticos contribuem para a ejeção do leite. O mamilo, por sua vez, contém fibras musculares lisas e involuntárias, cuja contração (por ação da oxitocina) provoca a sua ereção e consequente libertação do leite. Em redor do mamilo, mais concretamente na aréola, estão presentes as glândulas de Montgomery, que se hipertrofiam na gravidez, mantendo-se na fase de lactação, produzindo secreções oleosas e antisépticas que protegem a integridade cutânea da aréola e do mamilo (Órfão et al., 2009).

Durante o internamento, verificou-se que muitas puérperas apresentaram mamilos macerados. O trauma mamilar surge com uma incidência de 43,6 a 46,9% nos primeiros sete dias pós-parto, interferindo na eficácia da amamentação (Costa et al., 2013). A intervenção primordial, nestes casos, consiste na correção da pega efetuada pelo RN, assim como em incentivar a mulher a não suspender abruptamente a mamada, colocando um dedo no canto da boca do bebé de modo a interromper suavemente a sucção.

Para além das intervenções relacionadas com a promoção da amamentação, é importante aconselhar a aplicação de algumas gotas de colostro no mamilo e aréola após a mamada, devido às suas propriedades protetoras e cicatrizantes, através da imunoglobulina secretora A, isto é, anticorpos que protegem o organismo da invasão viral ou bacteriana, após o que é importante deixar o mamilo secar ao ar antes de aplicar as conchas protetoras/arejadoras ou vestir o *soutien* (Levy et al., 2012).

Na prática clínica foi aconselhada a aplicação de pomadas de lanolina e/ou vitamina A para promover a cicatrização da pele. Contudo, na revisão de literatura elaborada por Costa e colaboradores (2013), na qual foi estudada a eficácia da aplicação de gel de menta, lanolina, vitamina A e D, água e sabão, e álcool a 70% para a prevenção do trauma mamilar, verificou-se que as pomadas de lanolina e vitamina A não tiveram eficácia comprovada. Os autores sugerem que a aplicação destas pomadas poderá ter mais eficácia no tratamento da fissura mamilar, apesar da evidência científica não ser conclusiva.

Relativamente à higiene das mamas, Costa e colaboradores (2013) recomendam que se deve evitar o uso de substâncias como sabão, álcool, loções, óleos e vaselina, na medida em que interferem na lubrificação natural da pele, tornando-a mais suscetível ao aparecimento de fissuras. De igual modo, é suficiente lavar as mamas uma vez por dia durante a higiene corporal geral. Não é recomendado lavar as mamas antes da mamada, uma vez que elimina os óleos protetores da pele e altera o cheiro que o RN reconhece.

Após o parto e dequitação, o declínio rápido dos estrogénios e a diminuição gradual da progesterona, suspendem o efeito inibidor da lactação promovido pela placenta durante a gravidez. A lactogénese I, ou seja, o início da atividade celular secretora e da produção de leite, ocorre entre as 16 e 18 semanas de gestação, tendo o seu pico imediatamente após o parto. Cerca de 30 a 40 horas após o parto tem início a secreção de leite – lactogénese II –, com uma função endócrina apenas dependente da interação hormonal e independente da estimulação da mama. O seu pico ocorre por volta das 70 horas pós-parto (a partir do 3º dia), habitualmente conhecida por “subida” ou, em algumas fontes, “descida” do leite. Após este processo dá-se a manutenção da secreção láctea – lactogénese III – cuja função já depende da frequência e eficácia com que é removido o leite (Órfão et al., 2009).

Quando o internamento das puérperas se prolongava para além do 3º dia pós-parto, era possível observar o desconforto e as dificuldades em gerirem a descida do leite. Nesta fase, as mamas podem apresentar-se quentes, pesadas e duras, devido à quantidade de leite e ao aumento do aporte sanguíneo nos vasos que as irrigam. A mulher pode também sofrer um ligeiro aumento da temperatura corporal, não excedendo 38°C durante 24h. A puérpera é encorajada a continuar a amamentação com normalidade, pois ao fim de 3 a 4 dias sentirá uma diminuição total da tensão e do desconforto (Levy et al., 2012).

Nesta fase, quando o leite não é retirado na quantidade suficiente, origina-se o ingurgitamento mamário. As mamas ficam túrgidas, brilhantes e dolorosas. A extração do leite torna-se então mais difícil, uma vez que o RN pode ter dificuldades em realizar uma boa pega pela tensão mamária, resultando numa mamada ineficaz (Levy et al., 2012). Na prática clínica não foram observados casos de ingurgitamento mamário mas foram aplicadas medidas no sentido de prevenir e aliviar a tensão mamária sentida pelas puérperas.

No seu estudo sobre medidas não farmacológicas para alívio do ingurgitamento mamário, Sousa e colaboradores (2012) concluíram que as medidas mais eficazes se baseiam na manutenção da amamentação, nomeadamente a manutenção das mamadas em livre demanda e a correção da pega, bem como na extração manual de leite. Apesar de não existir evidência científica sobre a eficácia da aplicação de compressas quentes e frias, os mesmos autores defendem a sua aplicação alternada para alívio da dor por tensão mamária. A aplicação de calor na mama tensa/ingurgitada antes da mamada promove a vasodilatação, originando um aumento da circulação e, supostamente, uma maior libertação de leite. Contudo, este aumento na circulação pode também levar a um aumento de leite nas mamas o que, se não houver uma extração eficaz do leite, levaria ao aumento do ingurgitamento. Por este motivo, após a mamada é importante aplicar uma compressa fria, uma vez que o frio provoca uma vasoconstrição temporária, diminuindo o fluxo sanguíneo, o edema e a drenagem linfática, tendo como efeito uma menor produção de leite.

De todas as puérperas alvo de cuidados durante o estágio, apenas duas solicitaram a inibição láctea. Uma delas não pretendia amamentar, uma vez que iria regressar ao trabalho imediatamente, enquanto a outra verbalizava sensibilidade mamilar e fobia pelo contacto com os mamilos. Ambas possuíam experiências negativas na amamentação de filhos anteriores. Nestes casos efetuou-se a inibição láctea mediante prescrição médica e foi oferecido aos recém-nascidos leite adaptado.

Vigiar a contração e involução uterina e os lóquios

De acordo com a OMS (2014), a palpação abdominal para avaliação do tónus uterino é recomendada para possibilitar a identificação precoce de atonia uterina no pós-parto. A atonia uterina corresponde a 90% das causas de HPP, sendo esta última responsável por 25% da

mortalidade materna ao nível mundial. A contração uterina promove inicialmente a hemostase dos vasos do local de inserção da ferida placentar e, também, que o útero involua até ao seu local anatómico pré-gravídico. Quando há uma falência da contratilidade miometral, leva ao não encerramento das arteríolas espiraladas e do sinus venoso, potenciando a hemorragia.

A palpação do útero é a atividade que permite a vigilância da contração do útero e a medição da altura uterina ao longo do tempo, isto é, a involução uterina. Na 1ª e 2ª hora após o parto a palpação do útero era realizada para verificar a contração uterina e a formação do globo de segurança de Pinard. Alguns fatores podem potenciar o risco de HPP, tais como: parto precipitado (TP com duração inferior a 3 horas), macrossomia fetal, multiparidade e indução de TP (Graça, 2017). A presença de um ou mais destes fatores determinava a necessidade de um menor intervalo entre as palpações. Esta atividade de vigilância era executada uma vez por turno, de acordo com o protocolo da instituição, e antes do primeiro levante.

A palpação do útero era realizada com a bexiga vazia, uma vez que a bexiga cheia ocupa espaço abdominal e desvia o útero da linha média. A dilatação vesical empurra o útero para cima e interfere na sua contração, sendo por isso necessário verificar previamente o esvaziamento da bexiga (Graça, 2017).

Relativamente à involução uterina, nas primeiras horas após o parto, é expectável que o útero se encontre palpável perto da linha da cicatriz umbilical, possivelmente até 1 a 2 cm acima. O útero começa a regredir após as primeiras 24 horas pós-parto, cerca de 1 a 2 cm por dia, permanecendo no hemisfério inferior do abdómen. Ao décimo dia de puerpério, o fundo uterino já não é palpável na cavidade abdominal. A involução uterina torna-se completa num período compreendido entre três a seis semanas pós-parto. Um atraso na involução uterina pode ser decorrente de infeção, de retenção de fragmentos placentares, de traumatismos do trato genital ou perineal, de alterações da coagulação ou de atonia uterina (Graça, 2017).

Sempre que necessário, para estimular a contratilidade uterina, era realizada a massagem do fundo uterino. Esta estimula a libertação de prostaglandinas, responsáveis pela contração uterina. Apesar de existir pouca evidência científica acerca da sua utilidade na prevenção da HPP, a massagem uterina facilita a expulsão de coágulos e, quando associada a uma avaliação frequente do tónus uterino permite o diagnóstico precoce e prevenção da atonia uterina (OMS, 2014). Durante esta intervenção era também possível avaliar as características dos lóquios.

No processo de cicatrização da ferida placentar, ocorre a libertação do fluxo sanguíneo pelo canal vaginal – os lóquios, cujas características variam ao longo do puerpério. Nos primeiros três dias desigam-se hemáticos e são constituídos predominantemente por sangue, decídua e resíduos trofoblásticos, com uma cor vermelha, em quantidade abundante e com cheiro *sui generis*. Do 4º ao 10º dia, os lóquios apresentam-se sero-hemáticos, mais rosados e, por vezes, acastanhados, constituídos por soro, leucócitos e restos tecidulares. A partir do 10º dia os lóquios tornam-se serosos, com uma coloração amarelada/esbranquiçada/mucóide e são constituídos por leucócitos, decídua, células epiteliais, muco, soro e bactérias (Graça, 2017). O fluxo sanguíneo é facilitado, parecendo mais abundante, com a verticalidade, no levantar e deambulação, e com a amamentação, pela ação da ocitocina. A avaliação da quantidade da perda sanguínea era feita através da saturação do penso higiénico, tendo em conta o seu grau de saturação num período de duas horas, sendo considerada abundante se o penso se encontrar totalmente saturado no final deste período. A vigilância da perda sanguínea é essencial para despistar a possível retenção de fragmentos placentares ou lacerações vaginais que requerem nova avaliação.

Aproveitando este momento de avaliação, eram realizados os cuidados de higiene perineais, no caso da mulher ainda se manter em repouso no leito, ou eram realizados ensinamentos acerca da higiene íntima diária e frequência adequada da troca do penso higiénico.

A literatura científica não é consistente quanto à frequência da realização dos cuidados de higiene perineais. Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG, 2012), a higiene perineal é recomendada com maior frequência no puerpério imediato (entre uma a três vezes por dia). Deverá ser realizada com água corrente e com um agente de limpeza adequado, para remover as partículas sólidas e a gordura. A SPG (2012) determina ainda que o agente de limpeza a utilizar deve possuir as seguintes propriedades: dermatocompatibilidade com a mucosa, não irritar nem secar, não alterar o manto lipídico, manter o pH ligeiramente ácido (entre 4,2 e 5,6), ter ação refrescante e desodorizante, viscosidade adequada e capacidade espumante. Ao secar é aconselhado secar por pressão, sem esfregar (SPG, 2012).

Por outro lado, a OE (2011), recomenda a realização dos cuidados de higiene perineais após o parto com água e produtos específicos para a higiene íntima, inclusivamente após cada micção e/ou dejeção. Estes cuidados eram realizados no sentido ântero-posterior, de forma a evitar a contaminação da região vulvar com bactérias provenientes da flora intestinal. Segundo a *South*

Australian Perinatal Practice Guideline (Department for Health and Ageing of Australia, 2014), a higiene perineal deve ser realizada após cada ida ao wc. No CMIN seguia-se a lógica destes autores e incentivava-se a higiene perineal após cada micção e/ou dejeção.

Relativamente à mudança de penso higiénico, também não foi possível encontrar consenso na literatura, sendo que a OE (2011) recomenda que a troca do penso higiénico seja realizada a cada 4-6 horas e de acordo com a perda sanguínea. Não foi possível encontrar bibliografia que indique uma frequência específica para a troca do penso higiénico, por isso recomendava-se às puérperas que realizassem a troca do penso em cada ida ao wc e/ou sempre que se encontrava saturado.

Vigiar a ferida perineal

Algumas mulheres, após um parto vaginal, podem apresentar algum trauma perineal, quer na forma de edema ou hematoma, quer na forma de lacerações do 1º ao 4º grau ou resultante de episiotomia. Uma das componentes primordiais dos cuidados prestados pelo EESMO à puérpera consiste na observação frequente da área perineal para avaliar o processo de cicatrização e despistar possíveis sinais de infeção (Bick et al., 2013).

Segundo Graça (2017), a evolução do processo de cicatrização da ferida inicia-se com a 1ª fase (vascular), que decorre na 1ª hora e implica agregação plaquetária, libertação de fatores de crescimento e ativação da cascata da coagulação. A 2ª fase (inflamatória) pode-se prolongar até ao 4º dia e é caracterizada pela alteração nos vasos sanguíneos locais tornando-os mais permeáveis e dilatáveis. Esta é a fase observada pelo EESMO no puerpério imediato, sendo normal observar uma reação inflamatória nos tecidos caracterizada através por rubor, calor, edema e/ou dor. Estes sinais são devidos ao aumento do fluxo sanguíneo na área lesionada e à acumulação dos fluidos nos tecidos moles, não sendo um dado necessariamente patológico. Quando a puérpera já se encontra no domicílio, estamos perante a 3ª fase (proliferativa), do 4º ao 21º dia, em que a área lesada é preenchida com novo tecido conjuntivo, envolvendo três processos principais: granulação, contração e epitelização. Apenas a partir do 21º dia é que se entra na 4ª fase (maturação), podendo demorar dois anos para atingir a cicatrização completa.

A deteção precoce da infeção perineal é uma das competências do EESMO. Uma investigação realizada por Johnson e colaboradores (2012 cit. por Bick et al., 2013), em que foi estudada a

incidência de marcadores de infecção (dor perineal, deiscência da ferida e secreções vaginais purulentas), concluiu que 11% das puérperas incluídas no estudo apresentaram pelo menos dois dos marcadores de infecção até ao 21º dia pós-parto.

Para além das medidas de higiene perineal, descritas anteriormente neste capítulo, é importante identificar precocemente os sinais de infecção da ferida perineal: dor perineal, calor e rubor local, serosidade purulenta, cheiro fétido e temperatura corporal aumentada. Também é essencial ensinar a puérpera a reconhecer estes sinais e sintomas, de modo a recorrer aos serviços de saúde. Na prática clínica, em estágio, eram observadas e registadas as características da ferida perineal 1x/turno: se presença/ausência de equimose/hematoma/edema, coloração dos tecidos, se presença/ausência de exsudado e suas características, se presença/ausência de deiscência, bem como a presença/ausência de dor.

Vigiar a ferida abdominal

Nos casos em que a puérpera tinha sido submetida a uma cesariana, fazia parte das competências do EESMO vigiar a ferida abdominal. Segundo dados da *Health Protection Agency* (2012 cit. por Bullough et al., 2014), provenientes de 15 instituições hospitalares, do Reino Unido, existe uma incidência de 9,6% de infecção da ferida abdominal após cesariana, principalmente em mulheres diabéticas (15%) e obesas (19%).

No CMIN, o penso da ferida é apenas trocado no dia da alta, isto é, ao 3º dia pós-cesariana. Até este momento, o penso é observado 1x/turno, sendo apenas trocado se mais de 50% do penso se encontrar repassado. Isto coaduna-se com o estudo de Bullough e colaboradores (2014), na medida em que no primeiro dia pós-cesariana ainda não existe restauração suficiente da função protetora da camada bacteriana da pele para poder proteger contra infeções se o penso for removido e a ferida estiver em contacto direto com o meio exterior. Os mesmos autores aconselham a utilização de um penso que permita a visibilidade da pele circundante à ferida e se molde ao corpo da mulher para permitir o restabelecimento da sua mobilidade.

Porém, se a puérpera for considerada clinicamente obesa, existe um maior risco de infecção da ferida cirúrgica, cerca de 2,4 vezes mais do que para a população em geral (Wloch et al., 2012 cit. por Bullough et al., 2014). A investigação realizada por Bullough e colaboradores (2014) comprovou o benefício da utilização de pensos de pressão negativa para a diminuição do risco

de infecção na ferida cirúrgica pós-cesariana. No CMIN, foi possível observar dois casos de puérperas submetidas a cesariana com IMC $>30\text{kg/m}^2$, às quais foi aplicado um penso PICO. Este penso absorve cerca de 150mls de exsudado e possui uma minibomba capaz de aplicar uma pressão negativa de -80 mmHg, sendo apenas necessário que o enfermeiro assegure que o dispositivo se mantém ligado e não ocluído, assim como vigiar as características do exsudado (Smith & Nephew Medical Lta., 2016).

No CMIN, ao longo do internamento, a puérpera era incentivada a transmitir aos enfermeiros qualquer aumento significativo da dor abdominal, ou a observação do penso repassado, de rubor à volta da ferida ou de cheiro fétido proveniente do penso. A puérpera é também ensinada a não praticar esforços que aumentem exageradamente a pressão intra-abdominal nas primeiras duas semanas, tais como levantar pesos do chão ou levantar-se a partir da posição de cócoras.

Vigiar a eliminação urinária

Durante a gravidez, o aumento dos níveis de progesterona e a diminuição dos estrogénios provoca o relaxamento da musculatura lisa, o que provoca um relaxamento e diminuição do tónus da contratilidade na bexiga. Após o parto, esta hipotonia e a diminuição da pressão intra-abdominal levam a um aumento da capacidade vesical da bexiga, podendo atingir os 1500ml. Este facto, associado aos traumatismos pélvicos provocados por ferida cirúrgica, lacerações ou edema, e aos efeitos da analgesia administrada durante o parto podem justificar a diminuição do reflexo de micção (Graça, 2017).

A distensão vesical provoca compressão e a deslocação do útero acima do umbigo e afasta-o da linha média, impedindo a sua contração normal, aumentando o risco de atonia uterina e de HPP, assim como uma maior suscetibilidade a infeções urinárias (Graça, 2017). Como tal, é importante o esvaziamento precoce e, idealmente, espontâneo da bexiga nas primeiras 4 a 6 horas após o parto.

A retenção urinária é um fenómeno relativamente comum no puérperio imediato. Cavkaytar e colaboradores (2014) identificaram no seu estudo uma incidência de 8,1% desta complicação, associada a fatores de risco como o 2º estadio do TP prolongado e a macrossomia fetal. Segundo o protocolo do Auckland District Health Board (2017), identificam-se como fatores de risco: o 1º

e 2º estádios do TP prolongados, os partos instrumentado, a cesariana, a analgesia epidural, o trauma perineal, a macrossomia fetal, a dor perineal e a obstipação.

Se ao fim de 4 horas pós-parto a eliminação vesical não estiver restabelecida, podem ser promovidas medidas de estimulação urinária: promover a deambulação, se possível; deixar a água correr no lavatório enquanto tenta urinar; colocar as mãos num recipiente com água fria; ou passar uma compressa com água quente na região suprapúbica (Auckland District Health Board, 2017). Em último recurso poderá ser necessário realizar o esvaziamento vesical por cateterização.

A incontinência urinária é outra condição frequente no período puerperal, afetando cerca de 34 a 38% das primíparas e múltiparas no decurso dos três meses após o parto (Assis et al., 2013). A fisiopatologia da incontinência urinária no pós-parto pode ser compreendida pelas mudanças hormonais desde a gravidez, pela perda de tónus da musculatura do assoalho pélvico, pelas alterações anatómicas no ângulo uretrovesical, pelos traumas perineais e pela força exercida nos tecidos musculares e conjuntivos pelo útero gravídico (Graça, 2017). Os fatores de risco descritos por Leroy e colaboradores (2016) incluem a multipariedade, a idade gestacional mais elevada e a obstipação. Quanto maior a idade gestacional, maior o tempo e sobrecarga do útero gravídico sobre as estruturas de suspensão e sustentação pélvicas. A obstipação também implica uma sobrecarga e tensão exercidas repetidamente sobre o períneo.

A incontinência urinária tem implicações drásticas na vida da mulher, na sua autoestima, na sua sexualidade, e no desempenho das suas atividades de vida diária. Por este motivo, cabe ao EESMO orientar a puérpera para a realização de exercícios de fortalecimento do tónus do assoalho pélvico. A meta-análise de Moroni e colaboradores (2016) comprova a eficácia destes exercícios na prevenção e tratamento da incontinência urinária. Segundo o programa de Lopes e colaboradores (2017), é recomendável que a puérpera realize diariamente três séries (em pé, sentada e deitada) de no máximo 10 contrações lentas, ou seja, contrações musculares com aumento progressivo de sustentação de 10 segundos, seguidas de um tempo de relaxamento de 20 segundos, e 10 contrações rápidas, ou seja, contrações musculares com tempo de sustentação de 1 segundo, com 2 segundos de relaxamento. Uma revisão de literatura realizada pelo Joanna Briggs Institute (JBI, 2011) defende a necessidade de ensinar a puérpera a realizar os exercícios de Kegel ainda no internamento e na preparação para a alta, tendo em conta as limitações características do puerpério imediato. No contexto de estágio, verificou-se que muitas

mulheres, principalmente as que haviam frequentado a preparação para o parto, conheciam estes exercícios e demonstravam vontade e disponibilidade para realizá-los.

Vigiar a eliminação intestinal

A eliminação intestinal da mulher no período pós-parto implica uma atividade de vigilância por parte do EESMO na medida em que existe risco de obstipação. A evidência científica sugere que 41,8% das mulheres sofrem de obstipação no pós-parto imediato, podendo estar presente até aos 3 meses pós-parto (Ponce, 2008 cit. por Turawa et al., 2014).

A obstipação é um fenómeno habitualmente presente desde a gravidez, devido à ação da progesterona, que condiciona o relaxamento da musculatura lisa do intestino, diminuindo o peristaltismo e, conseqüentemente, dificultando a progressão das fezes e a sua expulsão. Após o parto, a recuperação do tónus muscular intestinal ocorre de forma gradual, sendo que é esperado que a eliminação intestinal espontânea ocorra cerca de 2 a 3 dias após o parto (Graça, 2017).

A analgesia intraparto, o jejum durante o TP, a suplementação de ferro durante a gravidez, a macrossomia fetal, o TP prolongado e os partos instrumentados são considerados fatores que contribuem para o risco de obstipação no pós-parto (Turawa et al., 2014). De igual modo, a expulsão do conteúdo fecal pode estar comprometida pela dor inerente à ferida perineal, associando-se o medo de evacuar (César et al., 2011).

O tratamento aconselhado para a obstipação passa por uma dieta rica em fibras, hidratação oral, analgesia via oral e administração de laxantes até a mulher apresentar o trânsito intestinal regularizado (Turawa et al., 2014), tal como implementado no serviço de puerpério do CMIN.

As hemorróidas são também outra condição retal no pós-parto. Surgem, por vezes, durante a gravidez mas tornam-se mais proeminentes com os esforços expulsivos durante o parto, aumentando a dor ao evacuar e potenciando a obstipação no puerpério. No estudo de Poskus e colaboradores (2014), 92,7% das mulheres apresentaram hemorróidas desde o 3º trimestre da gravidez até ao 1º mês pós-parto. Nestes casos, durante o estágio, como tratamento, procedia-se à aplicação tópica de pomada anti-hemorroidária e gelo, promovendo a vasoconstricção e o conforto.

Relativamente às disfunções do assoalho pélvico, estudos indicam que a manipulação do períneo no parto vaginal, a episiotomia, e os traumas diretos que atingem o esfíncter anal, bem como e as neuropatias do nervo pudendo contribuem para o risco de incontinência fecal no puerpério (César et al., 2011). Contudo, durante a experiência clínica no CMIN não foram observados casos de incontinência fecal no pós-parto.

Vigiar a ingestão nutricional

Durante a prática clínica, a ingestão nutricional adequada revelou-se uma preocupação premente por parte das puérperas, em particular na adequação dos alimentos à amamentação.

De acordo com a DGS (2015c), a mulher era incentivada a manter uma alimentação saudável e variada. As refeições eram realizadas com um intervalo máximo de três horas, constituindo, em média, seis refeições por dia. Para além das porções adequadas de laticínios, leguminosas, fruta, carne, peixe, ovos, cereais e derivados, tubérculos, azeite, manteiga e frutos secos, deve ser evitado o consumo de caldos, sob a forma de concentrados, molhos e temperos industriais, aperitivos salgados, alimentos fritos e produtos de charcutaria e salsicharia.

Relativamente à mulher que amamenta, esta produz, diariamente, cerca de 90 a 270ml de colostro nos primeiros três dias. Por conseguinte, segundo Ciampo e colaboradores (2008), o organismo materno necessita de aumentar a ingestão nutricional no mínimo em 500kcal e em 15-20g de proteínas, assim como um aumento de 2L/dia na ingestão de líquidos.

No âmbito da amamentação existem ainda alguns mitos acerca do consumo de determinados alimentos e as suas repercussões no lactente. No estudo realizado por Ferreira e colaboradores (2010), 89% das mulheres que amamentavam no final do primeiro trimestre pós-parto tinham eliminado certos alimentos da sua dieta, por associarem o seu consumo a alguma sintomatologia no lactente, sobretudo cólicas. Os alimentos restringidos foram: chocolate, café, amendoins, bebidas com cafeína, feijão, conservas, couves, frutos secos, morangos, laranjas e enchidos. De igual modo, alguns mitos relacionam-se com o aumento da produção de leite materno, nomeadamente os alimentos como laticínios, líquidos, sopa e bacalhau. No entanto, os autores descrevem que não existe evidência que comprove os efeitos de qualquer destes alimentos no lactente ou na lactação. As restrições alimentares durante a fase de amamentação podem

relacionar-se com uma menor diversidade de sabores a que o lactente será exposto, podendo interferir na aceitação de alguns alimentos quando se introduzirem os sólidos.

Relativamente à ingestão de líquidos, o consumo de água era incentivado numa quantidade de cerca de 2 a 3 litros por dia. A ingestão de álcool durante a amamentação leva à diminuição da produção de ocitocina, embora não se conheçam os efeitos para o bebé (Correia, 2015). Atendendo à crença que a cerveja pode aumentar a produção de leite materno, é importante desmistificar este aspeto e esclarecer a puérpera e a sua família acerca dos efeitos negativos do consumo de álcool. Outro mito relaciona-se com a oferta de água ao lactente para prevenir a desidratação. Segundo Ferreira e colaboradores (2010), a ingestão de água pelo lactente em amamentação exclusiva não é recomendada porque diminui a ingestão de leite e não se traduz em benefícios ao nível da hidratação oral comparativamente com o leite materno.

Assim, durante o estágio clínico foi possível desmistificar algumas destas crenças partilhadas pelas puérperas e encorajar a diversificação alimentar e a ingestão nutricional adequada.

Vigiar o estado emocional

O puerpério é um período caracterizado pela grande adaptação psicossocial da mulher, incluindo a sua adaptação ao papel parental, as mudanças na dinâmica familiar e as alterações na sua imagem corporal. Esta grande adaptação, combinada com a recuperação física após o parto, as necessidades básicas do RN e exigências de cuidados, torna este um período de extrema vulnerabilidade para a puérpera. Estes stressores podem levar a ansiedade, fadiga, dificuldades em manter o autocuidado, o que por sua vez pode originar o síndrome depressivo no pós-parto (Fahey et al., 2013).

A puérpera é frequentemente assoberbada por exigências: físicas, como a fadiga, alterações no padrão de sono/repouso, a dor multifactorial, e as necessidades de autocuidado; psicossociais, como a ligação mãe-filho, a adaptação ao papel parental, e a relação íntima com o companheiro; bem como familiares e sociais, como os cuidados ao RN, as tarefas domésticas, as necessidades de outros filhos/familiares e o regresso ao trabalho (Fahey et al., 2013). A ambiguidade de sentimentos nesta fase é comum, estando a mulher frequentemente dividida entre a felicidade do nascimento do seu filho e a insegurança perante todas as mudanças que ocorrem e as exigências que se impõem.

A disforia no pós-parto é uma alteração de humor observada em cerca de 80% das puérperas e que tem início, habitualmente, entre o 3º e o 7º dia pós-parto, persistindo até uma a duas semanas ou até por mais tempo (OMS, 2007 cit. por Amorim, 2010). Os sintomas desta perturbação incluem: labilidade emocional, crises de choro, irritabilidade, ansiedade, insónia, fadiga, perda de apetite, fragilidade e falta de auto-confiança e de autoestima. Este quadro, geralmente, não está associado à necessidade de intervenção farmacológica, sendo a abordagem principal no sentido de garantir suporte emocional, compreensão e auxílio nos cuidados com o RN (Amorim, 2010).

Como referido, uma importante alteração que se verifica neste período, é a alteração do padrão de sono/repouso. A privação de sono pode ser um fator determinante na instalação de fadiga e das perturbações de humor. Por este motivo, na prática é importante orientar a puérpera a gerir o seu tempo, aproveitando os períodos de descanso do RN para também repousar; incentivar o acompanhante a participar/auxiliar nas atividades de cuidado ao RN; gerir as rotinas hospitalares de forma a não perturbar o sono da puérpera; explicar que a frequência das visitas pode dificultar o descanso da mulher.

Durante a experiência no CMIN, não foram registadas situações de *blues pós-parto*, contudo várias puérperas demonstraram alguns sinais de labilidade emocional, choro fácil, e sentimentos de insegurança no exercício do seu papel, especialmente na amamentação e nos cuidados ao RN. Assim, é importante proporcionar apoio emocional, incentivando a expressão de emoções e a partilha de experiências, e apoio instrumental, auxiliando nas tarefas de autocuidado e nos cuidados ao RN, sempre que necessário.

Uma situação particular de risco para a alteração emocional no pós-parto é o internamento do RN na Neonatologia. Esta experiência foi vivenciada por algumas puérperas ao longo do estágio, sendo possível observar os sentimentos de tristeza, angústia e ansiedade, vividos, lado a lado com a esperança e resiliência. O papel do EESMO, neste contexto, consiste em trabalhar com o casal para conhecerem e aceitarem o seu filho, com as suas particularidades, proporcionando-lhes condições para se tornarem aptos a prestarem os cuidados necessários, criando uma relação afetiva e segura (Fernandes et al., 2015). Neste sentido, na prática clínica, as intervenções consistiam em promover a ligação mãe-filho, através de visitas ao serviço de Neonatologia ou, quando não era possível, através de fotografias trazidas pelo acompanhante; em promover a

lactação através da extração mecânica de leite materno; e apoiando emocionalmente, através da comunicação terapêutica e da escuta empática.

3.2.1.3. Cuidados à puérpera com patologia associada

Durante o estágio clínico houve oportunidade de prestar cuidados a puérperas com patologia associada, muitas vezes decorrente da gravidez, concretamente a DG e a pré-eclâmpsia – patologias que foram exploradas no capítulo correspondente ao módulo “Gravidez com complicações”. Estes diagnósticos acarretam atividades de vigilância acrescidas, de forma a evitar complicações.

Segundo a DGS (2011), a vigilância, no puérperio imediato, das mulheres com diagnóstico prévio de DG deverá ser semelhante à da puérpera sem patologia. Porém, é relevante incidir sobre a promoção de estilos de vida saudáveis e incentivar a amamentação precoce, uma vez que diminui o risco de desenvolvimento futuro de diabetes.

No CMIN, às puérperas com antecedentes de DG era monitorizada a glicemia capilar pré-prandial durante 24 horas, até se obterem valores normais em pesquisas consecutivas, suspendendo o protocolo de insulina, prescrito em SOS, após este período. Mantinha-se permanentemente a vigilância dos sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia. Todas as puérperas observadas apresentaram valores normais de glicemia capilar.

Relativamente à pré-eclâmpsia, a evolução e tratamento desta patologia no pós-parto, não está completamente estudada. Paralelamente à intervenção do EESMO na fase gravídica, no período pós-parto também parece razoável considerar importante a monitorização dos valores tensionais 1x/turno; a avaliação dos edemas; a vigilância da presença de cefaleias e/ou alterações da visão; o registo da diurese; e a implementação de dieta hipossalina. Estas intervenções foram implementadas e não se verificaram casos de complicações durante o internamento, registando-se valores tensionais normais nas primeiras 24 horas.

A administração de fármacos anti-hipertensivos, no pós-parto, deve estar limitada aos casos em que: as mulheres foram tratadas com esses fármacos durante a gravidez; e os casos de hipertensão grave no pós-parto (WHO, 2011). Tal facto não se verificou durante a prática clínica, apenas em situações de pré-eclâmpsia grave no pós-parto imediato, em que as mulheres foram transferidas para a Unidade Intermédia de Ginecologia e Obstetrícia (UIGO), efetuando-se a administração de sulfato de magnésio e outros fármacos anti-hipertensores.

Em ambas as situações clínicas descritas, o papel do EESMO, para além das atividades de vigilância descritas, recai sobre a educação para a saúde, nomeadamente, na promoção de estilos de vida saudáveis, o cumprimento do regime terapêutico e a deteção de sinais e sintomas de complicações.

3.2.2. Necessidades do recém-nascido

O RN é o outro elemento fundamental na díade mãe-filho. As primeiras 24 horas de vida são consideradas críticas, dada a sua instabilidade e a imaturidade orgânica. Devido à sua vulnerabilidade decorrente da adaptação ao meio extrauterino, certas atividades de vigilância são essenciais por parte do EESMO.

3.2.2.1. Avaliação inicial

Inicialmente, procedia à recolha de dados sobre o RN. A passagem de informação pela EESMO do núcleo de partos permitia conhecer o tipo e hora do parto, o sexo do RN, o índice de Apgar, a amamentação na 1ª hora de vida e a eliminação vesical/intestinal. A consulta do processo clínico permitia acesso aos dados antropométricos do RN e à avaliação realizada pelo Pediatra

ao nascimento (presença de anomalias/malformações, características das fontanelas, presença de vernix caseoso/lanugo/mancha mongólica e avaliação dos reflexos).

Na observação do RN era realizado um exame cefalocaudal. Externamente observava-se a coloração da pele, sendo expectável uma coloração rosada, embora a cianose nas extremidades seja um achado normal nesta fase, devido à lenta circulação periférica. Na cabeça foi confirmada a presença ou ausência de *caput succedaneum*, cefalohematoma e/ou escoriações do couro cabeludo, no sentido de posteriormente vigiar a sua regressão. Na observação do tórax foram despistados sinais de dificuldade respiratória, como a tiragem intercostal e a retração do apêndice xifóide, associando-se também o adejo nasal. Ao nível abdominal foi observado o cordão umbilical, a sua adequada clampagem e se apresentava ambas as artérias e uma veia. Na região genital foram observados os órgãos genitais externos e confirmada a perfuração do ânus. Por fim, foi confirmada a presença da pulseira de identificação com o nome da puérpera, assim como a presença da pulseira eletrónica, que corresponde a um sistema de alarme anti-rapto instalado na maioria dos hospitais portugueses.

3.2.2.2. Atividades de vigilância e prevenção de complicações

Ao longo do internamento foram várias as atividades de vigilância e diagnóstico desenvolvidas com o intuito de avaliar a adaptação do RN ao meio extrauterino.

Vigiar pele e mucosas

Normalmente a pele do RN encontra-se rosada, com perfusão rápida. No entanto, alguns recém-nascidos podem apresentar cianose das extremidades, sendo um achado fisiológico. As alterações na pele eram vigiadas, pois podem traduzir os primeiros sinais de má perfusão, dificuldade respiratória, icterícia neonatal ou lesões dérmicas. Contudo, outros achados são fisiológicos e desaparecem com o tempo.

Após o nascimento, é comum o RN encontrar-se coberto por uma camada branca, gordurosa, espessa, especialmente nas dobras da pele (axilas, virilhas e grandes lábios), do denominado de vérnix caseoso, não devendo ser removido, pois é absorvido nas primeiras horas de vida do RN, conferindo-lhe proteção térmica (Beck et al., 2004).

Alguns recém-nascidos ao longo do estágio apresentaram determinados achados fisiológicos na pele. Entre eles o *milium*, isto é, pequenos pontos brancos do tamanho da cabeça de um alfinete, localizados habitualmente no nariz e queixo, decorrentes da obstrução ou distensão das glândulas sebáceas, desaparecendo ao final de duas semanas. De igual modo, o eritema tóxico é também algo comum, apresentando-se em erupções cutâneas eritematopapulosas, benignas e autolimitadas que aparecem e desaparecem periodicamente durante os primeiros dias de vida. Alguns recém-nascidos também apresentaram áreas com angiomas, de aparência avermelhada, ou manchas mongólicas, de pigmentação azulada/escura, sendo que ambas desaparecem num período compreendido entre alguns meses a alguns anos (Secretaria de Estado da Saúde, 2015).

Vigiar o crânio

Na avaliação do RN era verificado o tamanho e a forma da cabeça, a proporcionalidade com o rosto e o restante corpo, o aspeto e dimensões das suturas e fontanelas, assim como a presença de lesões decorrentes do parto (bossa serohemática, cefalohematoma).

As suturas crâniocefálicas podem estar salientes logo após o nascimento. O encerramento destas estruturas apenas ocorre entre o 6º e o 12º mês de vida, sendo o encerramento precoce um sinal patológico. A fontanela posterior (lambdóide) não se estende para além dos 0,5 cm e encontra-se encerrada no primeiro mês de vida. A fontanela anterior (bregmática), se à palpação apresentar sobretensão pode significar um aumento da pressão intracraniana, comum nas hidrocefalias ou meningites, encontrando-se encerrada até ao 2º ano de vida (Secretaria de Estado da Saúde, 2015).

Alguns recém-nascidos podem apresentar lesões decorrentes do processo de parto. O *caput succedaneum* consiste no edema do couro cabeludo, consequência da diminuição do retorno venoso pela compressão dos vasos locais durante o parto. Este edema desaparece espontaneamente no espaço de 3 a 4 dias. No caso do cefalohematoma, existe uma acumulação de sangue entre os ossos cranianos e o perióstio, podendo ser resultado da pressão exercida

contra os ossos pélvicos maternos, ou pela aplicação de fórceps/ventosa. Este achado desaparece espontaneamente em cerca de 3 a 6 semanas (Beck et al., 2004).

Todos estes achados fisiológicos eram explicados à puérpera/casal, uma vez que podem causar dúvidas e preocupação. Muitos casais idealizam/imaginam o seu filho e, quando confrontados com o bebé real, podem sentir um distanciamento quando visualizam determinadas características inesperadas e que não correspondem ao que criaram na sua imaginação durante a gravidez. Segundo Ferrari e colaboradores (2007), após o nascimento do seu filho, a mulher mantém a imagem que criou, necessitando fazer algumas reestruturações de acordo com as características particulares do RN. As discrepâncias entre o bebé imaginado e o real podem prejudicar a ligação mãe-filho e, portanto, é essencial apoiar o casal para que compreenda a fisiologia destes achados e os aceite como transitórios.

Vigiar reflexos

Os reflexos primitivos estão presentes no desenvolvimento motor normal de todas as crianças e produzem como resultado um conjunto de respostas para cada estímulo. Ao longo do internamento, de forma a avaliar a capacidade do RN para se alimentar, tornou-se relevante verificar a presença de reflexos importantes para a alimentação como o de busca, de sucção e o de deglutição. O reflexo de busca pode ser testado ao colocar um dedo próximo da boca do RN em várias posições (direita, esquerda, acima e abaixo), sendo a resposta esperada a abertura da boca, desvio da cabeça e movimentação da língua em direção ao estímulo. O reflexo de sucção pode ser observado durante a mamada ou, se necessário, através do toque com um dedo no palato do RN, provocando movimentos ondulatórios anteroposteriores com a língua (Beck et al., 2004). A preservação destes reflexos permite que o RN se adapte à mama e estabeleça o padrão de coordenação-sucção-deglutição.

Outros reflexos primitivos podem ser vigiados no RN e são indicadores importantes do seu desenvolvimento neuromotor. Relativamente aos reflexos de proteção, é possível avaliar o reflexo de preensão, de Moro e de Babinski. No reflexo de preensão, o RN flete os dedos de forma simétrica após o toque efetuado na palma das mãos ou na planta dos pés. No reflexo de Moro, após ser causada uma mudança súbita no equilíbrio do RN, ele reage com a abdução e extensão dos membros superiores, de forma simétrica, e com abertura das mãos. Este reflexo é

importante para despistar lesões cerebrais, cervicais ou braquiais. O reflexo de Babinski também traduz a função neuromotora e pode ser despoletado pelo estímulo tátil da região plantar desde o calcanhar ao arco do pé, proporcionando a hiperextensão dos dedos e dorsiflexão do hálux (Secretaria de Estado da Saúde, 2015).

Vigiar a ingestão nutricional

Durante o internamento foi possível observar alguns recém-nascidos com compromisso na ingestão nutricional, nomeadamente pela diminuição do reflexo de sucção, comprometendo a amamentação. Devido ao risco de hipoglicemia, os recém-nascidos que não se adaptavam à mama eram temporariamente alimentados com leite artificial por copo.

Segundo McKinney e colaboradores (2016), a alimentação por copo promove uma maior vinculação mãe-filho, implica um maior controlo sobre a ingestão de leite, e proporciona ao RN estimulação oral e olfativa e maior treino motor maxilofacial. Apesar de se considerar relevante o risco de aspiração, com esta técnica, os mesmos autores concluíram que a alimentação por copo não aumenta o risco de aspiração quando a técnica é realizada corretamente. Como o RN se alimenta a um ritmo próprio, não existem episódios de apneia ou bradicardia. Na verdade, é na técnica de alimentação por biberão que se verifica uma diminuição preponderante na saturação de oxigénio do RN, devido ao seu ritmo acelerado de sucção na tetina.

De igual modo, Flint e colaboradores (2016) confirmam que a a alimentação por copo traz benefícios e aumenta a taxa de amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade, tal como é preconizado pela OMS e UNICEF. Por este motivo, a técnica de alimentação por copo é considerada como uma boa prática de enfermagem no âmbito da promoção da amamentação.

Vigiar a eliminação vesical e intestinal

No primeiro dia de vida é expectável que o RN tenha a sua primeira micção, sendo progressiva a evolução do sistema de eliminação vesical: no segundo dia são expectáveis 2 micções e no terceiro dia 3 micções. A partir do 3º dia inicia-se a fase diurética, traduzindo-se num aumento da produção de urina, sendo expectável cerca de 6 a 8 micções por dia de cor amarelo límpido. Nas primeiras micções pode ainda aparecer uma coloração alaranjada na fralda, correspondente

à presença de cristais de urato na urina, sem qualquer significado patológico (Sulemanji et al., 2013).

Relativamente à eliminação intestinal, o RN produz inicialmente o mecônio, viscoso, de cor verde escura. Esta substância, presente nas primeiras 48 horas de vida do RN, resulta do armazenamento no intestino grosso durante a vida intrauterina de LA, secreções intestinais e células originárias da mucosa. A partir do 3º dia começam a observar-se alterações na cor, odor e consistência das fezes, que se vão tornando mais claras. Os recém-nascidos que são amamentados apresentam fezes de cor amarela, moles, duas a dez vezes por dia. Os recém-nascidos que são alimentados com leite artificial, apresentam fezes pastosas, amareladas, usualmente uma vez ao dia, ou em dias alternados (Amorim, 2012).

Vigiar o choro

O choro do RN deve ser audível, de timbre variável e harmónico. A qualidade do choro, assim como a intensidade dos estímulos necessários para consolá-lo eram fatores avaliados com regularidade. Quando o choro se traduz como excessivo, difícil de acalmar, pode ser considerado como irritabilidade anormal e associado a alterações clínicas (otites, cólicas, refluxo gastroesofágico) e neurológicas (alterações metabólicas, síndrome de abstinência, encefalopatias, meningites). Pelo contrário, o choro fraco ou gemido pode ser característico da dificuldade respiratória ou um sinal de dor no RN (Secretaria de Estado da Saúde, 2015).

Por outro lado, o choro excessivo pode ser concorrente com a cólica infantil. Outra sintomatologia consiste na atividade motora contraída, pernas elevadas, abdómen distendido e excessiva eliminação de gases. Devido ao ar que o RN engole durante o choro e a alimentação, associado a um sistema gastrointestinal imaturo, existe a propensão para uma maior produção de gases, o que poderá causar desconforto e dor (Ramos et al., 2014).

A prevalência da cólica varia de 8% a 40% nos primeiros três meses de vida, embora a literatura seja discordante acerca da sua etiologia e tratamento. Contudo, a evidência científica sugere que a massagem abdominal pode ser uma intervenção segura e eficaz para a redução dos sintomas de cólicas e gases (Ramos et al., 2014). No CMIN, a massagem abdominal era utilizada para estimular a eliminação intestinal do RN, quando esta se encontrava diminuída, relativamente aos padrões normais, assim como para alívio do seu choro e desconforto abdominal.

Vigiar a dor

Atualmente reconhece-se que os recém-nascidos têm capacidade para sentir dor, criam memórias dessa dor, tendo consequências imediatas e a longo prazo. A partir das 24 semanas de gestação, os recém-nascidos são capazes de responder a estímulos dolorosos através de manifestações fisiológicas e comportamentais mensuráveis. Mesmo sendo saudáveis, os recém-nascidos são expostos logo de início a procedimentos invasivos cuja dor deve ser prevenida, avaliada e tratada como prioridade (DGS, 2012).

A dor pode ser avaliada através de sinais fisiológicos e comportamentais. Ao nível fisiológico a dor está associada a alterações na frequência cardíaca, respiratória e de saturação de oxigénio. Estas alterações, associadas aos sinais comportamentais como o choro, a mímica facial e a atividade motora exacerbada, são importantes para a avaliação da dor (Secretaria de Estado da Saúde, 2015).

Para prevenir ou tratar a dor são privilegiadas as intervenções sensoriais antes da administração de fármacos, estando esta última medida reservada para a dor de intensidade grave ou persistente. O mecanismo de ação das intervenções sensoriais não é totalmente conhecido, mas acredita-se que envolva os sistemas opióides endógenos e oxitocinérgicos, estimulados pelo paladar, sucção, olfato e o contacto materno (DGS, 2015a).

As intervenções sensoriais podem consistir em: gerir os estímulos ambientais (controlar a luz e o ruído ambiental), agrupar os cuidados de forma a permitir períodos de repouso (respeitar os ciclos de sono-vigília), colocar o RN numa posição confortável, realizar manipulações mínimas, espaçar os procedimentos dolorosos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais (DGS, 2015a). De igual modo, a sucção não nutritiva pode ser especialmente útil, na medida em que, apesar de não possuir propriedades analgésicas, ajuda o RN a reorganizar-se após um estímulo doloroso (Secretaria de Estado da Saúde, 2015).

Para além das intervenções anteriormente descritas, pode-se recorrer à administração de sacarose ou de analgesia via oral. A solução de sacarose a 25%, dose única, de 0,5 a 1ml, administrada cerca de 2 minutos antes do procedimento auxilia na prevenção da sensação dolorosa. Relativamente à administração de analgesia, a primeira linha de fármacos consiste no Paracetamol via oral, 10 a 15 mg/kg de 6/6 horas (Secretaria de Estado da Saúde, 2015). No CMIN, a sacarose era administrada antes de qualquer procedimento doloroso, como uma punção

venosa ou a monitorização da glicemia capilar, enquanto o Paracetamol era administrado por prescrição médica aos recém-nascidos após parto distócico por ventosa ou fórceps.

Prevenção de complicações: hipoglicemia neonatal

No meio intrauterino, o feto depende totalmente do aporte materno de glicose, assim como de aminoácidos, ácidos gordos, cetonas e glicerol para colmatar as suas necessidades energéticas. O processo de gliconeogénese só se estabelece após o nascimento. Segundo a SPN (2013a), após a clampagem do cordão umbilical, existe uma diminuição rápida na concentração de glicose, atingindo o valor mínimo nas 2 a 3 horas pós-parto e estabilizando-se apenas nas 6 a 12 horas de vida.

A hipoglicemia persistente está associada a sequelas no neurodesenvolvimento infantil e, por isso, a monitorização da glicemia capilar, no RN, pode ser considerada como uma medida preventiva da lesão cerebral. A SPN (2013a) indica que, para o RN com mais de 34 semanas de idade gestacional, nas primeiras 24 horas de vida, um valor de glicemia de 30-35 mg/dL pode ser aceitável uma vez, aumentando o limiar mínimo para 45 mg/dL após a alimentação. A partir das 24 horas de vida, este limiar mantém-se nos 45 mg/dL. Qualquer RN com níveis de glicemia inferiores a 20-25 mg/dL requer a administração de glicose por via endovenosa até restabelecer os níveis plasmáticos para valores superiores a 45 mg/dL.

A etiologia da hipoglicemia neonatal é multifatorial e pode incluir: reservas de glicose inadequadas, como é o caso dos prematuros e nas situações de RCIU; diminuição da produção de glicose, no caso de doenças metabólicas; hiperinsulinismo, devido ao tratamento materno intraparto com glicose; interrupção abrupta de infusão com alta concentração de glicose; hipoglicemia hiperinsulinémica persistente da infância; aumento da utilização da glicose sem hiperinsulinismo, no caso de sépsis, policitemia, asfixia perinatal, insuficiência cardíaca, neurohipoglicemia e glicose anaeróbica (SPN, 2013a).

Os fatores de risco maternos incluem a DG, a diabetes mellitus tipo 1 e 2, a pré-eclâmpsia, a HTA, historial de macrossomia fetal, a toxicod dependência, a terapêutica com tocolíticos beta-agonistas, terapêutica com antidiabéticos orais, e administração de glicose durante o parto. Os fatores de risco relacionados com os neonatos traduzem-se na prematuridade, RCIU, RN grande para a idade gestacional e leve para a idade gestacional, hipoxia-isquémica perinatal, sépsis,

hipotermia, policitemia, eritoblastosis fetal, malformações cardíacas, e recusa alimentar (SPN, 2013a).

Segundo Bruel (2013), a hipoglicemia neonatal pode ser prevenida através do contacto pele-a-pele após o parto, a amamentação precoce (na 1ª hora de vida) e a identificação dos fatores de risco de hipoglicemia. Todas estas intervenções são preconizadas no CMIN e, por isso, perante um RN sem fatores de risco e assintomático, não se considerava necessário monitorizar a glicemia capilar. Assim, e de acordo com a SPN (2013a), a monitorização da glicemia capilar era reservada para casos em que o RN se encontrava sintomático, tinha algum fator de risco conhecido (mais frequentemente filhos de mães diabéticas) e/ou se encontrava em recusa alimentar. Quando os valores de glicemia se encontravam diminuídos, o RN era colocado à mama e procedia-se à observação da mamada para determinar a sua eficácia. Se não fosse eficaz introduzia-se o leite adaptado por copo. Não foram vivenciados casos de administração de glicose por via endovenosa.

Prevenir complicações: icterícia neonatal

A icterícia neonatal manifesta-se por coloração amarela da pele e das esclerótidas quando os níveis de bilirrubina total sérico excedem os 5mg/dl. Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2013b), o seu aparecimento ocorre no sentido cefalocaudal, tendo início na face (esclerótidas e mucosas) e progredindo até às extremidades, e o seu desaparecimento ocorre de forma inversa. Esta patologia atinge cerca de 60% dos recém-nascidos de termo na primeira semana de vida.

Segundo Silva (2011), a icterícia fisiológica ocorre após as 24 horas de vida, habitualmente entre o 3º e 5º dia de vida, e resulta das características inerentes ao RN, como a produção aumentada de bilirrubina, resultante da massa eritrocitária elevada, curta vida dos eritrócitos e imaturidade hepática, sendo considerada clinicamente benigna. Os recém-nascidos têm um aumento da bilirrubina na circulação entero-hepática pelo facto de possuírem na mucosa intestinal a enzima beta-glucuronidase, que hidrolisa a bilirrubina conjugada em não conjugada, tornando-a reabsorvível. Também não existem bactérias no lúmen intestinal dos recém-nascidos, o que compromete a degradação da bilirrubina conjugada. Quando não tratada, a icterícia, ou seja, os níveis séricos de bilirrubina elevados podem provocar toxicidade no sistema nervoso central. De

acordo com a SPN (2013b, p.1), “a bilirrubina não conjugada, não ionizada, é lipofílica e pode atravessar a barreira hemato-encefálica, provocando lesão das células do sistema nervoso central e morte celular”.

Segundo Silva (2011), os fatores de risco conhecidos para a icterícia neonatal são: o seu aparecimento nas primeiras 24 horas após o parto, incompatibilidade ABO, teste de Coombs positivo, irmão com necessidade de fototerapia, idade gestacional entre as 35 e 36 semanas, presença de cefalohematoma, raça asiática e aleitamento materno exclusivo. De acordo com o autor, é também necessário estar atento à presença de alguns fatores como: patologia na gravidez, nomeadamente DG, o tipo de parto, mais concretamente o parto instrumentado ou induzido com ocitocina, pelo maior risco para o aparecimento de cefalohematoma ou aumento da hemólise, o atraso na laqueação do cordão umbilical, o baixo índice de Apgar, e a eliminação intestinal diminuída, por dificultar a excreção da bilirrubina. Todos estes fatores são concorrentes para um risco aumentado de hiperbilirrubinémia. Por conseguinte, o EESMO deve estar atento à presença destes fatores no sentido de despistar o possível aparecimento de icterícia no RN.

No CMIN, para o diagnóstico da icterícia neonatal, era efetuado o doseamento sérico dos níveis de bilirrubina, no sangue recolhido por punção capilar no pé do RN. Durante a prática clínica tive contacto com 3 casos de icterícia neonatal diagnosticada entre o 2º e o 3º dia de vida. O tratamento de eleição nesta instituição é a fototerapia, através do dispositivo Bilibed, que consiste num berço transmissor de luz fluorescente, promovendo a excreção mais fácil da bilirrubina através da fotoisomerização (Silva, 2011). Esta terapia era realizada no quarto da puérpera, promovendo a manutenção do alojamento conjunto e mantendo-se o RN permanentemente nesse berço.

A fototerapia não é completamente inócua e pode causar reações adversas como diarreia, desidratação, rash maculopapular, obstrução nasal devido à permanência dos protetores oculares, lesões na retina, síndrome do bebé bronzeado, queimaduras por exposição aumentada à luz ultravioleta e trombocitopenia (Silva, 2011). O mesmo autor defende a necessidade de alguns cuidados, tais como: despir o RN, expondo a maior área corporal possível, mas mantendo a fralda para proteger as gónadas e colocando protetores oculares de algodão; manter as luzes a uma distância de 10 a 15 cm do RN; alternar a posição do RN de 2 em 2 horas; vigiar a pele e mucosas para sinais de irritação; e dosear a bilirrubina total de 12 em 12 horas e 6 horas após a

suspensão do tratamento. O reforço hídrico é também fundamental, devido ao risco de desidratação. Por conseguinte, era explicada a importância das mamadas eficazes e a necessidade de encurtar o intervalo entre elas. Por vezes, perante mamadas ineficazes era oferecido leite adaptado por copo após a mamada. À puérpera foi também considerado pertinente ensinar sobre a hiperbilirrubinemia, sobre a fototerapia e os cuidados inerentes, sobre a importância da amamentação e frequência das mamadas, e sobre a vigilância da eliminação urinária e intestinal.

Prevenir complicações: síndrome de abstinência neonatal

Durante o estágio clínico foi vivenciada a experiência de prestar cuidados a um RN filho de mãe toxicod dependente (por consumo de opiáceos), que evidenciou alguns sinais característicos da síndrome de abstinência neonatal. Esta patologia decorre da exposição *in utero* a algumas drogas, sendo originada pela cessação brusca desta exposição após o nascimento. Os opiáceos são a causa mais frequente e cerca de 60 a 90% dos recém-nascidos expostos *in utero* apresentam sinais e sintomas de síndrome de abstinência neonatal (SPN, 2013c).

O início e a gravidade dos sintomas variam conforme a droga em causa, a quantidade, a frequência e a duração da exposição, o tempo decorrido entre a última toma e o parto, a maturação do RN e o uso concomitante de outras drogas (cocaína, barbitúricos, sedativos hipnóticos e tabaco). As alterações ao nível do sistema nervoso central, originam os sintomas que podem incluir tremores, irritabilidade, choro gritado, diminuição dos períodos de sono, hipertonia, reflexo de Moro exuberante, abalos mioclónicos e convulsões. Ao nível gastrointestinal surgem habitualmente dificuldades alimentares, sucção excessiva e descoordenada, vômitos, diarreia, perda excessiva de peso e desidratação. Outros sintomas incluem sudorese intensa, instabilidade térmica, febre, obstrução nasal, espirros e taquipneia (SPN, 2013c). No caso clínico observado, o RN apresentava tremores, choro gritado, hipertonia, dificuldades alimentares e vômitos.

No tratamento da síndrome de abstinência neonatal, para além da vigilância de sinais/sintomas, é importante estabilizar as manifestações clínicas e restaurar a atividade normal do RN, promovendo a sua alimentação, o padrão de sono adequado, o aumento ponderal e a interação com os prestadores de cuidados. A avaliação do RN era feita desde o nascimento até à alta de

forma sistemática, objetiva e periódica (a cada 4-6 horas), sendo utilizada a Escala de Finnegan (SPN, 2013c).

As medidas não farmacológicas a implementar têm como objetivo reduzir a estimulação física e sensorial do RN e incluem proporcionar um ambiente calmo e com pouca iluminação; manipular o RN de forma suave e delicada; respeitar o sono do RN, apenas interrompendo para o alimentar; promover o uso da chupeta, uma vez que previne a desorganização neuromotora e produz um efeito calmante (SPN, 2013c). Todas estas intervenções foram implementadas na prática clínica. O RN foi mantido no quarto da mãe, uma vez que o alojamento conjunto está preconizado se não houver necessidade de terapêutica farmacológica, de forma a promover as competências parentais e a ligação mãe-filho. A amamentação é também associada a uma sintomatologia menos exacerbada e uma menor necessidade de terapêutica farmacológica, contudo não foi possível devido ao consumo de drogas pela puérpera. A alimentação com leite adaptado foi introduzida, promovendo-se refeições mais pequenas mas mais frequentes, e monitorizando o peso do RN diariamente.

3.2.3. Promoção de competências parentais

Na atualidade, a Parentalidade é uma temática social com grande relevância, possuindo um impacto preponderante ao nível da promoção da saúde. O decréscimo da taxa de natalidade e o adiamento da maternidade decorrente de fatores económicos e sociais, na atualidade, origina cada vez menos oportunidades para os pais adquirirem conhecimentos e experiência em cuidados a um RN. Para muitos casais isto significa que não tiveram a oportunidade de cuidar de irmãos ou outros familiares mais novos, não tiveram contacto com mães a amamentar e, em alguns casos, nunca pegaram num bebé ao colo. Por este motivo, os casais, numa primeira gravidez, podem estar menos bem preparados para assumir o papel parental (Cardoso et al., 2015).

Segundo a CIPE (ICN, 2017), o foco Parentalidade define-se como “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”. Contudo, a adaptação à parentalidade não é algo natural ou intuitivo. De acordo com Cardoso e colaboradores (2015), tornar-se mãe/pai é um processo social e cognitivo que, mais do que intuitivo, é aprendido e interiorizado.

O internamento durante o pós-parto é um período intenso de adaptação para o casal. Na sua investigação, Silva e colaboradores (2014) concluíram que, nesta fase, as figuras maternas destacam o cansaço físico e o estado psicológico ambivalente como sendo os grandes obstáculos à adaptação ao papel parental. Por outro lado, as figuras paternas descrevem o seu papel como acessório, na medida em que a mulher e o RN interpretam os papéis centrais nos cuidados. Como a maioria dos internamentos corresponde a uma duração de 48 horas ou, eventualmente, 72 horas, este período torna-se essencial para ultrapassar as dificuldades e preparar estes pais recentes para a responsabilidade de cuidar de um RN.

A Teoria das Transições de Meleis (2000), enquadra a transição para a parentalidade como sendo do tipo desenvolvimental, na medida em que se associa a uma mudança ao longo do ciclo vital, mas também como uma transição do tipo situacional, pois implica o assumir um novo papel no momento. Esta reorganização individual e conjugal implica a aquisição de conhecimentos e competências por parte do casal, de forma a facilitar a transição. Estas competências parentais podem ser definidas como o “conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança” (Cardoso, 2011, p.52).

No seu estudo, Carvalho e colaboradores (2017) tentaram identificar as dificuldades sentidas pelas mulheres no pós-parto imediato e até aos 6 meses de vida do bebé. Em relação à dimensão correspondente aos cuidados ao RN, as principais dificuldades encontradas neste estudo centraram-se na amamentação, nos cuidados de higiene ao RN, no lidar com o choro e as cólicas, e na segurança e prevenção de acidentes. Estas temáticas correspondem às necessidades identificadas durante o estágio e, portanto, serão exploradas com maior profundidade nos próximos sub-capítulos.

Amamentação

A OMS e a UNICEF preconizam a amamentação de forma exclusiva durante os primeiros seis meses de vida, uma vez que o leite materno é o único alimento natural e as suas vantagens são múltiplas e reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo. Relativamente ao RN, o leite materno previne infeções do sistema gastrointestinal, respiratório e urinário, diminui o risco de desenvolver alergias, previne doenças do foro metabólico, como a diabetes, previne linfomas e permite uma melhor adaptação aos alimentos sólidos posteriormente. Como benefícios maternos, a amamentação encontra-se associada a uma menor incidência de cancro da mama, potencia a recuperação pós-parto, contribui para a involução uterina, além de que constitui um método económico e seguro (Levy et al., 2012).

Amamentar é a primeira grande decisão a tomar perante a perspectiva de nascimento de um filho. Para uma mulher podem haver diversas razões de natureza psicológica, cultural ou física que se revelam condicionantes da sua decisão. Esta cabe apenas à mulher e deve ser respeitada. Neste sentido, cabe ao enfermeiro disponibilizar a informação necessária para que a mulher tome uma decisão informada. Contudo, mesmo quando a mulher se encontra motivada para amamentar, podem surgir dificuldades e complicações em qualquer momento. Por este motivo, no estudo realizado por Silva (2013), apesar da taxa de amamentação durante o internamento corresponder a 96%, à medida que o tempo passava foi sofrendo um decréscimo acentuado, observando-se que, por volta do quinto mês, a taxa correspondia a 36,4%. A autora observou que a maioria das justificações oferecidas para o abandono do aleitamento materno consistiam em razões de natureza subjetiva, como “leite insuficiente”, “leite fraco” e “não aumento de peso”, o que poderá refletir a insegurança das mulheres em relação à amamentação.

O puerpério é um período intenso de emoções e as primeiras 24 a 48 horas são de extrema labilidade emocional. Só por si, a amamentação é uma prática que potencia sentimentos de ansiedade, insegurança, angústia, diminuição da autoestima e da autoconfiança. Todas estas emoções negativas afetam a lactação, através de mecanismos psicossomáticos específicos, e, por isso, o papel do enfermeiro nesta fase não se deve centrar apenas em aumentar o conhecimento da puérpera, mas também no apoio emocional e no reforço positivo das competências e habilidades. Este é ainda um desafio para muitos profissionais, sendo que Cruz (2012) identificou no seu estudo que apenas 57% das puérperas declaravam ter discutido aspetos relacionados com a amamentação durante o internamento. A autora defende a

necessidade de uma orientação congruente, sensível, eficaz, uniforme e dirigida para o reconhecimento dos aspetos positivos atingidos. Apenas assim o enfermeiro pode aumentar o conhecimento e a capacidade da mulher para amamentar, conseqüentemente, durante mais tempo.

Relativamente aos conhecimentos sobre a amamentação, ainda no estudo de Cruz (2012), as mulheres apresentaram déficit de conhecimento sobre as características do leite, os sinais de ingestão nutricional suficiente, critérios para decidir quando oferecer uma ou as duas mamas, o padrão de aumento de peso adequado no RN, as medidas de estimulação do RN, a promoção/manutenção da lactação, e a extração de leite e armazenamento. Num estudo mais recente, realizado por Cardoso e colaboradores (2017), as principais lacunas no conhecimento sobre a amamentação consistiam em: promoção/manutenção da lactação (86,5%), sinais de produção de leite materno (80,5%), sinais de ingestão nutricional adequada (78,3%) e sinais de boa pega (73,4%). Segundo os mesmos autores, um nível superior de conhecimento está associado aos seguintes fatores: idade materna mais elevada, multiparidade, coabitação com o pai do bebé, nível educacional superior, e experiência anterior de amamentação. A percepção pessoal adquirida ao longo do estágio, no serviço de puerpério, está de acordo com estes resultados. A vigilância das mamadas nas primeiras 24 horas era realizada de forma rigorosa, até se observar autonomia e segurança na mulher.

As intervenções de enfermagem realizadas no âmbito da promoção da amamentação incidiram sobre as temáticas destacadas nos estudos mencionados anteriormente. Neste sentido, foi relevante: ensinar sobre os benefícios da amamentação, ensinar sobre as características do leite materno ao longo do tempo e da mamada, ensinar sobre o intervalo e duração das mamadas, ensinar sobre critérios para oferecer uma ou duas mamas, ensinar sobre estimulação do RN, ensinar e instruir sobre sinais de boa pega, ensinar sobre sinais de fome, ensinar sobre sinais de saciedade e ingestão nutricional suficiente, ensinar sobre complicações (prevenção e tratamento), ensinar sobre promoção/manutenção da lactação, e ensinar sobre extração e armazenamento do leite materno.

A UNICEF (Levy et al., 2012) preconiza o aleitamento materno em livre demanda, isto é, as mamadas em regime livre, sempre que o RN apresente sinais de fome. No entanto, neste período de adaptação inicial, especialmente até a amamentação estar bem estabelecida, era explicado ao casal que o intervalo entre mamadas não deveria exceder três horas. As dificuldades,

generalizadas a quase todos os casais, consistia no reconhecimento dos sinais de boa pega e na estimulação do RN. Assim, durante a mamada, eram observados os seguintes sinais, corrigindo consoante necessário: boca do RN abrangendo a maior parte da aréola (e não apenas o mamilo); queixo a tocar na mama; boca bem aberta com lábios voltados para fora; movimentos de sucção e deglutição audíveis. De igual modo, era instruído o posicionamento correto do bebê, devendo estar abdômen com abdômen, cabeça em linha reta com o corpo, de frente para o mamilo (Levy et al., 2012). Para promover o bem-estar da mulher, era sugerida a adoção da posição mais confortável e a utilização de almofadas de amamentação, quando disponíveis. Durante a mamada era também importante explicar que o RN pode adormecer e que, se a mamada não fosse eficaz, seria necessário estimulá-lo. Assim, os pais eram incentivados a despir algumas peças de roupa do RN, a mudar a fralda, e/ou a estimular o pé ou orelhas para acordar.

A promoção da amamentação foi um fator determinante durante toda a experiência de estágio, tendo sido necessário desenvolver competências de educação para a saúde, de forma a potenciar uma experiência positiva para os casais, estando esta associada a um impacto na manutenção do aleitamento materno a longo prazo.

Cuidados de higiene ao recém-nascido

O banho é uma prática necessária para manter a higiene do RN, mas pode também constituir uma experiência prazerosa, promovendo a ligação entre o casal e o bebê. Por outro lado, este é um tema que suscita várias dúvidas para os pais, muito à custa dos diversos produtos comercializados no mercado da cosmética infantil, sendo essencial o papel do EESMO, no sentido de promover o conhecimento acerca da pele do RN e das características dos produtos adequados, possibilitando uma tomada de decisão informada na escolha e no uso.

A regra em uso no CMIN é no sentido que o primeiro banho do RN ocorra após as primeiras 24 horas de nascimento. Isto corresponde às recomendações da WHO (2018), que preconizam o primeiro banho apenas após primeiras 24 horas de vida, ou pelo menos, após as primeiras seis horas de vida, devido ao risco de hipotermia. A hora do banho era negociada com o casal, principalmente para garantir a presença do pai neste momento de aquisição de competências. O primeiro banho tinha como objetivo a demonstração da técnica e a avaliação inicial dos conhecimentos do casal. Já o segundo banho era dado pela mãe ou pelo pai, sendo avaliados os

conhecimentos e as capacidades para: escolher produtos de higiene, a frequência e horário do banho, reunir e preparar o material necessário, preparar o ambiente, preparar a água do banho, a habilidade para dar banho, como e quando cortar as unhas como lavar os olhos e o pavilhão auricular, e prevenção de acidentes durante o banho. A principal dificuldade encontrada, para além da aquisição de destreza na manipulação do RN, correspondeu à escolha dos produtos de higiene.

A pele é um órgão com uma importância fundamental para o RN, na medida que executa a função de barreira, confere proteção mecânica, termorregulação e previne a perda de fluídos corporais. Contrariamente à dos adultos, a pele do RN caracteriza-se por ser fina, sensível e frágil, com um pH tendencialmente neutro, o que reduz significativamente o seu efeito protetor contra microrganismos. Esta barreira epidérmica é imatura e, coadjuvante a uma permeabilidade cutânea elevada, torna-se evidente o risco aumentado de toxicidade sistémica por absorção cutânea de agentes externos potencialmente nefastos (Fernandes et al., 2011). Por este motivo, é importante ter atenção na escolha e na aplicação dos produtos de higiene.

Segundo a revisão de literatura realizada por Fernandes e colaboradores (2011), nesta fase, o banho deve ser realizado, preferencialmente, apenas com água. Os sabonetes na sua generalidade são alcalinos, aumentam o pH da pele e favorecem a destruição da camada lípidica na superfície da pele, sendo por isso desaconselhados. Mesmo os sabonetes de glicerina absorvem água em excesso, potenciando a secura e irritação da pele, devendo ser também evitados. Por outro lado, os syndets, ou “sabão sem sabão”, possuem as características ideais: pH neutro ou ligeiramente ácido, pouca espuma, pouco perfume, baixa irritabilidade, e apresentam-se em forma líquida ou sólida (Fernandes et al., 2011). A revisão integrativa de Machado (2014) também conclui que o banho apenas com água, os produtos líquidos levemente perfumados e os syndets não afetam a pele do RN nas primeiras quatro semanas de vida. Quanto à introdução destes produtos de higiene, a literatura não é consensual, sendo normalmente recomendado a partir do primeiro mês de vida.

Nesta altura era também relevante avaliar os conhecimentos para realizar a troca da fralda, nomeadamente relativos aos critérios para escolher os produtos de higiene perineal, como lavar a região genital consoante o sexo do RN, sobre os sinais de eritema pela fralda e os fatores de risco/medidas de prevenção do eritema pela fralda. Para a higiene genital recomenda-se a

utilização de compressas e água ou toalhetes só com água, pela presença de produtos químicos, agressores para a pele do RN (Fernandes et al, 2011).

O momento do banho é também ideal para avaliar os conhecimentos relacionados com o tratamento ao coto umbilical, nomeadamente sobre o material necessário, a frequência ideal da higiene, a técnica de limpeza, o tempo de mumificação e da queda do coto umbilical, cuidados a ter e sinais de infeção.

A evidência científica não é consensual relativamente aos produtos de higiene para o coto umbilical, sendo por isso difícil criar práticas de cuidados uniformes. Alguns estudos defendem a utilização de álcool a 70% ou clorexidina pelo seu poder antibacteriano, enquanto outros concluem que manter o coto umbilical limpo e seco (*dry care*) é ideal para prevenir infeções.

Na revisão de literatura realizada por Pires (2016), é possível concluir que a técnica *dry care* reduz o risco de infeção, comparativamente com a utilização de solutos, em específico nos países desenvolvidos, uma vez que a taxa de infeção e a mortalidade neonatal são reduzidas. Esta técnica está associada também a um menor tempo de queda do coto umbilical. Quando necessário utilizar produtos antissépticos, nomeadamente nos países subdesenvolvidos, a clorexidina parece ser o soluto mais adequado e com menor tempo de queda do coto umbilical. Como a prestação de cuidados realizada durante o estágio clínico consistiu numa prática supervisionada, foi recomendada a utilização do álcool a 70%, segundo o protocolo seguido pelos restantes profissionais do CMIN.

Lidar com o choro

Os recém-nascidos são capazes de emitir diferentes tipos de choro, podendo este ser resultado de diferentes fatores internos ou externos. Durante o 1º mês de vida, o choro do RN é desencadeado espontaneamente por necessidades fisiológicas, emocionais e estímulos do ambiente em que se encontra. Apenas a partir do 1º mês é que apresenta um choro intencional para expressar as suas necessidades (Cordeiro, 2011).

Os tipos de choro mais comuns são o choro de dor/cólica; o choro de fome; o choro por tédio/fadiga; e o choro por desconforto. À medida que os pais vão interagindo com o RN, vão conhecendo os diferentes tipos de choro e vão sabendo dar resposta às suas necessidades.

Contudo, o choro constitui um fator stressante para os pais, causando ansiedade quando não conseguem dar resposta às necessidades que o RN tenta transmitir (Cardoso, 2011). Este facto foi constatado durante o período de estágio, sendo essencial ensinar ao casal as características de cada tipo de choro, as causas que lhe podem estar associadas e as estratégias para acalmar o bebé em cada situação.

Em particular, foi também avaliado o conhecimento dos pais sobre os sinais/sintomas de cólicas, os respetivos fatores desencadeantes e as medidas de alívio da dor abdominal. A maioria dos casais não demonstrava conhecimentos nem habilidades para lidar com a cólica do RN. Como tal, considerou-se pertinente ensinar/instruir/treinar as estratégias definidas por Harvey Karp (2014) como a técnica dos 5S's: embrulhar o RN, colocá-lo em posição lateral ou de bruços, efetuar movimentos de "baloiçar", associar um som calmo/neutro e estimular o reflexo de sucção.

Segurança e prevenção de acidentes

De acordo com a UNICEF (2010 cit. por DGS, 2010), todos os anos morrem cerca de 1 milhão de crianças vítimas de acidentes ou lesões não intencionais. Mais ainda, cerca de 10 milhões de crianças necessitam de tratamento hospitalar por acidentes não-fatais, resultando frequentemente em incapacidade física ou danos cerebrais. Os acidentes afetam as crianças em todos os grupos etários, com maior prevalência na faixa etária inferior a 5 anos de idade. Por conseguinte, foi considerado pertinente abordar com os casais as medidas de prevenção de acidentes, nomeadamente no âmbito da prevenção de quedas, queimaduras e asfixia por engasgamento.

Outro aspeto frequentemente discutido com estes casais consistiu na prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL). Esta síndrome consiste na morte de um bebé aparentemente saudável durante o 1º ano de vida, ocorrendo subitamente e sem explicação. A maioria dos casos parece estar associada ao sono do bebé, constituindo uma das principais causas de mortalidade nesta faixa etária. Ao longo do estágio surgiram oportunidades de promover o conhecimento dos pais sobre as medidas de prevenção da SMSL.

Segundo a Associação Portuguesa de Segurança Infantil (2011), a maioria das mortes de crianças em Portugal tem lugar enquanto passageiras de um automóvel (cerca de 57% do total das

mortes). Destas, verificou-se que 83% das crianças utilizavam sistemas de retenção e apenas 40% deles estavam adequadamente instalados. Neste sentido, na manhã da alta considerou-se pertinente avaliar a adequação do sistema de transporte no automóvel selecionado pelos casais, de acordo com a homologação do Regulamento R44 ou Regulamento R129 (APSI, 2011). Mais ainda, foi supervisionada a colocação do RN no sistema e foram avaliados os conhecimentos sobre o modo da sua instalação no automóvel.

3.2.4. Preparação para a alta

A OE (2018) define como um dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESMO o planeamento da alta, sendo que este é realizado de acordo com as necessidades do cliente/família, em que o ensino, a instrução e o treino visam a autonomia nos cuidados. Neste sentido, a alta é o momento propício para a revisão e consolidação de conhecimentos e habilidades transmitidas ao longo do internamento, podendo existir a necessidade de reformular ou transmitir novas informações.

No dia da alta, no CMIN, é realizado o exame físico da puérpera pelo médico obstetra, em colaboração com o enfermeiro. Nesse momento foram relembrados alguns cuidados inerentes à ferida cirúrgica (perineal ou abdominal), à involução uterina e lóquios, à amamentação, à ingestão nutricional e prevenção da obstipação, e às alterações emocionais no pós-parto.

Mais ainda, pareceu pertinente introduzir a temática da sexualidade e contraceção no pós-parto. Segundo a ACOG (2018b), os cuidados obstétricos no puerpério devem incluir uma discussão com a mulher sobre os seus planos familiares e reprodutivos. A puérpera era informada dos riscos materno-infantis associados a uma gravidez posterior com um intervalo inferior a 18 meses. Relativamente ao retomar a atividade sexual, a evidência científica não é consensual no *timing* ideal. No âmbito do estágio supervisionado, foi transmitido às mulheres que as relações sexuais devem ser evitadas nas primeiras 4 semanas após o parto, pelo menos até à consulta de

revisão do puerpério, salvaguardando sempre que será uma decisão do casal quando ambos se encontrarem preparados.

A puérpera nesta fase era informada que a menstruação pode regressar entre a quarta e a décima semana pós-parto, dependendo da frequência das mamadas, uma vez que as hormonas da lactação interferem com a ovulação. Segundo a SPG (2011), a amamentação exclusiva confere uma proteção contraceptiva de cerca de 98%. Contudo, esta amamentação exclusiva implica que seja realizada com intervalos regulares, no mínimo de 2/2 horas, e, com maior importância ainda, durante a noite. De acordo com a mesma fonte, cerca de 50% das mulheres em aleitamento misto ovulam antes da sexta semana pós-parto. Por este motivo, a SPG (2011) defende que a contraceção oral deve ser iniciada na 3ª semana de puerpério, sendo aconselhada a utilização de métodos de barreira até esta fase. A contraceção hormonal recomendada para a puérpera deve incluir apenas progestativos uma vez que, ao contrário dos contraceptivos hormonais combinados, não se encontram associados a risco trombótico para a mulher, nem foi comprovado qualquer impacto consistente na lactação ou no desenvolvimento infantil da criança amamentada (Cavadas, 2009).

Por fim, a puérpera foi alertada os sinais de alerta, tais como febre, lóquios com cheiro fétido, aumento da perda sanguínea, persistência de lóquios ruborizados, dor perineal, edema e /ou deiscência da ferida, sendo aconselhada a contactar os serviços de saúde em caso de qualquer desvio do padrão da normalidade. Nesse momento, a puérpera foi também orientada para os recursos na comunidade, em particular para o apoio à amamentação.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), os cuidados antecipatórios e de prevenção são fatores necessários à proteção das crianças e à promoção do exercício da parentalidade. Por este motivo, no momento da alta revelou-se pertinente reforçar os conhecimentos do casal sobre os cuidados inerentes ao RN, em particular relativamente à ingestão nutricional e padrão urinário/intestinal, assim como os sinais de alerta no primeiro mês de vida. Como referido no subcapítulo anterior, no momento da alta foi também avaliado o conhecimento sobre o transporte do RN no automóvel.

De forma a cumprir o Plano Nacional de Vacinação (DGS, 2017), ao RN foi administrada a vacina contra a hepatite B (VHB 1) na manhã da alta. Nesse sentido, foram ensinados aos pais os cuidados com o local da punção e potenciais efeitos adversos da vacina. Nos casos particulares em que o internamento se prolongava para além do que estava previsto, o rastreio metabólico

era também realizado. Nestes casos era explicado o propósito deste teste, o *timing* dos resultados e o acesso aos mesmos. O momento da alta foi também considerado como oportuno para reforçar a importância das consultas de vigilância da saúde infantil, estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), orientando os casais para os cuidados de saúde primários.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Ao longo do percurso realizado enquanto aluna do MESMO, considero que adquiri e desenvolvi as competências preconizadas pela OE (2010) para o exercício profissional do EESMO, nomeadamente a assistência à mulher que vivencia processos de saúde/doença nos diversos períodos do ciclo reprodutivo. No estágio de natureza profissional houve a possibilidade de acompanhar as diferentes fases da gravidez, desde o período gravídico, saudável ou acompanhado de riscos, o desenrolar do TP, o parto e nascimento, assim como o puerpério imediato e os primeiros dias de vida do RN.

O Decreto-Lei n.º 9/2009, de 4 de Março (OE, 2010) preconiza para a atribuição do título de EESMO que o estudante deverá realizar, ao longo do seu percurso: 100 exames pré-natais e cuidados a mulheres com patologia no domínio da ginecologia e da obstetrícia; cuidados a 40 parturientes e realização de, pelo menos, 40 partos eutócicos; participação ativa em, pelo menos, um parto de apresentação pélvica ou, quando impossível, uma simulação; práticas de episiotomia e episiorrafia; cuidados a, pelo menos, 100 puérperas e recém-nascidos. Ao longo do estágio foi possível cumprir estes requisitos, tendo havido a necessidade de realizar uma simulação do parto pélvico. O **Quadro 9** sintetiza o número de experiências vivenciadas ao longo do estágio de natureza profissional.

Consultas de grávidas e exames pré-natais	Grávidas		Parturientes		Partos executados		Partos participados		Sutura	Puérperas		Recém-nascidos	
	R	SR	R	SR	E	SE	Parto pélvico			R	SR	R	SR
163	107	56	40	61	24	26	1	16	31	49	74	16	98
	163		101		50		17			123		114	

Legenda: R – risco ; SR – sem risco ; E – com episiotomia ; SE – sem episiotomia.

Quadro 9: Experiências vivenciadas ao longo do estágio de natureza profissional.

As atividades, descritas nos capítulos anteriores, foram desenvolvidas de acordo com a evidência científica mais atual. De facto, a maioria das intervenções implementadas no estágio foram de encontro ao preconizado pela PBE. Contudo, o facto do processo de aprendizagem se desenrolar sob um modelo de prática tutelada por EESMOs significa que algumas práticas foram realizadas segundo as indicações dos profissionais ou de acordo com os protocolos vigentes na instituição.

Relativamente ao estágio no âmbito da gravidez com complicações, teria sido interessante desenvolver algumas sessões de educação para a saúde em grupo, sobre temas relativos à preparação para o parto e parentalidade, assim como possíveis visitas ao serviço de neonatologia. Estas intervenções poderiam ter tido sucesso na diminuição dos sentimentos negativos durante o internamento, contudo a falta de uma estrutura física no serviço que abrangesse um maior número de pessoas limitou a realização deste tipo de atividades.

A revisão de literatura desenvolvida permitiu identificar algumas intervenções de enfermagem relevantes para prestar cuidados às mulheres com perda gestacional. Sinto que com esta revisão me encontro mais sensibilizada para as necessidades das mulheres após uma perda gestacional e que a minha prática profissional enquanto EESMO privilegiará o cumprimento das intervenções recomendadas pela evidência científica.

Relativamente às competências desenvolvidas no âmbito do TP e Parto, estas foram as mais desafiantes, mas também as mais gratificantes. A realização de 50 partos eutócicos permitiu constatar que o envolvimento da mulher na tomada de decisões e a valorização das suas escolhas é essencial para o desenrolar harmonioso do TP. Gostaria de ter tido oportunidade para desenvolver outras técnicas não farmacológicas para alívio da dor, como a aromaterapia, o duche e/ou a imersão em água, mas as condições estruturais do serviço não o permitiram.

No contexto de estágio no serviço de puérperio destacou-se o papel do EESMO no apoio à mulher e ao casal, tanto ao nível do autocuidado, como também no exercício do papel parental. Ao longo do estágio fui desenvolvendo estratégias que permitiram as puérperas a sentirem-se mais seguras e confiantes na amamentação, com resultados verdadeiramente gratificantes.

Com a conclusão do estágio de natureza profissional e todo este trabalho de reflexão crítica acerca das práticas realizadas, constatou-se um crescimento pessoal a diversos níveis, não apenas profissional, mas também ao nível emocional, cultural e social.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu uma reflexão crítica sobre as experiências desenvolvidas ao longo do estágio de natureza profissional, decorrido entre 19 de setembro de 2017 e 21 de julho de 2018. Dadas as particularidades da população-alvo dos cuidados do EESMO, compreende-se a necessidade desta formação alargada visando a aquisição e o desenvolvimento das competências necessárias para a prestação de cuidados especializados de excelência. Ao longo do estágio, cumpriram-se os requisitos previstos no Decreto-Lei n.º 9/2009, de 4 de Março (OE, 2010) para a aquisição do título de EESMO, tanto ao nível do desenvolvimento de competências, como ao nível do número mínimo de experiências.

No sentido de cumprir os objetivos traçados inicialmente, este relatório evidencia as atividades desenvolvidas ao longo dos três módulos – gravidez com complicações; TP e parto; autocuidado no pós-parto e parentalidade – , estabelecendo uma comparação entre a evidência científica mais atual e as intervenções realizadas na prática clínica. Porém, nem todas as experiências foram descritas, tendo sido privilegiadas as experiências que proporcionaram aquisição de competências e incitaram momentos de reflexão crítica.

A saúde materna, mais do que a vigilância e monitorização do bem-estar materno-fetal, tem na sua base as relações humanas. De facto, ao longo do estágio o meu papel enquanto aluna do MESMO abrangeu, em vários contextos, o apoio emocional e a comunicação terapêutica com as mulheres e os casais. Os cuidados individualizados que desenvolvi nos estágios foram imprescindíveis para potenciar uma transição saudável e feliz para a parentalidade, sendo estes, valores nos quais assentarei a minha futura prática profissional como EESMO.

A PBE é uma constante aliada no exercício profissional do EESMO. Neste sentido, a realização de uma revisão de literatura permitiu analisar a evidência científica mais atual sobre a prestação de cuidados a mulheres após perda gestacional e concluir que as práticas desenvolvidas na atualidade ficam aquém das suas necessidades. Por este motivo, gostaria que esta investigação constituísse um contributo para uma prática de enfermagem mais refletida e sensível às

questões relacionadas com a perda gestacional. Fica também aqui assente o compromisso pessoal no desenvolvimento da PBE, com o objetivo primordial de prestar cuidados especializados de excelência no âmbito da saúde materna e obstétrica.

No final deste percurso, é possível fazer um balanço extremamente positivo de toda a experiência. Apesar da dificuldade em conciliar a vida académica com a vida profissional e pessoal, a motivação para atingir este objetivo esteve sempre presente. Aliado a isto, estiveram todos os elementos docentes, os tutores, outros profissionais, e os clientes dos meus cuidados, cujo contacto durante este percurso providenciaram um grande enriquecimento profissional e pessoal. Este olhar retrospectivo para o meu percurso, enquanto formanda do MESMO, marca o final de uma etapa repleta de desafios, cuja conclusão se pauta por sentimentos de orgulho e gratidão, e que permanecerá gravada na minha memória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AASHEIM, V. et al. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review) [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, nº6, pp.1-118. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub3/full>;

AFONSO, M. *Profilaxia da Infecção a Streptococcus β - hemolítico do grupo B (SGB)*. In: Normas de atuação na urgência obstétrica e ginecológica. [Em linha]. 2ªed. Hospital de Santa Maria, 2012. [Consult. 2017-12-07]. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/hsm_final_2012.pdf;

AIRES, C. M. et al. Empowerment na gravidez: estudo de adaptação da Empowerment Scale for Pregnant Women para o contexto português. [Em linha]. *Revista de Enfermagem Referência*, 2016, série IV, nº10, pp.49-57. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn10/serIVn10a06.pdf>;

ALDERDICE, F. The experience of stillbirth. [Em linha]. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2017, vol.35, nº2, pp.105-107. [Consult. 2018-01-07]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02646838.2016.1267010>;

ALFIREVIC, Z. et al. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, nº2, pp.1-137. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006066.pub3/full>;

ALVES, A. ; SILVA, L. e MELO, V. Uso de balões intrauterinos em pacientes com hemorragia pós-parto. [Em linha]. *Femina*, 2014, vol.42, nº4, pp.193-201. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n4/a4592.pdf>;

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Hypertension in Pregnancy*. [Em linha]. Washington, 2013. [Consult. 2017-12-18]. Disponível em: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy>;

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *The Apgar Score*. [Em linha]. Washington, 2015, nº644. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/The-Apgar-Score>;

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Preterm (Premature) Labor and Birth*. [Em linha]. Washington, 2016a. [Consult. 2017-12-07]. Disponível em: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Preterm-Premature-Labor-and-Birth>;

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice*. [Em linha]. Washington, 2016b, nº658. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Optimizing-Support-for-Breastfeeding-as-Part-of-Obstetric-Practice>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Approaches to Limit Interventions During Labor and Birth*. [Em linha]. Washington, 2017a, nº687. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Approaches-to-Limit-Intervention-During-Labor-and-Birth>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Delivery of a Newborn With Meconium-Stained Amniotic Fluid*. [Em linha]. Washington, 2017b, nº689. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Delivery-of-a-Newborn-With-Meconium-Stained-Amniotic-Fluid>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth*. [Em linha]. Washington, 2017c, nº684. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-After-Birth>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Postpartum Hemorrhage*. [Em linha]. Washington, 2017d, nº183. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: http://clinicalinnovations.com/wp-content/uploads/2017/10/ACOG_Practice_Bulletin_No_183_Postpartum-Hemorrhage-2017.pdf

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery*. [Em linha]. Washington, 2018a, nº198. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2018/09000/ACOG_Practice_Bulletin_No__198_Summary__.59.aspx

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. *Optimizing Postpartum Care*. [Em linha]. Washington, 2018b, nº736. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Optimizing-Postpartum-Care>;

AMORIM, S. P. *Tristeza pós-parto – importância do diagnóstico precoce*. [Em linha]. Universidade Fernando Pessoa, 2010. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1574/1/MONO_17381.pdf

AMORIM, C. S. Hábito Intestinal de Lactentes Recebendo Aleitamento Materno Exclusivo. [Em linha]. *Revista Paraense de Medicina*, 2012, vol.25, nº4, pp.1-2. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2011/v25n4/a3060.pdf>;

ANIM-SOMUAH, M. et al. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018, nº5, pp.1-195. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000331.pub4/media/CDSR/CD000331/CD000331.pdf>;

ANTONAKOU, A. Hands-on or hands-off the perineum at childbirth: A re-appraisal of the available evidence. [Em linha]. *European Journal of Midwifery*, 2017, vol.1, nº5, pp.1-3. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: <http://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Hands-on-or-hands-off-the-perineum-at-childbirth-A-re-appraisal-of-the-available,78588,0,2.html>;

ANTUNES, M. B. et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. [Em linha]. *Avances en Enfermería*, 2017, vol.35, nº1, pp.19-29. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n1/v35n1a03.pdf>;

ASPLIN, N. et al. Pregnancy termination due to fetal anomaly: Women's reactions, satisfaction and experiences of care. [Em linha]. *Midwifery*, 2013, vol.30, pp.620-627. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00305-7/abstract](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00305-7/abstract);

ASSIS, T. R. et al. Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de multíparas. [Em linha]. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2013, vol.35, nº1, pp.10-15. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000100003;

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SEGURANÇA INFANTIL. *Plano de Acção Para a Segurança Infantil 2012-2016*. [Em linha]. Lisboa, 2011. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf;

AUCKLAND DISTRICT HEALTH BOARD. *Bladder Care Postpartum and Management of Urinary Retention*. [Em linha]. 2017. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: http://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/Portals/0/Documents/Policies/Bladder%20Care%20Postpartum%20and%20Management%20of%20Urinary%20Retention_.pdf;

BALASKAS, J. *Parto Ativo: Guia Prático Para o Parto Natural*. 1ª ed. 4 Estações Editora, 2017.

BECK, D. et al. *Cuidados ao Recém-Nascido: Manual de Consulta*. [Em linha]. Save the Children Federation, 2004. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Cuidados-ao-Recem-Nascido-Manual-de-Consulta.pdf>;

BEGLEY, C. M. et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, nº3, pp.1-153. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub4/abstract>;

BICK, D. e BASSET, S. How to provide postnatal perineal care. [Em linha]. *Midwives Magazine*, 2013, nº2. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/analysis/how-to-provide-postnatal-perineal-care>;

BOHREN, M. A. et al. Continuous support for women during childbirth (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, nº7, pp.1-169. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>;

BRUEL, H. et al. Prise en charge em maternité des nouveau-nés à risque d'hypoglycémie. [Em linha]. *Révue de Médecine Périnatale*, 2013, vol.5, nº4, pp.230-235. [Consult. em 2018-02-18]. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12611-013-0256-2#>;

BULLOUGH, L. et al. Changing wound care protocols to reduce postoperative caesarean section infection and readmission. [Em linha]. *Wounds UK*, 2014, vol.10, nº1, pp.72-76. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <https://mb.cision.com/Public/2726/9578772/a961e97ec28413e4.pdf>;

CAMARNEIRO, A. P. ; MACIEL, J. e SILVEIRA, R. Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico. [Em linha]. *Revista de Enfermagem Referência*, 2015, série IV, nº5, pp.109-117. [Consult. 2018-01-07]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn5/serIVn5a13.pdf>;

CAMPOS, D. ; AMARAL, A. e FARIA, M. *Cuidados Assistenciais de Rotina Durante o Trabalho de Parto*. In: *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2014a.

CAMPOS, D. e CALADO, E. *Episiorrafia e Correção de Lacerações Perineais de 2º Grau*. In: *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2014b.

CAMPOS, D. *Hiperestimulação uterina*. In: *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2014a.

CAMPOS, D. *Distócia de Ombros – Atuação Clínica*. In: *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2014b.

CARDOSO, A. *Tornar-se mãe, Tornar-se pai: Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. [Em linha]. Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Doutoramento em Enfermagem. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-se%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%3%Aancias%20parentais.pdf;

CARDOSO, A. ; SILVA, A. e MARÍN, H. Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. [Em linha]. *Revista de Enfermagem Referência*, 2015, série IV, nº4, pp.11-20. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a02.pdf>;

CARDOSO, A. ; SILVA, A. e MARÍN, H. Pregnant Women's Knowledge Gaps about Breastfeeding in Northern Portugal. [Em linha]. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2017, vol.7, pp.376-385. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=74972>;

CARVALHO, R. *Parto Pré-termo (PPT)*. In: Normas de atuação na urgência obstétrica e ginecológica. [Em linha]. 2ªed. Hospital de Santa Maria, 2012. [Consult. 2017-12-07]. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/hsm_final_2012.pdf;

CARVALHO, J. M. ; GASPAR, M. F. e CARDOSO, A. M. Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: initial difficulties. [Em linha]. *Investigación e Educación en Enfermería*, 2017, vol.35, nº3, pp.285-294. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/48197>;

CASSIDY, P. Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: results from an online survey. [Em linha]. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2018, vol.18, nº22, pp.1-12. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763533/>;

CATLIN, A. Interdisciplinary guidelines for care of women presenting to the emergency department with pregnancy loss. [Em linha]. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 2018, vol.43, nº1, pp.13-18. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=29215420>;

CAVADAS, L. F. No período pós-parto o uso dos contraceptivos orais combinados é tão seguro quanto o uso dos progestativos orais? [Em linha]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2009, vol.25, pp.31-36. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10587>;

CAVKAYTAR, S. et al. Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study. [Em linha]. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 2014, vol.15, pp.140-143. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4195322/>;

CÉSAR, M. A. et al. Distúrbios evacuatórios em primigestas após parto normal: estudo clínico. [Em linha]. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 2011, vol.31, nº2, pp.127-130. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-98802011000200003&script=sci_abstract&tlng=pt;

CHRISMAN, J. et al. Exploring evidence-based practice research. [Em linha]. *Nursing Made Incredibly Easy!*, 2014, vol.12, nº4, pp.8-12. [Consult. 2018-01-05]. Disponível em: https://www.nursingcenter.com/pdfjournal?AID=2492783&an=00152258-201407000-00003&Journal_ID=417221&Issue_ID=2492774;

CIAMPO, L. A. et al. Aleitamento Materno e Tabus Alimentares. [Em linha]. *Revista Paulista de Pediatria*, 2008, vol.26, nº4, pp.345-349. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822008000400006;

CIARDULLI, A. et al. Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies: A Systematic Review and Meta-analysis. [Em linha]. *Obstetrics & Gynecology*, 2017, vol.129, nº3, pp.473-480. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2017/03000/Less_Restrictive_Food_Intake_During_Labor_in.10.aspx;

CLODE, N. *Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia/S.HELLP*. In: Normas de atuação na urgência obstétrica e ginecológica. [Em linha]. 2ªed. Hospital de Santa Maria, 2012. [Consult. 2017-12-07]. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/hsm_final_2012.pdf;

CORDEIRO, M. *O Grande Livro do Bebê: O Primeiro Ano de Vida*. 7ªed. A Esfera dos Livros, 2011.

CORREIA, S. *Consumo de álcool durante a amamentação*. [Em linha]. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2015. Tese de Mestrado em Saúde Pública. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/16439/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Sandrina%20Correia.pdf>;

COSTA, A. et al. Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação: revisão integrativa. [Em linha]. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2013, vol.15, nº3, pp.790-801. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n3/pdf/v15n3a22.pdf>;

COSTA, A. et al. *Ameaça de Parto Pré-termo*. In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2014.

COSTA, P. ; GARCIA, A. e TOLEDO, V. Acolhimento e Cuidado de Enfermagem: um Estudo Fenomenológico. [Em linha]. *Texto Contexto Enfermagem*, 2016, vol.25, nº1, pp.1-7. [Consult. 2017-12-20]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-4550015.pdf;

COUTINHO, J. P. et al. *Maturação Cervical e Indução de Trabalho de Parto*. In: Protocolos de Medicina Materno-Fetal. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2014.

COVARRUBIAS-GÓMEZ, A. et al. El manejo del dolor postoperatorio en obstetricia: ¿Es seguro? [Em linha]. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 2006, vol.29, nº4, pp.231-239. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma064g.pdf>;

CRUZ, S. *Competências Parentais na Amamentação: Contributos Para um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem*. [Em linha]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Tese de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9332>;

CULLEN, S. et al. Exploring parents' experiences of care in an Irish hospital following second-trimester miscarriage. [Em linha]. *British Journal of Midwifery*, 2017, vol.25, nº2, pp.110-115. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=91b707ab-07b7-4044-b0e2-095fd0068097%40sessionmgr4008>;

CUNNINGHAM, F. G. et al. *Obstetrícia de Williams*. 23ªed. São Paulo: AMGH Editora, 2012.

DALL'ASTA, A. et al. Early onset fetal growth restriction. [Em linha]. *Maternal Health, Neonatology, and Perinatology*, 2017, vol.3, nº2, pp.1-12. [Consult. 2017-12-15]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5241928/>;

DEKKER, R. Evidence on: Eating and Drinking During Labor. [Em linha]. *Evidence Based Birth*, 2017. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <https://evidencebasedbirth.com/evidence-eating-drinking-labor/>;

DEPARTMENT FOR HEALTH AND AGEING OF AUSTRALIA. *South Australian Perinatal Practice Guideline: Perineal Care*. [Em linha]. South Australia, 2014. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/76d1590047ff0344affe21d1663cdf/Perineal+Care_PPG_v1_1_03052018.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-76d1590047ff0344affe21d1663cdf-meglyAY;

DIAS, C. Vigilância pré-natal e decisão do parto. [Em linha]. *Nascer e Crescer*, 2012a, vol. XXI, nº3, pp.S159-S166. [Consult. 2017-12-15]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v21n3/v21n3a12.pdf>;

DIAS, M. *A Perda Gestacional e o Processo de Luto: Quando o início é o fim da vida...* [Em linha]. Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, 2012b. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. [Consult. 2018-01-07]. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1970/1/DIAS%20Marilyn%20Cristina%20Martins%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>;

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016*. [Em linha]. Lisboa, 2010. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dast-programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes-pdf.aspx>;

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. *Diagnóstico e conduta na Diabetes Gestacional*. [Em linha]. Lisboa, 2011. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/norma-diabetes-gestacional-pdf.aspx>;

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. [Em linha]. Lisboa, 2012. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012.aspx>;

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. [Em linha]. Lisboa, 2013. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/consulta-publica-programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil-jpg.aspx>;

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. [Em linha]. Lisboa, 2015a. [Consult. 2017-11-20]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>;

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. *Trabalho de Parto Estacionário*. [Em linha]. Lisboa, 2015b. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/gravidez/orientacao-n12015-de-19012015-trabalho-de-parto-estacionario.aspx>;

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação saudável: Alimentação e Nutrição na Gravidez* [Em linha]. Lisboa, 2015c. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899925Alimentacaoenutricaoonagravidez.pdf;

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. *Programa Nacional de Vacinação*. [Em linha]. Lisboa, 2017. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnv-apresentacao-pnv-2017-publica-pdf.aspx>;

DIZ, R. *Hipertermia Materna Intraparto de Causa Não Infeciosa – Qual a sua Importância?* [Em linha]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2014. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/75110/2/32292.pdf>;

DODD, J. M. Prenatal administration of progestogens for preventing spontaneous preterm birth in women with a singleton pregnancy (Protocol). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, nº1, pp.1-11. [Consult. 2017-12-07]. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD012531/PREG_prenatal-administration-progestogens-preventing-spontaneous-preterm-birth-women-singleton-pregnancy;

DUBENETZKY, S. Y. Stillbirth: Psychosocial Implications of an Unrecognized Issue. [Em linha]. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 2017, vol.31, nº3, pp.196-214. [Consult. 2018-01-07]. Disponível em: <https://birthpsychology.com/journal/article/stillbirth-psychosocial-implications-unrecognized-issue>;

ELHARMEEL, S. M. A. et al. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, nº8, pp.1-21. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008534.pub2/epdf/standard>

ELLIS, A. et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. [Em linha]. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2016, vol.16, nº16, pp.1-19. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727309/>;

EL-MEKAWY, H. S. et al. Effect of Abdominal Exercises versus Abdominal Supporting Belt on Post-Partum Abdominal Efficiency and Rectus Separation. [Em linha]. *International Journal of Medical and Health Sciences*, 2013, vol.7, nº1, pp.75-79. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <https://waset.org/publications/7884/effect-of-abdominal-exercises-versus-abdominal-supporting-belt-on-post-partum-abdominal-efficiency-and-rectus-separation>;

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO. *Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos*. [Em linha]. Porto, 2010. [Consult. 2017-10-02]. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/a_esep/regulamentos/38_regulamento_segundo_ciclo.pdf

FABRIS, L. K. Persistent post-partum pain after vaginal birth and cesarean section. [Em linha]. *Periodicum Biologorum*, 2011, vol. 113, nº2, pp.239-241. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <https://hrcak.srce.hr/file/102971>;

FAHEY, J. O. e SHENASSA, E. Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. [Em linha]. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2013, vol.58, pp.613-621. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jmwh.12139>;

FATIA, A. e TINOCO, L. *Trabalho de Parto*. In: *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ªed. Lisboa: Lidel, 2016.

FERNANDES, J. D. ; MACHADO, M. C. e OLIVEIRA Z. N. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. [Em linha]. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2011, vol.86, nº1, pp.102-110. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000100014;

FERNANDES, N. e SILVA, E. Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. [Em linha]. *Revista de Enfermagem Referência*, 2015, série IV, n.º4, pp.107-115. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a12.pdf>;

FERRÃO, A. C. e ZAGÃO, M. O. Liberdade de Movimentos e Posições no Primeiro Estádio do Trabalho de Parto. [Em linha]. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2017, vol.3, nº1, pp.886-900. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/179/350;

FERRARI, A. G. ; PICCININI, C. A. e LOPES, R. S. O Bebê Imaginado na Gestação: Aspectos Teóricos e Empíricos. [Em linha]. *Psicologia em Estudo*, 2007, vol.12, n 2, pp.305-313. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722007000200011&script=sci_abstract&tlng=pt;

FERREIRA, R. et al. Amamenta o e dieta materna. Influência de mitos e preconceitos. [Em linha]. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2010, vol.41, n 3, pp.105-110. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4355>;

FINK, N. et al. Relaxation During Pregnancy: What Are the Benefits for Mother, Fetus, and the Newborn? A Systematic Review of the Literature. [Em linha]. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 2012, vol.26, n 4, pp.296-306. [Consult. 2017-12-21]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23111717>;

FLEMING, V. et al. Dying at life's beginning: Experiences of parents and health professionals in Switzerland when an 'in utero' diagnosis incompatible with life is made. [Em linha]. *Midwifery*, 2016, vol.34, pp.23-29. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em: <http://www.kindsverlust.ch/pdf/DyingatlifesbeginningStudie.pdf>;

FORTIN, M. *Fundamentos e Etapas no Processo de Investiga o*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FLINT, A. ; NEW, K. e DAVIES, M. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, n 8, pp.1-41. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005092.pub3/full>;

FRANCISCO, A. A. et al. Avalia o e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. [Em linha]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2011, vol. 24, n 1, pp.94-100. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000100014&script=sci_abstract&tlng=pt;

GALLO, R. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. [Em linha]. *Femina*, 2017, vol.39, nº1, pp.41-48. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>;

GALVÃO, C. ; SAWADA, N. e ROSSI, L. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. [Em linha]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2002, vol.10, nº5, pp.690-695. [Consult. 2018-01-05]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf>;

GOUROUNTI, K. et al. Anxiety and depression of high risk pregnant women hospitalized in two public hospital settings in Greece. [Em linha]. *International Archives of Medicine*, 2015, vol.8, nº25, pp.1-6. [Consult. 2017-12-21]. Disponível em: <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1054/684>;

GRAÇA, L. *Medicina Materno-fetal*. 5ªed. Lisboa: Lidel, 2017.

GROBMAN, W. et al. Providing Advice to Parents for Women at Acutely High Risk of Periviable Delivery. [Em linha]. *Obstetrics & Gynecology*, 2010, vol.115, nº5, pp.904-909. [Consult. 2017-12-21]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3735348/pdf/nihms495601.pdf>;

GUERRA, M. J. *O Parto Desejado: Expectativas de um Grupo de Grávidas*. [Em linha]. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2010. Tese de Mestrado em Enfermagem. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9420/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_final_convertido.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Óbitos perinatais por local de residência da mãe*. [Em linha]. Lisboa, 2015. [Consult. 2018-01-07]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003527&contexto=bd&selTab=tab2;

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012. [Consult. 2018-01-05]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf;

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem versão 2017*.

JAAFAR, S. H. ; HO, J. J. e LEE, K. S. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, nº8, pp.1-26. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006641.pub3/media/CDSR/CD006641/CD006641.pdf>;

JOHANNA BRIGGS INSTITUTE. The Joanna Briggs Institute Best Practice Information Sheet: The effectiveness of pelvic floor muscle exercises on urinary incontinence in women following childbirth. [Em linha]. *Nursing and Health Sciences*, 2011, vol.13, pp.378-381. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1442-2018.2011.00617.x>;

JONES, L. et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, nº3, pp.1-161. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009234.pub2/full>;

KARINO, M. e FELLI, V. Enfermagem Baseada em Evidências: Avanços e Inovações em Revisões Sistemáticas. [Em linha]. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2012, nº11, pp.011-015. [Consult. 2018-12-03]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17048/pdf>;

KARP, H. *O Bebê Mais Feliz do Mundo*. Livros d'Hoje, 2014.

KHIANMAN, B. et al. Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour. [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, nº8, pp.1-45. [Consult. 2017-12-21]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007426.pub2/epdf/full>;

KOCH, M. C. *Ultrapassar a Perda Involuntária da Gravidez: um Modelo de Intervenção de Enfermagem*. [Em linha]. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2014. Tese de Doutoramento em Enfermagem. [Consult. 2017-12-20]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18293>;

KOOPMANS, L. et al. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, nº6, pp.1-22. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000452.pub3/full>;

LANGEN, E. et al. Association of Cervical Effacement With the Rate of Cervical Change in Labor Among Nulliparous Women. [Em linha]. *Obstetrics and Gynecology*, 2016, vol.127, nº3, pp.489-495. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5102500/>;

LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, nº10, pp.1-158. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/abstract>;

LEI nº16/2007. [Em linha]. D.R. I Série. Nº 75 (2007-04-17), pp.2417-2418. [Consult. 2018-01-07]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/519464/details/maximized>;

LEMOS, A. et al. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, nº3, pp.1-106. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009124.pub3/full>;

LEROY, L. ; LÚCIO, A. e LOPES, M. H. Fatores de risco para incontinência urinária no puerpério. [Em linha]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2016, vol.50, nº2, pp.200-207. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0200.pdf;

LEVY, L. e BÉRTOLO, H. *Manual de Aleitamento Materno*. [Em linha]. Comité Português para a UNICEF, 2012. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <https://unicef.pt/media/1584/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>;

LISY, K. et al. Provision of Meaningful Care at Diagnosis, Birth, and after Stillbirth: A Qualitative Synthesis of Parents' Experiences. [Em linha]. *BIRTH: Issues in Perinatal Care*, 2016, vol.43, nº1, pp.6-19. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/birt.12217>;

LOPES, M. H. et al. Programa de reabilitação do assoalho pélvico: relato de 10 anos de experiência. [Em linha]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2017, vol.70, nº1, pp.231-235. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000100231&script=sci_abstract&tlng=pt;

LOTTO, R. ; ARMSTRONG, N. e SMITH, L. *Care provision during termination of pregnancy following diagnosis of a severe congenital anomaly – A qualitative study of what is important to parents*. [Em linha]. *Midwifery*, 2016, vol.43, pp.14-20. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(16\)30181-4/fulltext;](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(16)30181-4/fulltext;)

MACHADO, J. *O banho e os cuidados com a pele do recém-nascido – Uma revisão integrativa da literatura*. [Em linha]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9528;>

MACKEEN, A. D. et al. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, nº2, pp.1-37. [Consult. 2017-12-07]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007062.pub2/media/CDSR/CD007062/CD007062.pdf;>

MAJEED, N. e TARIQ, S. Comparison of Artificial Rupture of Membranes with Intact Membrane in Labouring Multigravidae. [Em linha]. *Journal of Rawalpindi Medical College*, 2013, vol.17, nº2, pp.234-237. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/6587/04c2ccb9fd61e8b0a69697e16a17c0c26911.pdf;>

MARQUES, J. B. e REYNOLDS, A. Distócia de Ombros: Uma Emergência Obstétrica. [Em linha]. *Acta Médica Portuguesa*, 2011, vol.24, pp.613-620. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/480/188;>

MARQUES, M. *Manual de Boas Práticas na Sala de Partos Normal: Baseado nas Recomendações da OMS*. [Em linha]. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora, 2014. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13022/2/MANUAL%20BOAS%20PR%C3%81TICAS%20PARA%20CD.pdf;>

MCKINNEY, C. et al. Feeding Neonates by Cup: Systematic Review of Literature. [Em linha]. *Maternal & Children Health Journal*, 2016, nº20, pp.1620-1633. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5091933/>;

MELEIS, A. et al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. [Em linha]. *Advances In Nursing Science*, 2000, vol.23, nº1, pp.12-28. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2000/09000/Experiencing_Transitions__An_Emerging_Middle_Range.6.aspx;

MELEIS, A. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company, 2010.

MENDES, K. ; SILVEIRA, R. e GALVÃO, C. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. [Em linha]. *Texto Contexto Enfermagem*, 2008, vol.17, nº4, pp.758-764. [Consult. 2018-01-05]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>;

MESHBROWSER - MEDICAL SUBJECT HEADINGS 2018. [Em linha] [Consult. 2018-01-07]. Disponível em: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>;

MINEIRO, A. et al. *A Posição da Mulher no Trabalho de Parto*. In: *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ªed. Lisboa: Lidel, 2016.

MIRANDA, A. C. *Quando a morte antecede o nascimento: Atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetricia na assistência à mulher que vivência uma morte fetal*. [Em linha]. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora, 2016. Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/19521/1/Relat%C3%B3rio%20Ana%20Miranda.pdf>;

MONTEIRO, S. B. et al. *Rastreio e Prevenção do Parto Pré-termo*. In: *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2014.

MOORE, E. R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, nº11, pp.1-158. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/full>;

MORONI, R. M. et al. Conservative Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review with Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. [Em linha]. *RBGO Gynecology and Obstetrics*, 2016, vol.38, nº2, pp.97-111. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032016000200097&script=sci_abstract&tlng=pt;

MOUTA, R. J. et al. Plano de Parto Como Estratégia de Empoderamento Feminino. [Em linha]. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2017, vol.31, nº4, pp.1-10. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em:

<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>;

NOGUEIRA, J. R. e FERREIRA, M. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. [Em linha]. *Revista de Enfermagem Referência*, 2012, série III, nº8, pp.57-66. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300006;

OLIVEIRA, D. e MANDÚ, E. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidados. [Em linha]. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2015, vol. 19, nº1, pp.93-101. [Consult. 2017-12-10]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0093.pdf>;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Utilização de Cinta Durante o Puerpério*. [Em linha]. Parecer nº117, 2009. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CE-117-2009.pdf;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. [Em linha]. Lisboa, 2010. [Consult. 2017-10-02]. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Procedimento de Cuidados Perineais à Puérpera Durante o Internamento Hospitalar*. [Em linha]. Parecer nº23, 2011. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_23_MCEESMO.pdf;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*. [Em linha]. Lisboa, 2012. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf;

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia*. [Em linha]. Lisboa, 2018. [Consult. 2018-03-06]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8139/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo.pdf;

ÓRFÃO, A. e GOUVEIA, C. Apontamentos de anatomia e fisiologia da lactação. [Em linha]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2009, vol.25, nº3, pp.347-354. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10631/10367>;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia fetal*. [Em linha]. 2013. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/2/WHO_RHR_14.19_por.pdf;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. [Em linha]. 2014. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf?sequence=12;

PELECKIS, M. V. ; FRANCISCO, A. A. e OLIVEIRA, S. M. Terapias de Alívio da Dor Perineal no Pós-Parto. [Em linha]. *Texto Contexto Enfermagem*, 2017, vol.26, nº2, pp.1-8. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e05880015.pdf;

PETERS, M. et al. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. [Em linha]. *Women and Birth*, 2015, vol.28, pp.272-278. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em: [https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(15\)00080-3/fulltext](https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(15)00080-3/fulltext);

PIO, D. e CAPEL, M. Os significados do cuidado na gestação. [Em linha]. *Revista Psicologia e Saúde*, 2015, vol.7, nº1, pp.74-81. [Consult. 2017-12-21]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n1/v7n1a10.pdf>;

PIRES, C. *Cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido*. [Em linha]. Instituto Politécnico de Bragança, 2016. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13881/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20final%20-%20Catarina%20Pires.pdf>;

POMPEO, D. ; ROSSI, L. e GALVÃO, C. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. [Em linha]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2009, vol.22, nº4, pp.434-438. [Consult. 2018-01-05]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>;

POSKUS, T. et al. Haemorrhoids and anal fissures during pregnancy and after childbirth: a prospective cohort study. [Em linha]. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2014, pp.1666-1671. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.12838>;

RAMOS, E. M. et al. O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. [Em linha]. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 2014, vol.22, nº2, pp.245-250. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13666>;

RODRIGUES, P. et al. Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. [Em linha]. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 2016, vol.38, nº3, pp.136-140. [Consult. 2017-12-21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/trends/v38n3/2237-6089-trends-38-03-00136.pdf>;

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Second Stage of Labour*. [Em linha]. Londres, 2012a. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Second%20Stage%20of%20Labour.pdf>;

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. *Report of a survey exploring the position of midwives' hands during the birth of the baby's head*. [Em linha]. Londres, 2012b. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Perineal%20Audit%20Report%202014_0.pdf;

SANTOS, C. ; PIMENTA, C. e NOBRE, M. A Estratégia PICO para a Construção da Pergunta de Pesquisa e Busca de Evidências. [Em linha]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2007, vol.15, nº3, pp.1-4. [Consult. 2018-01-07]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf;

SANTOS, N. ; VEIGA, P. e ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. [Em linha]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2011, vol.64, nº2, pp.355-358. [Consult. 2017-12-20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>;

SANTOS, R. M. et al. *Vigilância de Rotina no Puerpério de Parto Vaginal*. In: *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª ed. Lisboa: Lidel, 2014.

SANTOS, D. P. *A Elaboração do Luto Materno na Perda Gestacional*. [Em linha]. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, 2015. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia. [Consult. 2018-01-07]. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20463/1/ulfpie047422_tm_tese.pdf;

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. *Manual de Neonatologia*. [Em linha]. Brasil, 2015. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3905402/mod_resource/content/1/manual_de_neonatologia.pdf;

SHRIVASTAVA, S. ; SHRIVASTAVA P. e RAMASAMY, J. Fostering the practice of rooming-in in newborn care. [Em linha]. *Journal of Health Sciences*, 2013, vol.3, nº2, pp.177-178. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: <http://www.jhsci.ba/OJS/index.php/jhsci/article/view/85>;

SIASSAKOS, D. et al. All bereaved parents are entitled to good care after stillbirth: a mixed-methods multicentre study (INSIGHT). [Em linha]. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2017, vol.125, nº2, pp.160-170. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763319/>;

SILVA, M. A. *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico: Acolhimento em Enfermagem*. [Em linha]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. [Consult. 2017-12-20]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>;

SILVA, S. M. *Icterícia Neonatal*. [Em linha]. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2011. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61080/2/Ictercia%20Neonatal.pdf>;

SILVA, T. Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. [Em linha]. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2013, vol.44, nº5, pp.223-228. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/3399/2709>;

SILVA, C. e CARNEIRO, M. Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. [Em linha]. *Revista de Enfermagem Referência*, 2014, série IV, nº3, pp.17-26. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a03.pdf>;

SILVA, D. R. *Cefaleia pós-punção da dura: uma complicação frequente da analgesia epidural obstétrica*. [Em linha]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2016. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=879467;

SINGATA, M. ; TRANMER, J. e GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, nº8, pp.1-101. [Consult. 2018-07-10]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/abstract>;

SMITH & NEPHEW MEDICAL LIMITED. *Instruções de Uso: Pico – Sistema de Terapia de Pressão Negativa de Feridas de Uso Único*. [Em linha]. 2016. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: [http://smithnephew.pt/global/assets/pdf/products/brasil/10178010255%20-%20pico%20\(politec\).pdf](http://smithnephew.pt/global/assets/pdf/products/brasil/10178010255%20-%20pico%20(politec).pdf);

SMITH, C. A. et al. Relaxation techniques for pain management in labour (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018, nº3, pp.1-94. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009514.pub2/full>;

SMYTH, R. M. D. ; MARKHAM, C. e DOWSWELL, T. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, nº6, pp.1-84. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/full>;

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. *Consenso Sobre Contraceção*. [Em linha]. 2011. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/consenso_sobre_contracecao_2011.pdf;

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA. *Revisão dos Consensos em Infecções Vulvovaginais*. [Em linha]. 2012. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: http://www.spginecologia.pt/uploads/revisao_dos_consensos_em_infecoes_vulgovaginais.pdf;

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA. *Prescrição Pré-natal de Corticoides para Reduzir a Morbilidade e Mortalidade Neonatais*. [Em linha]. 2012. [Consult. 2017-12-07]. Disponível em: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/Corticoides_prenatais_.pdf;

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA. *Consenso Clínico: Hipoglicemia neonatal*. [Em linha]. 2013a. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf;

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA. *Icterícia Neonatal*. [Em linha]. 2013b. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf;

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA. *Consenso Clínico: RN de mãe toxicodependente*. [Em linha]. 2013c. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-RN_de_mae_toxicodependente.pdf;

SOSA, C. G. et al. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, nº3, pp.1-18. [Consult. 2017-12-07]. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD003581/PREG_bed-rest-in-singleton-pregnancies-for-preventing-preterm-birth;

SOUSA, L. et al. Terapêutica não-farmacológica para alívio do ingurgitamento mamário durante a lactação: revisão integrativa da literatura. [Em linha]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2012, vol.46, nº2, pp.472-479. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200028&script=sci_abstract&tlng=pt;

SOUZA, A. et al. Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. [Em linha]. *Femina*, 2010, vol.38, nº4, pp.195-201. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a004.pdf>;

SOUZA, S. e GUALDA, D. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. [Em linha]. *Texto Contexto Enfermagem*, 2016, vol.25, nº1, pp.1-9. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-4080014.pdf>;

SRIARPORN, P. et al. Support program for women suffering grief after termination of pregnancy: A pilot study. [Em linha]. *Nursing and Health Sciences*, 2017, vol.19, pp.75-80. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nhs.12307>;

STEEN, S. Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. [Em linha]. *International Journal of Palliative Nursing*, 2015, vol.21, nº2, pp.79-86. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/ijpn.2015.21.2.79>;

STEEN, M. e CUMMINS, B. How to repair an episiotomy. [Em linha]. *Nursing Standard*, 2016, vol.30, nº25, pp.36-39. [Consult. 2018-07-22]. Disponível em: https://rcni.com/sites/rcn_nspace/files/ns.30.25.36.s46.pdf;

SULEMANJI, M. e VAKILI, K. Neonatal renal physiology. [Em linha]. *Seminars in Pediatric Surgery*, 2013, vol.22, pp.195-198. [Consult. 2018-02-18]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1055858613000607?via%3Dihub>;

SUN, J. ; REI, W. e SHEU, S. Seeing or not seeing: Taiwan's parents' experiences during stillbirth. [Em linha]. *International Journal of Nursing Studies*, 2014, vol.51, pp.1153-1159. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913003593?via%3Dihub>;

TURAWA, E. B. ; MUSEKIWA, A. e ROHWER, A. C. Interventions for treating postpartum constipation (Review). [Em linha]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014, nº9, pp.1-11. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010273.pub2/full>;

WOJCIESZEK, A. M. et al. Care in subsequent pregnancies following stillbirth: an international survey of parents. [Em linha]. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2016, vol.125, nº2, pp.193-201. [Consult. 2018-03-10]. Disponível em:

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.14424>;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia*. [Em linha]. Geneva, 2011. [Consult. 2017-12-18]. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789241548335_eng.pdf;jsessionid=B66F7581A595E054973D21B464B1A252?sequence=1;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn*. [Em linha]. Geneva, 2013. [Consult. 2018-02-06]. Disponível em:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. [Em linha]. Geneva, 2015. [Consult. 2017-12-07]. Disponível em:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. [Em linha]. Geneva, 2018. [Consult. 2018-07-20]. Disponível em:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>;