

ESCOLA SUPERIOR ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EFEITOS DA DEAMBULAÇÃO E DAS POSIÇÕES VERTICAIS NA
EVOLUÇÃO DO PRIMEIRO PERÍODO DE TRABALHO DE
PARTO, NA MULHER PRIMÍPARA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientação:
Prof.^a Doutora Marinha Carneiro

Diana Manuela Santos Leite
Porto | 2014

AGRADECIMENTOS

A elaboração do relatório de estágio é um momento de reflexão individual. É o culminar de um longo e árduo percurso, durante o qual houve a intervenção de fatores internos e externos que, de forma direta ou indireta, contribuíram consideravelmente para a efetiva realização do meu estágio profissional.

Por este motivo, desejo expor os mais sinceros agradecimentos à minha orientadora, Professora Doutora Marinha Carneiro, pela competência científica e acompanhamento do trabalho, pela disponibilidade e apoio prestados nestes dois anos de curso, assim como pelas valiosas críticas e sugestões feitas durante a orientação.

O meu agradecimento estende-se também às Enfermeiras tutoras, Carla Baldaia, Fernanda Mendes, pela orientação, instrução e acompanhamento na aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Sem esquecer os restantes Enfermeiros e chefias dos vários locais de estágio do Hospital Tâmega e Sousa, em especial à restante equipa do bloco de partos, Enfermeiras Teresa Mota, Eugénia Fernandes e Sónia Costa, pelo apoio e excelentes condições de trabalho que me proporcionaram, sem os quais não seria possível a concretização das experiências relatadas neste relatório.

Quero agradecer ainda ao meu namorado Filipe, que sempre me motivou a crescer pessoal e profissionalmente, em especial por toda a compreensão revelada ao longo destes dois anos de curso.

Resta-me agradecer aos meus pais e irmãos pela compreensão e ternura demonstradas, ou seja, pelo entusiasmo e orgulho com que sempre reagiram

aos meus resultados acadêmicos ao longo destes anos, e, por último, um agradecimento muito especial aos meus amigos mais próximos, pelo inestimável apoio, compreensão, disponibilidade, motivação e amizade manifestadas.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

AU - Altura uterina

BP - Bloco Partos

CHTS - Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção Geral de Saúde

DPP - Data Provável do Parto

DUM - Data da Última Menstruação

EESMO - Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FC - Frequência Cardíaca

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

FR - Frequência Respiratória

HMP - Hidratação Materna Parentérica

HTA - Hipertensão Arterial

IG - Idade Gestacional

ILA - Índice de Líquido Amniótico

Kg - Quilograma

L - Litro

LA - Líquido Amniótico

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ML - Mililitro

mmHg - Milímetro de mercúrio

NICE - National Institute of Health and Clinical Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

P - Percentil

PNV - Plano Nacional de Vacinação

RCIU - Restrição do Crescimento Intra Uterino

RN - Recém-Nascido

RPM - Ruptura Prematura de Membranas

SF - Soro Fisiológico

TA - Tensão Arterial

TP - Trabalho de Parto

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

RESUMO

A elaboração deste relatório de estágio assenta na descrição e reflexão das atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo no Estágio: gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, tendo como principal finalidade a aquisição de competências específicas e como referência as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia aprovadas pela Ordem dos Enfermeiros.

As áreas de intervenção em análise privilegiam a assistência da mulher que vivência processos de gravidez com complicações, parto e puerpério. O campo de atuação permitiu delinear estratégias e intervenções e refletir sobre a ação para atingir as referidas competências, tendo por base o conhecimento adquirido ao longo do mestrado.

O EEESMO, ao atuar nestas três áreas, depara-se com um atraso na evolução do primeiro período de TP, se eventualmente a mulher optar pelo decúbito dorsal. Os artigos integrados e analisados na nossa revisão permitem concluir que, ao longo da história, a mulher sempre procurou instintivamente uma postura verticalizada na hora de parir, movimentando-se, experimentando diferentes posições ao longo do TP e evitando o decúbito dorsal, de forma a obter uma posição mais confortável. A importância do movimento e da deambulação na evolução do TP e no conforto materno e fetal durante este processo é uma evidência atualmente documentada.

Há evidências escritas de que as posições verticais contribuem largamente para a diminuição da duração do TP e não parecem estar associadas ao aumento do intervencionismo ou efeitos negativos para o bem-estar materno ou do RN pelo que,

durante a primeira etapa do TP, as mulheres devem ser incentivadas a assumir a posição que acharem mais confortável (Lawrence [et. al], 2009)).

Assim, consideramos que os resultados deste trabalho evidenciam a influência da deambulação e verticalização no processo de TP pelo que devem ser disponibilizados às mulheres, principalmente às grávidas, de forma a capacitá-las para estas práticas, bem como familiarizá-las com as mesmas, dado que essa consciencialização pode contribuir para a tomada de decisão e definição do seu plano de parto, no sentido de definir as escolhas a fazer para ter o TP que idealiza e deseja.

Palavras-chave: Enfermeiro especialista de saúde materna; competência; deambulação; posição no trabalho de parto.

ABSTRACT

Title: Effects of walking and positions vertical evolution of the first period of labor, the primiparous woman

The elaboration of this internship report is based on the description and reflection of activities along the training route in Stage: pregnancy, labor, birth and postpartum, with the primary purpose of acquiring specific skills and reference skills of nurses specialist in maternal health nursing and midwifery approved by *Ordem dos Enfermeiros*.

Interventional areas analyzed here privilege assisting women going through a pregnancy with complications, delivery and postpartum, being this internship the acting field that allowed design strategies and interventions and reflect about the action in order to achieve the named skills, based on the knowledge acquired throughout the Master's Degree.

Specialist Nurse in Maternal Health and Obstetrics, acting on these three areas, is facing a delay in the evolution of the first period of labour, the woman eventually opt for supine. The articles integrated and analyzed in our review allow the conclusion that, throughout History, women always tried to find, instinctively, a vertical position at the time of giving birth, moving, trying different positions throughout labour and avoiding supine position in order to find a more comfortable position. Movement and ambulation's importance in the evolution of labour and maternal and fetal comfort during this process is documented nowadays.

There are written evidences that vertical positions largely contributes to decrease labor's duration and don't seem to be linked with an increase of interventions or negative effects to maternal or newborn's well-being, therefore, during the first stage of labour, women should be encouraged to assume the most comfortable position for them (Lawrence [et. al], (2009)).

Thus we consider that the results of this paperwork show ambulation and vertical's influence on labour therefore women should read it, especially, the pregnant ones, so that they become capable to this practice and be familiar to it since the awareness of this may contribute to decision-making and define the delivery plan, defining the choices to make to have labour they idealize and wish for.

Key-words: Specialist Nurse in Maternal Health; Skill; Ambulation; Labour position

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EESMO	21
1.1. Aquisição de competências no âmbito de Gravidez com complicações 23	
1.2. Aquisição de competências no âmbito do trabalho de parto e parto	38
1.3. Aquisição de competências no âmbito do autocuidado e preparação para a parentalidade.....	71
2. DEAMBULAÇÃO E POSIÇÃO MATERNA DURANTE O TRABALHO DE PARTO - REVISÃO INTEGRATIVA.....	87
2.1. Introdução ao Problema	87
2.2. Método	88
2.3. Análise dos Resultados.....	90
2.4. Discussão	96
2.5. Conclusões.....	102
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	105
CONCLUSÃO	113
BIBLIOGRAFIA	117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Número de mulheres com ou sem gravidez de risco.....pág. 106

Figura 2 - Número de puérperas e recém-nascidos alvos de cuidados e vigilância.....pág. 107

Figura 3 - Número partos executados.....pág. 107

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caso clínico..... pág. 31

Tabela 2 - Estratégias de pesquisa na base de dados..... pág. 90

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Estudos incluídos na revisão integrativa.....pág. 95

Quadro 2 - Vantagens e desvantagens da verticalização da 1ª fase do Trabalho de parto.....pág. 103

INTRODUÇÃO

Para a obtenção do grau acadêmico de EESMO, o segundo ciclo de estudos contemplou a elaboração de um relatório de estágio profissionalizante, que visa descrever as atividades desenvolvidas para atingir as competências preconizadas pela OE, dando cumprimento ao regulamento do ciclo de estudos da ESEP. Estas atividades desenvolveram-se ao longo de um ano letivo no CHTS, nomeadamente no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia e no BP.

Com a elaboração deste relatório pretende-se demonstrar os conhecimentos, aptidões e atitudes inerentes ao processo de cuidados de enfermagem dirigido às respostas humanas da mulher no que diz respeito à saúde materna e obstetrícia, recorrendo a uma busca pelo conhecimento, formulações de juízo diagnóstico, terapêutico e ético. Este relatório aborda três áreas principais: gravidez, trabalho de parto e pós-parto.

Os objetivos primordiais da elaboração deste relatório passam por apresentar o relatório de estágio individual, através das atividades desenvolvidas ao longo do estágio para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas, bem como pela realização de uma revisão integrativa sobre uma temática pertinente, não só pelas implicações na mulher e conseqüentemente na gravidez, como também nas implicações da tomada de decisão do profissional de saúde.

A enfermagem é uma ciência que se deve fundamentar na investigação como método rigoroso de aquisição de conhecimentos no sentido de alargar o seu campo de ação e facilitar o seu desenvolvimento. Desta forma, deve o EESMO desenvolver práticas com base na teoria pré-

adquirida, mas também construir saberes tendo por base a prática e baseando essas práticas em evidências científicas. Segundo Prior, [et al]. (2010), os enfermeiros devem ter competência para implementar cuidados baseados em evidências científicas, para aumentar o nível de qualidade dos serviços prestados.

Deste modo, partimos do pressuposto de que o EEESMO assume na sua prática profissional a responsabilidade por intervenções autónomas em situações de baixo risco, e intervenções autónomas e interdependentes nas situações de médio e alto risco envolvidas nos processos de vida do ciclo reprodutivo da mulher.

O processo de aquisição de competências baseia-se então neste pressuposto, que se encontra patente nas descrições das atividades realizadas ao longo do estágio.

No âmbito do processo de aquisição de competências específicas do EEESMO identificamos uma área de grande interesse: o efeito da deambulação e das posições verticais na evolução do primeiro período de TP, na mulher primípara.

Nos últimos anos tem havido um novo olhar sobre o efeito de muitas práticas em obstetrícia. A deambulação e a posição assumida pela parturiente no trabalho de parto é um dos temas que tem adquirido nos últimos anos bastante importância. O incentivo à deambulação e a mudanças de posição da mulher no trabalho de parto e no parto aponta para uma série de vantagens e benefícios para mãe e filho. Tais evidências permitiram-nos concordar que a liberdade de posição e a deambulação da parturiente em todo o desenrolar do trabalho de parto são formas de cuidado provavelmente benéficas à parturiente e que devem ser encorajadas.

De forma a dar cumprimento aos objetivos explanados no capítulo seguinte, este relatório encontra-se estruturado em três capítulos.

O primeiro diz respeito ao relatório de estágio profissionalizante, em que apresenta uma descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, dando ênfase à aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEESMO. No segundo capítulo é explanada a revisão integrativa sobre o “efeito da deambulação e das posições verticais na evolução do primeiro período de trabalho de parto na primípara”. No

terceiro e último capítulo, é realizada a análise crítica e reflexiva sobre o desenvolvimento do estágio. A metodologia adotada como suporte ao desenvolvimento do estágio e do relatório assenta, como já referido, na prática baseada em evidências, que se encontram sustentadas por um vasto leque de pesquisa bibliográfica, recorrendo às bases de dados MEDLINE with full text, CINAHL Plus with full text, Cochrane Database os Systematic Reviews, National Institute of Health and clinical Excellence (NICE) e a Academic Search Complete, através da plataforma EBSCO host.

1. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EESMO

No decorrer da unidade curricular Estágio: gravidez, trabalho de parto e pós-parto, foi solicitada a elaboração de um relatório individual de desenvolvimento de competências, como um guia orientador do mesmo, tendo em conta as competências a adquirir. O estágio referido foi realizado no CHTS, (na unidade de Gravidez com Complicações - Obstetrícia II e na unidade de Puerpério - Obstetrícia I e no Bloco de Partos), ao longo de 32 semanas bastante enriquecedoras.

Assim, de acordo com Silva (2007), devemos optar por um projeto formativo de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional em que haja uma evolução profissional crescente de complexidade e, não sirva apenas o conhecimento empírico nem a execução simplista de tarefas orientadas.

O pensamento deste autor foi por nós abordado como uma premissa para a construção de um projeto de estágio consistente com o desenvolvimento e a aquisição de competências específicas. Deste modo, o rumo assumido foi a procura incessante de conhecimento de forma a basear a prática na evidência mais atual.

O projeto individual de estágio aborda três grandes capítulos, sendo eles: *Gravidez, Trabalho de Parto e Pós Parto*.

A realização deste projeto teve subjacente a diretiva Comunitária transposta para o direito interno, Artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 16/2009, de 4 de Março que determina as diretrizes para a obtenção do título de EEESMO.

Neste sentido, propomos atingir os seguintes objetivos:

- Adquirir competências que capacitem a intervenção nos cuidados de Enfermagem Especializada, nomeadamente vigilância na gravidez com complicações, no trabalho de parto e parto e no puerpério;

-Desenvolver práticas que incentivem o exercício do papel parental;

-Desenvolver competências de suporte ao diagnóstico, intervenção em enfermagem especializada à mulher e família na saúde reprodutora, gravidez, maternidade e parentalidade em contexto hospitalar;

-Desenvolver competências nos campos da prática profissional, legal e ética, bem como na prestação de cuidados e desenvolvimento profissional.

-Observar e assistir o recém-nascido;

-Adquirir competências de investigação com aplicação destes conhecimentos numa área de interesse para a prática do EEESMO, com base na evidência científica atual.

Neste relatório serão descritos e fundamentados os cuidados especializados realizados, o que levou a uma prática de excelência.

Segundo o Regulamento n.º 122, publicado em Diário da República em 18 de Fevereiro, “ *Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos processos de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção* (Portugal, Ministério da Saúde:2011:8648).”.

Assim, Perrenoud, 1999, refere que o termo competência é polissêmico, possui muito significados e não existe consenso quanto a uma definição única, define então como sendo a capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles.

De acordo com o Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (2010a), este é detentor de um conjunto de competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento e especialização dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais que se concretizam em competências comuns e competências específicas.

Deste modo, enfermeiros especialistas partilham o domínio de competências comuns que, consoante a OE (2010a), *são competência partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria*. Este tipo de competências, desenvolvidas ao longo do estágio foram promotoras da melhoria da qualidade dos serviços prestados, da responsabilidade profissional, legal e ética e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Para além do referido, a OE (2010a) pressupõe o domínio de competências específicas, definidas como aquelas que *decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas*. Deste modo, o EEESMO é definido como profissional responsável por exercer várias áreas de intervenção, especificamente, assistir a mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal, referente à gravidez com complicações; assistir a mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto, e assistir a mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal, no que se refere ao puerpério.

Através das experiências obtidas neste estágio, foi possível articular e conciliar os conhecimentos teóricos e de uma forma sustentada, aplicá-los em contexto real demonstrando.

1.1. Aquisição de competências no âmbito de Gravidez com complicações

A gravidez assume-se como um momento especial na vida da mulher, do companheiro e da família em geral; uma experiência única, uma época

plena de mudanças e descobertas de emoções e comportamentos até aí desconhecidos; novas identidades, novos significados existenciais e novos papéis (Cunha, 2007). Além disso, é um fenômeno fisiológico passível de sofrer complicações e apresentar uma evolução desfavorável, tanto para a mãe como para o feto. O aborto espontâneo é a complicação mais frequente da gravidez, de todas as clinicamente confirmadas. (Lowdermilk e Perry, 2006).

Ao longo do processo de formação foram proporcionadas múltiplas experiências visando a aquisição de competências específicas. Neste módulo serão adquiridas competências na área de patologia materno-fetal.

Este módulo, “Gravidez com Complicações”, permitiu refletir sobre a dimensão patológica do estado gravídico bem como analisar criticamente as práticas implementadas e a prestação de cuidados baseados na evidência.

Assim, estas quatro semanas permitiram-nos pôr em prática o aconselhamento, a orientação e apoio à grávida e familiares mais próximos, no sentido de arranjar estratégias adaptativas ao seu estado patológico gravídico, promovendo a adaptação ao momento da vida da mulher.

Algumas das nossas responsabilidades incluíram o rastreio e o tratamento da grávida e família em risco com promoção da saúde da mãe e do bebé, com o intuito do desenvolvimento em três áreas específicas: promoção de saúde, diagnóstico precoce, prevenção de complicações e respetivo tratamento, reabilitação e readaptação.

A promoção de saúde pré-natal, por vezes, era implementada aquando do acompanhamento da grávida e da monitorização dos sinais vitais e da CTG, interagindo sempre com a grávida e família, para a estabelecer uma relação de empatia, de forma a esta sentir-se à vontade para exprimir dúvidas e receios.

Lowdermilk e Perry (2008) afirmam que as mulheres, no período pré-natal, procuram orientações, cuidados de vigilância e estão mais propícias a adotar hábitos saudáveis, sendo que as intervenções de enfermagem relativas à promoção da saúde poderão influenciar durante um espectro alargado de tempo o bem-estar da mulher, da criança que vai nascer e da família.

Deste modo, procuramos alertar a grávida para a importância da vigilância pré-natal e o seu envolvimento na saúde fetal frisando que,

a alta, as consultas devem ser mantidas. A Direção Geral de Saúde (DGS) preconiza que estas devem ser realizadas mensalmente até ao 3º trimestre de gestação, passando a ser de 2 em 2 semanas até à 36ª semana e, a partir daí, semanais até ao parto pois este é o período mais propício à ocorrência de complicações e, desta forma, assegura-se à mulher e ao bebé uma monitorização mais extensa e mais cuidada.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros o seguimento de uma gravidez de médio/alto risco não é da exclusiva responsabilidade do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia, o que não invalida o facto de este prestar cuidados independentes às grávidas e família, intervindo igualmente ao cooperar com outros profissionais de saúde, geralmente em contexto hospitalar.

Considera-se uma gravidez de risco quando há risco para a vida ou saúde da mulher e do feto, por uma patologia simultânea ou exclusiva da gravidez. Graça (2005) considera esta situação quando a probabilidade de um mau desfecho para a grávida ou para o bebé é superior à incidência na população geral. Uma gravidez de risco seria idealmente identificada na consulta pré-concepcional.

De acordo com Cunha [*et al*] (2009), um atendimento de qualidade no período pré-natal pode ter um papel crucial na redução da mortalidade materna, o que faz com que se procurem desenvolver práticas que assegurem bons cuidados à grávida, o que torna os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista altamente qualificados e baseados em conceitos científicos atualizados.

Explanando o que diz a DGS, a gravidez constitui um momento privilegiado de contacto com os serviços de saúde para avaliação do estado de saúde da mulher e da família. Assim, durante este estágio foi possível contactar e prestar cuidados específicos a grávidas em contexto de internamento, com os seguintes diagnósticos médicos: oligoâmnios, vasa prévia, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), pielonefrite, diabetes mellitus pré-gestacional, encurtamento do colo uterino e ameaça de parto pré-termo (APPT). Também foi ainda possível o contato com grávidas com indicação de cesarina eletiva, visto que estas dão entrada no serviço de Obstetrícia II no dia anterior ao da cesariana, sendo-lhes prestados cuidados de enfermagem até ao momento de serem enviadas para o bloco

operatório. A preparação pré-operatória era da responsabilidade do EEESMO.

Das situações vivenciadas ao longo deste módulo, será abordado, de forma mais particular, o caso clínico de uma grávida com oligoâmnios, ao mesmo tempo que se referencia e reflete a atuação no domínio dos cuidados de enfermagem. Esta escolha prendeu-se pelo facto de ser possível o acompanhamento da grávida durante o seu internamento.

Oligoâmnios é definido pela diminuição do LA, embora vários autores pesquisados não cheguem a um consenso da quantidade de LA que é referência para oligoâmnios. A esta diminuição estão relacionadas as mais variadas patologias.

De acordo com Zugaib (2008), um dos indicadores mais importantes aquando da avaliação do bem-estar fetal é o volume de LA. Estes relacionaram a existência de malformações renais fetais com um volume de LA inferior a 300 ml. Por sua vez, Graça (2010), afirma que o volume de LA deverá situar-se entre os 500 e os 2000 ml. Um valor inferior a 500 ml é designado de Oligoâmnios.

O LA, além de manter homeostasia térmica, proporciona também proteção ao feto contra traumas mecânicos, fenómenos compressivos do cordão umbilical sendo importante para um adequado desenvolvimento do sistema músculo-esquelético, permitindo a movimentação.

Oligoâmnios pode surgir por duas situações: diminuição de produção de LA ou pela perda de LA por via vaginal.

Focando primeiramente a atenção no caso de oligoâmnios surgir pela diminuição da produção de LA, este fenómeno pode ser explicado por três patologias de maior relevo: RCIU, gravidez prolongada além de malformações fetais; por sua vez, quando falamos da perda de LA por via vaginal, o fenómeno pode ser explicado pela rutura prematura de membranas.

A AU no decorrer da gestação representa o principal recurso clínico para avaliar o crescimento fetal e também para identificar outras complicações na gravidez, como gemelaridade, macrossomia fetal, polidrâmnio e oligoâmnio. É um recurso clínico útil e com baixo custo, porém não adequadamente valorizado na rotina de pré-natal. Sabe-se que a medida da AU é resultante da interação de múltiplas variáveis, sendo

fortemente correlacionada ao peso fetal e ao volume do LA, e que também é frequente a associação entre o desvio do crescimento e alteração do volume de LA. Além disso, muitos casos de restrição do crescimento fetal cursam com oligoâmnio e muitos casos de macrosomia fetal com polidrâmnio. Assim, a utilização durante a assistência pré-natal de curvas de AU em função da idade gestacional para rastrear desvios de crescimento fetal poderia contribuir, também, para rastrear desvios do volume de LA (Freire [et al], 2012).

Além destes critérios ainda subsistem outros critérios de oligoâmnios, designadamente a ausência de LA e diminuta interface líquido/feto. Quando existe uma quantidade de LA escassa (300-400 ml) este fica mais espesso, turvo e quando há quase ausência de LA denomina-se por anidrâmnio (Rezende Filho e Koogan, 2008).

O tratamento do oligoâmnios visa restaurar o volume de LA e irá depender da sua etiologia. Assim como reforça Zugaib (2008), o eventual tratamento das gestações com diagnóstico de oligoâmnios depende fundamentalmente de uma minuciosa investigação para determinar qual a causa principal para o diagnóstico, bem como a idade gestacional em que foi diagnosticada.

Quando o oligoâmnios é consequente de anomalias renais fetais só poderá ser tratado nas patologias obstrutivas, através da colocação de cateter de derivação para a cavidade amniótica, procedimento reservado aos centros de referência em Medicina Fetal, para onde os casos devem ser encaminhados. Já nas alterações renais com ausência de função (displasias renais), e na ausência de rins (agenesia), não existe terapêutica. Nos casos de alteração da perfusão placentária (como na hipertensão arterial) medidas clínicas, como o repouso, podem ter alguma valia.

Na rutura prematura de membranas o tratamento é um dos que desperta mais pesquisa. Os procedimentos para este fim incluem a amnioinfusão e a hiperhidratação. De acordo com Rezende (2005), a amnioinfusão consiste na infusão de líquidos (soro fisiológico, lactato de Ringer, ou glicose a 5% na bolsa amniótica) sendo efetuado através de uma punção com uma agulha no abdómen materno após assepsia do local e guiado ultra-sonograficamente. Embora ainda não utilizada sistematicamente no país, este método tem demonstrado ser uma técnica

relativamente simples e eficaz. Com a amniotomia pode confirmar-se o diagnóstico suspeitado de malformação fetal, fundamentalmente de agenesia fetal. Ainda para Fraser e Cooper (2009) a amniotomia tem também indicação em casos de anomalias fetais consideradas não letais ou em casos em que a causa do oligoâmnios não seja conhecida. Na infusão pode também ser utilizada a glicose 5%, sendo que esta técnica assume como objetivo principal a prevenção das deformidades de compressão e a hipoplasia pulmonar, no sentido de se proceder à manutenção da gravidez, tentando prolongá-la o mais possível. Contudo, este procedimento ainda carece de estudos e dispõe-se de pouca clarividência relacionada com os seus riscos e benefícios. As autoras fazem referência à metanálise de ensaios randomizados controlados levados a cabo por PITT [et al] (2000), onde concluíram que a amniotomia profilática intraparto em grávidas com oligoâmnios resultou em baixas taxas de cesarianas e melhorou os resultados neonatais para condições estruturais normais. Isto dá-nos um bom pressuposto para que esta técnica possa ser utilizada.

Zugaib (2008) refere que o estado de hidratação materna está relacionado com o volume intravascular e a osmolaridade, sendo que esta parece ser o principal fator regulatório materno do volume de LA e existem estudos que demonstram uma associação entre ambos, sendo fácil de compreender que casos de oligoâmnios por desidratação materna são revertidos com a adequada reposição volémica da mãe. A hidratação materna tem mostrado a sua eficácia em aumentar o volume do LA residual, desde que não haja contra-indicação para uma sobrecarga circulatória. Além da hidratação oral, pode complementar-se por via endovenosa, recomendando-se um aporte total de 3 a 4 litros de líquidos por dia.

A maioria das vezes é adotada a conduta expectante. Nos últimos anos, em alguns casos, tem-se preconizado a amniotomia, com indicação para melhor análise da anatomia fetal à ultrassonografia, a prevenção intraparto de compressão do cordão umbilical e a fluidificação do mecónio para impedir ou minimizar os efeitos da sua aspiração neonatal. Esta encontra-se ainda associada a melhoria da movimentação fetal e à prevenção de deformidades e da hipoplasia pulmonar. A sua recomendação aplica-se a um ILA abaixo do percentil 5 e o seu procedimento é realizado

por amniocentese, com infusão de soro fisiológico ou Lactato de Ringer aquecido a 37°C. A amnioinfusão no entanto apresenta algumas complicações, as quais apresentam uma incidência de 0,5%, e se relacionam com a possibilidade de rutura prematura de membranas e processos infecciosos, principalmente quando necessária a sua repetição (Camano [et al], 2003).

De acordo com a evidência, atualmente não há consenso se, perante oligoâmnios, é imprescindível interromper a gravidez de imediato ou se deve manter uma conduta expectante, assim como não existe acordo em relação ao tratamento a utilizar quando a gravidez se encontra próximo do termo ou quando a idade gestacional é inferior a 37 semanas. Por este motivo, Ramón [et al] (2009), apresentaram os resultados de um estudo controlado dedicado à investigação da hidratação materna parentérica. Os autores referem que tem sido recentemente estudada a influência da hidratação materna parentérica, através da administração de SF, para favorecer a evolução da gravidez com oligoâmnios. Na sua investigação foram determinados 2 grupos de estudo: um de tratamento e outro de controlo. Às grávidas do grupo de tratamento foi administrado um bólus endovenoso de 2000 ml de solução salina isotónica (SF 0,9%) em 2 horas. Foram avaliados regularmente os sinais vitais e as grávidas foram submetidas a monitorização cardíaca fetal para despiste de complicações, apenas se tendo verificado um caso de edema facial ligeiro que reverteu espontaneamente.

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

Rámon [et al], (2009) são da opinião que, mesmo quando não se optar por HMP, a conduta expectante é contributiva para o aumento da idade gestacional em gestações pré-termo que, de acordo com os

resultados do grupo de controlo, aumenta em cerca de duas semanas; no entanto, em gestações de termo não se verificaram resultados positivos, o que sugere a importância da HMP. Concluíram ainda que, nas gestações de termo, a HMP diminui de forma significativa (18%) a taxa de cesariana em casos de oligoâmnios e aumenta a possibilidade de trabalho de parto espontâneo.

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

O American College of Obstetrician and Gynecologists recomenda que a grávida entre as 24 e as 34 semanas que apresente risco de parto prematuro receba duas doses de betametasona (12 mg) intramuscular com intervalo de 24 horas, dada a sua maior semivida, ou 4 doses de dexametasona (6mg) intramuscular a cada 12 horas.

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

Perante este diagnóstico seguiu-se um internamento em repouso absoluto no leito, o qual implicou o afastamento do seio familiar e conseqüente interrupção do processo de preparação para a parentalidade, com privação de vivência de um período de gravidez normal que, naturalmente proporciona grande felicidade ao casal.

Aquando do internamento foi efetuada uma entrevista inicial com o objetivo de colher dados revelantes para a posterior elaboração do plano de cuidados de enfermagem adaptado às suas necessidades. De seguida é apresentado o quadro de colheita de dados:

Caso Clínico		
Identificação Geral	Cama 30	A.M.F.
	Data de nascimento	19/09/1979 - 34 Anos
	Profissão	Assistente Operacional
	Estado Civil	Casada
Antecedentes	Antigénio Hbs e HIV negativo, Imune à toxoplasmose	
	Nega alergias Desconhece doenças; nega antecedentes cirúrgicos	
História Ginecológica	Menarca	14 anos
	Interlúnios	28 dias
	Cataménios	4 - 5 dias
	Quantidade	Normal
	Início atividade sexual	19 anos
Hábitos de Vida	Contraceção	Oral - interrompeu em Fevereiro 2009
	Tabagismo	Não fuma
	Consumo de Álcool	Esporádico (em dias de festa)
	Exercício Físico	Não pratica
Tipo de Sangue	O Rh negativo	
História Clínica	II Gesta IPara	
	DUM - 28/01/2013	IG - 32s+4d
	DPP - 04/11/2013	Gravidez Planeada e Vigida na USF
	Ecografia	Biometria P8 / ILA= 6,1 / RCIU / Oligoâmnios e foi encaminhada para o hospital de referencia (CHTS, E.P.E.)

Tabela 1: Caso Clínico

Apesar de a D. A.M.F. ser uma utente compreensiva e a sua gravidez ter sido planeada e vigiada, não deixou de ser preocupação da EESMO identificar as necessidades de conhecimento, de fornecer informação sobre a situação clínica, bem como promover na grávida interesse na sua própria autovigilância. Desta forma, foram colocadas em prática algumas atividades de diagnóstico, nomeadamente: avaliar os conhecimentos da utente relativamente ao oligoâmnios bem como possíveis complicações e avaliar conhecimento sobre a sua informação sobre o regime terapêutico.

Após a colheita de dados relevantes para o diagnóstico, e tendo como objetivo (critério de resultado) que a utente compreendesse o que era o oligoâmnios, as possíveis complicações para si e para o seu bebé e a importância da adesão ao tratamento, foram colocadas em prática intervenções de enfermagem no âmbito do ensinar/instruir, baseadas em conhecimentos adquiridos na teoria e fundamentados pela evidência.

A nossa intervenção dirigiu-se para o esclarecimento, informação e orientação da grávida/casal em relação a este diagnóstico e aos sinais e sintomas dele característico, nomeadamente a possível RPM, pelo que a grávida estava instruída sobre sinais de rutura de membranas e perda de LA, a importância do bem-estar materno-fetal bem como a possibilidade de ocorrência de contratilidade uterina e o esclarecimento do seu significado.

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

Era nossa preocupação informar e orientar a grávida sobre medidas de suporte para o alívio dos desconfortos da gravidez e, principalmente, os associados ao internamento e ao repouso absoluto no leito. Desta forma, a grávida era auxiliada no autocuidado e o pai do bebé foi ensinado a efetuar massagem corporal e lombar para alívio desses desconfortos (na sua ausência estas intervenções eram naturalmente asseguradas por nós).

Foram também ensinados os exercícios de mobilização ativa e passiva bem como explicadas as consequências da hipoatividade a nível de aumento do risco de alterações tromboembólicas e atrofia muscular.

A obstipação é uma das queixas mais frequentemente mencionadas pelas mulheres. Esta pode ser causada pela ação da progesterona, pela compressão uterina e pela predisposição causada pela ingestão oral de suplementos de ferro. A ação do estudante do MESMO passou por aconselhar as mulheres a beberem cerca de dois litros de água por dia, a fazerem de uma dieta rica em fibras (realizando, pelo menos, sete pequenas refeições por dia), privilegiando vegetais verdes, fruta, grãos integrais e ameixa preta. Deve ainda aconselhar a realização de atividade física (caminhadas) senão existir patologia que contraindique. Quando estas alternativas não farmacológicas falham podem ser prescritos pelo médico terapêuticas farmacológicas, sendo exemplo disso emolientes das fezes e expansores do volume fecal. Estão desaconselhados os laxantes de contacto e clisteres de limpeza, pois com estes há um risco aumentado de diarreia e desconforto intestinal (Lowdermilk, e Perry, 2008 (Graça 2010)).

Os edemas maleolares e dos membros inferiores estão associados a longos períodos de pé ou sentada, a posturas incorretas, à falta de exercício, a roupas apertadas ou ao clima quente. Os ensinamentos passavam pelo aconselhamento da ingestão de líquidos (aumentando assim a diurese), à ingestão de alimentos proteicos, reduzindo os hidratos de carbono (especialmente os açúcares simples) e gorduras. Era ainda instruída a usar meias elásticas antes de levantar, fazer periodicamente repouso, com os membros inferiores elevados, praticar atividade física moderada (se indicado) e aconselhada a comunicar ao EESMO se apresenta-se edema generalizado e acentuado (Lowdermilk e Perry 2008).

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

Relativamente à avaliação fetal, a vigilância do bem-estar do mesmo foi nossa preocupação. A par disto, a mãe é alertada para estar atenta aos movimentos fetais, os quais também eram verificados pelo registo do cardiocógrafa (CTG), que habitualmente, dispõe de detetor dos movimentos fetais.

A Frequência Cardíaca Fetal (FCF) é também vigiada e interpretada pelo registo do CTG. A monitorização da FCF através de CTG era prescrita pelo médico conforme a patologia que a grávida apresentasse ou o bem-estar materno-fetal o exigisse. A maior vigilância era gerida mediante a necessidade da díade (mãe/feto) pelo enfermeiro.

O bem-estar fetal pode ser avaliado através do estetoscópio fetal de Pinard, dispositivo de ultrassom (doppler) ou através do CTG como já referido (Devane [et al], 2012).

A avaliação do bem-estar fetal durante a gravidez, sobretudo quando há uma situação de risco, é considerado fundamental no cuidado à mulher grávida e essencial para otimizar os resultados fetais. Esta monitorização pode ser intermitente ou contínua.

A utilização do estetoscópio fetal de Pinard, apesar de estar em desuso, é defendida por alguns autores como um precioso instrumento de avaliação do bem-estar fetal. Através deste, faz-se a auscultação da FCF que consiste na audição direta através do estetoscópio colocado no quadrante do abdómen mais apropriado, após as manobras de Leopold para identificação do foco. Segundo o autor Blake (2008), o mesmo deve ser usado por parteiras com ouvido treinado, ou seja, com muita experiência, permitindo até detetar a variabilidade.

O método de auscultação intermitente é preconizado pela Nice (2001) como o ideal para vigilância de uma gravidez de baixo risco.

O doppler é o método utilizado mais frequentemente antes do terceiro trimestre. Blake (2008) considera que este é o método mais versátil para auscultação da FCF. A partir do terceiro trimestre, a CTG era o método sempre utilizado para avaliação do bem-estar fetal.

A monitorização contínua através do CTG era prática comum no serviço de obstetrícia do CHTS. As grávidas internadas a partir do terceiro trimestre eram monitorizadas diariamente, de acordo com a patologia que apresentassem.

A CTG tem sido utilizada como um importante instrumento de avaliação do bem-estar fetal. No entanto, quando usado indiscriminadamente em situações de gravidezes de baixo risco, está relacionado com o aumento dos níveis de ansiedade da grávida, podendo comprometer o desfecho da gravidez (Mancuso, 2008) e a sua utilização nestas situações também tem demonstrado não conseguir prever o resultado perinatal. Kaban [et al] (2012), considera que a decisão de avançar para cesarianas ou outras intervenções não devem ser baseadas unicamente neste método.

A par das vigilâncias, monitorizações do CTG a nossa atuação passou pelo desenvolvimento de intervenções que visaram a promoção do bem-estar emocional da mulher e sua família, incentivando o repouso no leito, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo para promover o fluxo sanguíneo uteroplacentário. Este repouso é gerido mediante o estado clínico da mulher, já que uma restrição muito acentuada pode gerar sentimentos de ansiedade.

Nestas situações constatamos a importância de sermos sensíveis às necessidades psicológicas de cada mulher, pois a implementação de técnicas de relaxamento podem ser eficazes na redução de stress, tais como a massagem, música ou técnica de imaginação guiada.

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

A promoção do autocuidado e a capacidade da mulher manter a saúde era um dos objetivos a atingir no decorrer deste módulo, não passando apenas por intervir nas situações de existência de patologia.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), a identificação das necessidades e a realização dos ensinamentos sobre as mudanças próprias da gravidez e sobre os marcos do desenvolvimento fetal, ajudam a mulher e a família a acompanhar a gravidez.

Tendo isto em conta e segundo Nice (2008), torna-se fundamental o planeamento e a implementação de intervenções, quando eram identificados défices de conhecimentos tanto na grávida como na família no que toca a

estilos de vida saudáveis. Aqui engloba-se não só a alimentação bem como o aumento de peso, a higiene, o sono, o repouso, o exercício físico, a actividade sexual segura, o uso do álcool e tabaco durante a gravidez, precauções de segurança no automóvel e as medidas de prevenção de infeção (como é o caso da toxoplasmose, infeção vaginal e infeção urinária).

De acordo com o ICN 2011, a adaptação à parentalidade é um processo no qual a mãe/ pai tem ações de ajustamento à gravidez, sendo que o objetivo destas ações, é interiorizar as expectativas das pessoas que rodeiam o seio familiar, classificando esses comportamentos de adequados ou inadequados.

Aquando do diálogo com a D. A.M.F, era nossa função avaliar o processo de adaptação à parentalidade, bem como a nova dinâmica da família, na introdução deste novo elemento. Para que haja uma boa adaptação era necessário reconhecer vários pontos entre os quais, o desejo da gravidez, o seu planeamento, o sentimento em relação à gravidez e ao feto, o estado da relação conjugal e sua cumplicidade, a rede familiar circundante.

Mercer e Walker (2006) demonstraram que quanto maior fosse o nível de conhecimentos e de habilidades dos pais, maior seria a probabilidade da criação de um ambiente saudável para desenvolvimento, estando mais sensíveis às necessidades das crianças.

Assim, assumindo o papel de EEMESMO, era da nossa competência a criação e implementação de um plano de modo a suprimir o défice apresentado pelos pais no que toca a conhecimentos, bem como a sua habilidade. Desta forma, conseguiu-se incrementar a sua capacidade de resposta, tomando decisões competentes.

Uma das pedras basilares da parentalidade responsável é a alimentação do RN, em que a alimentação materna é a mais importante. A entrevista inicial para colheita de dados permite-nos o esclarecimento de dúvidas e mitos relacionados com a amamentação e identifica-se, assim, a intenção ou não de amamentar o filho. Consegue-se ainda indagar sobre os conhecimentos e habilidade que a mãe apresenta nesta temática bem como, no caso de existir outros filhos, se houve ou não amamentação e os motivos de abandono.

Segundo Halle [et. al]. (2008), a parentalidade desempenha um papel de enorme importância na construção da vida familiar e esse papel influencia a trajetória do desenvolvimento das crianças. Esta trajetória começa na gravidez e desenvolve-se durante toda a infância, influenciando a saúde mental e todo o seu desenvolvimento.

A avaliação da adaptação à gravidez atual e ao processo patológico pelo qual a mulher e a sua família estavam a passar constitui uma das situações que são alvo de cuidados e de avaliação pelo MESMO. A criação de uma relação de confiança com a grávida, a demonstração de disponibilidade para ouvir e esclarecer as dúvidas da mesma, facilitava este processo. Um acompanhante, por norma o progenitor, era permitido durante o internamento no serviço de Obstetrícia II do CHTS, excetuando o turno da noite.

A presença do progenitor permitiu também uma avaliação da adaptação paterna à gravidez e a todo o processo. De acordo com Lowdermilk, e Perry. (2008), através do diálogo com a mulher grávida e o progenitor, a EESMO fazia uma identificação do papel de mãe e pai, favorecendo o bem-estar psicológico da família e diagnóstico precoce de situações de risco.

Nesta entrevista era ainda questionada a existência da realização de preparação para o parto, e se a mesma possuía um plano de parto definido, esclarecendo dúvidas existentes e tentando tornar as expectativas que os pais têm idealizado referente ao parto.

No decorrer do estágio e na prestação de cuidados às grávidas, em especial as internadas por patologia materno-fetal, foi sendo avaliada a progressão e vivência das etapas psicológicas da gravidez. As mulheres no segundo e terceiro trimestre da gestação eram alvo de grande atenção, bem como a presença de fatores como uma gravidez não planeada, a ausência de suporte familiar, a interpretação negativa dos movimentos fetais, uma relação conjugal conflituosa, a patologia fetal ou materna associada com a gravidez, o desinteresse na informação sobre saúde, comportamentos de risco e estilos de vida saudáveis são dados relevantes para o diagnóstico do risco de ligação mãe/pai-filho comprometida. Enquanto EESMO e no decorrer do estágio poucas foram as mulheres que apresentaram sentimentos de ambivalência durante a gravidez (seja ou não

desejada), sendo que se considera uma resposta normal para mulheres que estão a sofrer um enorme processo de transformação para adaptação a esta nova fase da vida. Contudo, Mercer (1995), cit. por Lowdermilk e Perry (2008), disse que quando estes sentimentos persistissem para além do terceiro trimestre poderiam indicar conflitos não resolvidos relativamente ao desempenho do papel de mãe. As intervenções supracitadas têm como objetivo primordial dotar a grávida e a família de conhecimentos e capacidade de lidar com os desconfortos da gravidez e a adoção de hábitos/comportamentos saudáveis, promovendo assim a sua saúde e do filho que vai nascer.

Cada grávida era um caso isolado e não podiam ser tratados todos da mesma forma. Assim, todas as intervenções eram planeadas e definidas de acordo com a especificidade de cada uma, tornando as intervenções implementadas significativas não só para a mãe, mas também para o pai e restante família.

Desde a admissão no serviço de Obstetrícia do CHTS eram prestados e planeados cuidados de orientação relacionados com a alta para o domicílio. Estes cuidados dotam a mulher e restante família de conhecimentos e capacidades que lhes permitem gerir de forma saudável o processo gestacional, reconhecendo sinais e sintomas de alerta, que os devem levar a recorrer a um profissional de saúde.

1.2. Aquisição de competências no âmbito do trabalho de parto e parto

O objetivo do projeto de estágio passa pela aquisição e desenvolvimento de competências específicas, traduzindo-se no cumprimento de cuidados especializados seja durante o TP e parto (eutócico ou distócico), à mulher e ao RN normal ou de risco.

O EEESMO segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010b) deve cuidar da mulher e da família, tendo em conta as diferenças culturais existentes na sociedade, no TP e parto, proporcionando um ambiente seguro e

harmonioso, conseguindo dessa forma otimizar a saúde da parturiente, levando a que esta faça uma adaptação à vida extra uterina de uma forma mais tranquila.

Toda a prática clínica encontra-se protocolada, no entanto, os cuidados prestados pelo EEESMO têm de ser adaptados caso a caso, sendo estabelecido com a mulher um plano de parto. Contudo, como o parto não é de todo previsível, este poderá sofrer alterações dependentes da evolução do mesmo.

O TP é definido pelo conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, progressão do feto através do canal de parto e sua expulsão para o exterior. Este pode ser abordado em duas perspetivas principais, sendo elas relativas aos mecanismos envolvidos no processo e aos três estádios ou períodos que a mulher atravessa (dilatação, período expulsivo e dequitadura) (Rezende, 2011).

Diariamente são admitidas grávidas para a indução de trabalho de parto, estando estas na 39^a, 40^a semanas de gestação (ou ainda mais cedo, se por ventura se verificar alguma patologia associada, como por exemplo: a mulher com o diagnóstico de Pré-eclampsia, com diabetes gestacional, oligoâmnios entre outras). Além destas situações as utentes podem ainda ser admitidas no serviço de urgência por RPM, queixas algícas indicadores do trabalho de parto ou outras queixas passíveis de serem associadas a alguma patologia da gravidez. Por outro lado, e em casos mais extremos podemos encontrar mulheres com o diagnóstico de abortamentos de 1^o trimestre (ROD) e 2^o semestre, gravidez ectópica ou mesmo IMG, por mal formações.

Aquando da admissão da grávida no serviço, é feita uma apresentação da equipa de Enfermagem a prestar cuidados durante o turno decorrente (por norma quatro enfermeiros EEESMO, dos quais três exercem as funções no BP e um enfermeiro fica responsável pela admissão no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia), o espaço físico, o BP em forma de “O”. Este encontra-se dividido da seguinte forma: num dos lados encontram-se as salas de expectantes onde geralmente, as grávidas permanecem em vigilância, quando diagnosticada alguma patologia da gravidez, até serem internadas no serviço de ginecologia (grávidas de risco) e/ou parturientes durante a fase latente do TP. No lado oposto encontram-

se as salas de parto, onde as parturientes dão entrada durante a fase ativa do trabalho e parto e onde permanecem até 2h pós-parto.

Numa das extremidades e próximo de duas enfermarias de vigilância encontra-se o balcão de enfermagem. É aqui que geralmente são admitidas as utentes com diagnóstico de abortamento, gravidezes ectópicas, entre outras. Na extremidade oposta encontra-se a urgência obstétrica, intimamente ligada ao bloco de partos.

No momento da admissão e durante o tempo que a parturiente permanece no bloco de partos, esta era questionada acerca da adesão, ou não, às rotinas de internamento, quanto à escolha do acompanhante (na maioria dos casos, o companheiro, pai do bebé) e eram informadas acerca do funcionamento da sala de partos assim como das regras do serviço. Tentávamos introduzir aspetos que tornassem o ambiente mais tranquilo, como a existência de música, regulação da temperatura e da luminosidade. A parturiente era, ainda, informada dos métodos de gestão da dor, tanto farmacológicos (anestesia epidural) como não farmacológicos (uso de bola, massagens ou duche). Neste momento, questionávamos ainda a parturiente em relação à laqueação do cordão umbilical do RN, o desejo do contacto pele com pele, onde o RN era colocado sobre o abdómen da mãe e, ainda, o desejo de amamentar, se o queria fazer na primeira hora de vida.

As mulheres portuguesas demonstram pouca capacidade para discutir e, principalmente, tomar decisões respeitantes aos cuidados a serem realizados no parto e pós-parto. Estas optam por uma atitude mais passiva, sendo isto o resultado da falta de conhecimento e da falta de abertura dos profissionais de saúde e respetivas instituições. A atitude do EEESMO deve passar por ajudar as parturientes nas decisões, permitindo o seu envolvimento no parto.

Segundo Sodré [et. al] 2010, o parto deve ser encarado como um fenómeno fisiológico no qual a mulher se insere como orientadora do processo, tendo por base princípios éticos e fundamentos em evidência.

Para tal, o enfermeiro tem por objetivo que ela se capacite disso. Esta prática a finalidade de permitir uma mudança na dominação tradicional do processo de medicalização sobre as mulheres, garantindo-lhe a autonomia no que se refere ao controle dos seus corpos, da sua

sexualidade, da consciência da sua habilidade e competência para produzir e criar (Costa, 2006 cit. por Porfírio; Progiant; Souza, 2010).

Enquanto estudante do MESMO desenvolvemos intervenções no âmbito do apoio emocional, cuidados físicos e medidas de conforto, aconselhamento e informação à parturiente e seu acompanhante. Hodnett e colaboradores (2011) afirmam que as parturientes com apoio contínuo têm maior propensão a um parto vaginal espontâneo, a um TP mais curto e apresentam uma menor probabilidade de complicações e intervenções obstétricas (como a indução do TP, episiotomia ou partos distócicos) e têm menor necessidade de analgesia, resultando numa maior autoestima e satisfação.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008) o trabalho do EEESMO não passa apenas pela parturiente. Este trabalho passa também pelo apoio aos acompanhantes, respeitando a sua decisão sobre o grau do envolvimento, informando-o sobre o desenvolvimento do trabalho de parto, sobre as necessidades da mulher e ensinando-lhe medidas de conforto e formas de participação no decorrer do TP e parto.

Para que o TP se desenrolasse com a maior das tranquilidades, a privacidade era valorizada, a iluminação da sala era desligada quando não necessária e o ruído era reduzido ao mínimo (salvo os casos em que a música era ligada, se a parturiente assim o desejasse). O acompanhante era encorajado a participar nos cuidados à parturiente para que esta sentisse segurança e livre para usar as técnicas de relaxamento que achasse mais indicadas, como preconizado por Lowdermilk e Perry (2008).

Todo o processo e todos os procedimentos associados ao TP eram explicados à parturiente visando abertura por parte desta em relação às mudanças necessárias ao ambiente para o parto, sendo este desenvolvido num sentimento de cuidado e conforto. Desta forma tentávamos criar uma experiência positiva, amenizando os receios e incertezas. Os sentimentos de receio e ansiedade surgem com naturalidade nas parturientes e acompanhantes, podendo estar relacionados com a questão do internamento, com o bem-estar materno-fetal ou mesmo com a falta de conhecimentos sobre o TP e seus procedimentos (Lowdermilk e Perry 2008).

De acordo com Dias e Deslandes (2006, cit. por Frello; Carraro, 2010, p.666) os profissionais precisam de modificar posturas, ao evitarem intervir

sem necessidade, ao reconhecerem aspetos sociais e culturais do processo de parto e ao oferecerem o suporte emocional à mulher e sua família.

Para o sucesso destas premissas era pedido a adoção de uma postura que promovesse a existência de uma prática emancipatória. Tendo isto na mente, tentámos criar relações de empatia e promovemos o envolvimento da parturiente no TP e na tomada de decisões relacionadas com a prestação de cuidados, respeitando as necessidades e opções individuais, mostrando total disponibilidade e encorajando a mulher e o acompanhante a expressarem dúvidas e preocupações.

Atuávamos ainda ao nível do suporte emocional, tentando reduzir a ansiedade e envolvendo todos os intervenientes no processo do nascimento. Esta atuação passava pela partilha de informação da evolução do TP e desenvolvimento fetal, pela adequação do ambiente físico aos desejos da mulher, pelo reconhecimento e reforço positivo dos esforços da mulher e assegurando e incentivando sempre à sua participação, bem como do acompanhante, no decorrer de todas as fases.

O estado ansioso da parturiente está intimamente ligado à dor associada à contração uterina. Segundo Lowe (2002) cit. por Lowdermilk e Perry (2008), a dor representa um importante sinal do início do TP. Esta dor tem como componente essencial a contração uterina associada à dilatação do colo uterino, distensão do segmento inferior do canal de parto, à tração dos ligamentos útero-cervicais e peritoneu, à pressão da apresentação sobre as estruturas pélvicas e à dor relacionada com os esforços expulsivos.

No decorrer do TP competia-nos avaliar a dor da mulher e relacionar as queixas com o período e fase do TP, selecionando intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas (bola de pilates, massagens, musicoterapia) para promover o alívio da dor, tendo em conta a situação específica e as preferências da parturiente e acompanhante.

Segundo Graça (2010), não está cientificamente comprovado que a dor seja benéfica para o parto ou para o feto. Ainda segundo o mesmo autor, o stress, a ansiedade e a dor promovem alterações da homeostasia materna, levando a efeitos prejudiciais tanto na mulher como no feto e pondo em causa o natural desenvolvimento do TP.

Nos dias que correm o uso de analgésicos no TP de parto estão a aumentar. Isto exige aos profissionais um maior conhecimento sobre

farmacologia e sobre os diferentes tipos de analgesias que podem ser usado durante o TP. Este conhecimento torna-se importante para que o EEESMO seja capaz de colaborar com o anestesista de uma forma consciente e informada, havendo assim um trabalho de equipa na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.

A analgesia por via epidural constitui a técnica preferencial usada nos dias de hoje, sendo a mais eficaz para o alívio da dor no TP, e defendida por vários autores como a técnica que produz menos efeitos secundários sobre a fisiologia materna e fetal (Graça 2010). Contudo, vários autores questionam sobre os seus efeitos no RN e na duração do TP.

Assim Mousa, Al-Metwalli e Mostafa (2012) testaram esta dúvida realizando um estudo com 160 nulíparas em TP espontâneo, sendo estas divididas em dois grupos. Num grupo foi administrado analgesia epidural e o outro foi usado como controlo.

Os resultados deste estudo não demonstraram a existência de diferenças estatísticas na duração da fase ativa do primeiro e do segundo período do TP, no número de partos instrumentados (fórceps, ventosa e cesariana) ou no número de RN's com pontuações de Apgar, inferior a 7, no 1º e 5º minuto de vida. Embora não tenha havido diferenças significativas no número de parturientes a receber ocitocina endovenosa, a dose máxima de ocitocina foi significativamente maior no grupo de analgesia epidural.

As conclusões deste estudo apontam para que, apesar da analgesia epidural não prolongar o TP (em comparação com as gestantes sem analgesia), seja necessário o aumento significativo do ritmo da perfusão da ocitocina para manter a média de duração do TP.

Esta prática é justificada, segundo Graça (2010), pela necessidade de aumentar a perfusão endovenosa de fluidos após a analgesia epidural e pelo risco acrescido de hipotensão materna e conseqüente hipoperfusão placentária, o que promove a diminuição da ocitocina no sangue.

Se a escolha da parturiente fosse ao encontro da analgesia por via epidural, o anestesista era contactado e era preparado o material necessário à colocação do cateter epidural.

Nesta altura, e conjuntamente com o anestesista, era explicado à mulher os passos do procedimento, os efeitos dos fármacos administrados e

obtido o consentimento informado da parturiente. Para além da colaboração com o anestesista, assistíamos a mulher no posicionamento, explicávamos como ela poderia colaborar durante a técnica e ensinávamos as técnicas de respiração durante a contração uterina.

No CHTS a analgesia epidural está estritamente protocolada bem como o conhecimento dos efeitos secundários do Sufentanil e da Ropivacaína. Assim, as intervenções passam pela monitorização dos sinais vitais (vigilância de hipotensão materna, hipertermia e dor), da CTG (vigilância do bem-estar fetal) e a algaliação (caso não ocorresse micção espontânea ou a mulher apresentasse globo vesical, por risco aumentado de retenção urinária).

Para muitas mulheres em TP a analgesia oferece alívio da dor; no entanto, se houver contra-indicação, ou se a mulher não quiser receber a analgesia por via epidural, existe como alternativa a administração de opióides sistémicos como a petidina e tramadol.

Bhooshideh e Shahriari (2009) realizaram um estudo onde demonstraram que tanto o tramadol e a petidina podem ser uma solução de analgesia eficaz na primeira etapa do TP. Apesar do tramadol estar associado a uma menor duração do TP e menor incidência de efeitos secundários maternos, não é tão eficaz como a petidina, especialmente na segunda fase do TP.

Em contrapartida, a administração de opióides sistémicos durante o TP está já há alguns anos associado à ocorrência de depressão respiratória neonatal, diminuição do estado de vigília e a diminuição da sucção. Estes efeitos são mais evidentes na administração endovenosa do fármaco e se o nascimento ocorrer duas a três horas após a toma (Rezende, 2011).

Khooshideh e Sahriari (2009), através dos resultados dos seus estudos, corroboram estudos anteriores que verificaram que, após a administração de petidina e tramadol à parturiente, não foi necessária reanimação neonatal por depressão respiratória e os índices de Apgar dos RN's mantiveram-se dentro da normalidade

Segundo Reynolds (2010), os estudos realizados demonstram que os outcomes neonatais sugerem que os benefícios da analgesia opióide sistémica superam as influências nocivas. Ainda assim, os resultados associados ao índice de Apgar e o equilíbrio ácido-base neonatal são mais

favoráveis na analgesia epidural do que na anestesia por administração de opióides sistêmicos.

Ao longo do estágio e com a recolha de relatos das parturientes verificou-se que o seu maior medo era de sentir dor e não serem capazes de colaborar no nascimento do filho. No entanto, existiram partos onde as mulheres optaram por um parto natural, sem recurso à analgesia.

Além do alívio da dor com recurso a medicação, existem técnicas não-invasivas com o mesmo fim. Desta forma, foram sugeridas à mulher métodos como banho de chuveiro, técnicas de respiração, musicoterapia, movimentação, massagem, mudança de posição e deambulação com o objetivo de induzir o relaxamento, reduzir a dor e favorecer o TP.

Neste módulo, enquanto estudante do MESMO, devemos adquirir competências que incidam na identificação e monitorização do TP. Assim, tornou-se essencial a aquisição e mobilização de conhecimentos para a correta prestação de cuidados baseados em evidências científicas.

Como supracitado o TP divide-se em três estádios ou períodos (dilatação, período expulsivo e dequitação) (Rezende, 2011).

O primeiro período inicia-se com as primeiras contrações uterinas e termina com a dilatação completa do colo uterino, dividindo-se em três fases: a fase latente (até aos 4cm de dilatação), a fase ativa (dos 4- 8 cm) e a fase de transição (dos 8 cm até dilatação completa). O segundo período é compreendido desde que se obtém a dilatação completa até ao nascimento. O terceiro e último período inicia-se aquando da expulsão do feto e termina com a dequitação (expulsão da placenta) (Graça, 2010).

Quando se está perante uma apresentação cefálica, os mecanismos de TP envolvem as rotações e ajustamentos do feto durante a descida pelo canal de parto. Após o encravamento da cabeça no estreito superior da bacia, dá-se a descida que resulta da pressão do LA, da pressão do fundo uterino e das contrações dos músculos abdominais. Quando o pólo cefálico fetal encontra resistência do colo do útero ou do canal de parto ocorre a flexão sendo que, ao nível das espinhas isquiáticas, quando a apresentação fetal roda e o seu diâmetro sagital coincide com o diâmetro ântero-posterior do canal de parto, inicia-se a rotação interna. A extensão ocorre, progressivamente, quando o polo fetal atinge o pavimento pélvico. Após a

expulsão da cabeça aguarda-se pela rotação externa para restituição da posição, possibilitando a saída do ombro anterior e depois do posterior, terminado com a expulsão do tronco e pernas num movimento de flexão lateral em direção a sínfise púbica (Rezende, 2011).

Contudo, este padrão de descida da apresentação fetal é muito variável. Nas nulíparas o pólo cefálico pode encontrar-se ao nível das espinhas isquiáticas mesmo antes do início do TP, já nas múltiparas é frequente a apresentação só iniciar a descida quando a dilatação já está completa (Graça, 2010).

A progressão do TP era registada no partograma, no qual se realizava o registo da dilatação e extensão do colo e a descida da apresentação, além de outros dados relacionados com a FCF, integridade das membranas e contratilidade uterina.

Segundo estudos mais recentes por parte de McDonald (2010), e contrariando as guidelines da OMS de 1994, o início do preenchimento do partograma deverá ser feito o mais próximo possível da fase ativa, pois o registo na fase latente pode implicar intervenções obstétricas desnecessárias, por exemplo, associadas a um TP estacionário quando se poderá tratar de um falso início do TP.

Uma grande parte das informações registadas no partograma provém do exame vaginal à mulher. O toque vaginal é um dos melhores indicadores para se saber se a mulher está num verdadeiro TP e permite a determinação da integridade das membranas amnióticas.

Durante o módulo assistimos com alguma frequência à realização do toque vaginal por parte de alguns profissionais, pouco tempo após a última avaliação. Este exame deverá ser realizado apenas após consulta da última avaliação no partograma e se o estado materno fetal o indicar, pois este exame causa desconforto na mulher, podendo gerar traumatismos nos tecidos e infeções (principalmente em RN de mães com EGB) (Lowdermilk e Perry 2008).

Tendo isto em conta, e em concordância com o mesmo autor, considera-se que o exame vaginal deve ser apenas usado em casos específicos, como na admissão da grávida, em alteração significativa da atividade uterina, quando a mulher sente pressão na região perineal ou

vontade de fazer esforços expulsivos, quando ocorre rutura de membranas ou se observam desacelerações variáveis da diminuição uterina da FCF.

Antes do início da execução do exame vaginal à parturiente era-lhe explicado em que consistia e era pedida a sua permissão. Depois de a mulher adotar uma posição mais confortável, o exame era realizado com recurso a uma luva esterilizada e lubrificante. Desta forma, eram avaliados parâmetros como a extinção e dilatação do colo, a integridade das membranas, a apresentação (cefálica, pélvica ou de espádua), a variedade fetal (anterior, posterior ou transversa) e a descida da apresentação no canal de parto.

Como cada caso tem aspetos particulares, os cuidados foram individualizados à situação de cada mulher, tendo em conta os benefícios da realização do exame vaginal com o dano potencial que podia ser causado pela intervenção.

Um dos fenómenos mais importantes para a promoção da extinção e dilatação uterina são as contrações uterinas. Estas são involuntárias e dolorosas mas consideradas um elemento fulcral para o desenvolvimento do TP, expulsão do feto e placenta, sendo, por isso, um foco de atenção para prestação de cuidados. As contrações uterinas são avaliadas pela descrição subjetiva da mulher, pela palpação abdominal do fundo uterino e pelo CTG.

Cada contração aparece no CTG sob a forma de um sino e é caracterizada pela sua frequência (sendo cerca de dez minutos no início da fase latente e de um minuto no período expulsivo), intensidade (a força de uma contração no seu pico - leve, moderada ou intensa), duração e tónus de repouso (Lowdermilk e Perry 2008). Se, após a avaliação das características das contrações, se identificasse um padrão anormal (por excesso ou defeito) ao que é considerado aceitável, o obstetra era informado da situação.

Através das Manobras de Leopold são adquiridos outros dados importantes, tais como a situação (longitudinal, transversal e oblíqua), a posição (direita ou esquerda) e o foco fetal (intensidade máxima da FCF). As variações destes fatores podem revelar risco para o desenvolvimento de complicações durante o TP.

Ainda através das manobras de Leopold (identificação do fundo uterino e foco fetal) obtém-se a orientação para a colocação do Tocodinamómetro e da Ultrassonografia de Doppler da CTG no abdómen materno, permitindo assim a monitorização da FCF, contrações uterinas e movimentos fetais.

No Bloco de Partos do CHTS está protocolado a monitorização fetal contínua através da CTG, a partir da fase ativa do TP, durante a administração da ocitocina, na analgesia epidural, na amniotomia e em parturientes com cesariana prévia.

A evidência demonstra que o CTG contínuo durante o TP está associado a uma redução nas convulsões neonatais mas também a um aumento do número de cesarianas e partos vaginais instrumentados (Alfirevic [*et al*], 2006), a uma maior discrepância entre observadores na interpretação dos traçados e a uma menor humanização do parto.

Segundo o que Graça (2010), demonstrou, o registo contínuo da FCF e das contrações uterinas permitem a avaliação da variabilidade da FCF, a deteção de padrões periódicos e a vigilância de mais um feto/mulher pelo EEESMO.

Este facto é um ponto a favor do uso do CTG contínuo, na medida em que se for considerado que as recomendações atuais de vigilância do TP de baixo risco implicam a auscultação intermitente no primeiro período do TP durante 60 segundos a cada 15 minutos e no segundo período a cada cinco minutos ou após cada contração (Thompson, 2011), é muito difícil para o EEESMO obter o mesmo tipo de controlo e prestar cuidados da mesma qualidade quando tem a seu cargo a vigilância de mais do que uma parturiente. Desta forma, deve ser prestada às parturientes toda a informação adequada para que esta faça uma escola informada sobre o tipo de monitorização fetal intraparto (Thompson, 2011).

No Bloco de Partos do CHTS está protocolado ainda a atuação dos profissionais em profilaxia de risco e compilações.

A transmissão vertical de EGB durante o TP pode causar sépsis, pneumonia ou meningite neonatal, sendo os fatores de risco a colonização vaginal/retal da grávida (pesquisa de rotina no exsudado vaginal/retal entre as 35 e as 37 semana), febre intraparto, rutura de membranas prolongada e parto pré-termo (Campos; Montenegro; Rodrigues, 2008).

O protocolo no serviço do CHTS está em concordância com os autores Campos, Montenegro e Rodrigues (2008), indicando como primeira linha de profilaxia de infecção neonatal a administração de antibiótico.

No momento da admissão da mulher, a correta avaliação da integridade das membranas e do LA foi de extrema importância para uma correta monitorização do TP e avaliação do bem-estar materno-fetal. Quer a mulher fosse admitida no BP com rutura de membranas ou essa rutura ocorresse no BP, o essencial era definir a hora e as características do LA, pois estes são fatores que se revestem de extrema importância para a prestação de cuidados.

Pelo que está protocolado, quando a mulher apresenta uma rutura de membranas superior a doze horas, esta deve iniciar a profilaxia antibiótica, fazendo preferencialmente no mínimo duas tomas antes do parto, para evitar o risco de infecção neonatal e materna.

Por sua vez, no que diz respeito às características do LA, a presença de mecónio, ou líquido tingido, é um importante indicador do bem-estar fetal e neonatal. Segundo um estudo realizado por Duhan e seus colaboradores (2010), a presença de mecónio está associada a uma maior taxa de cesarianas, a um baixo índice de Apgar no primeiro minuto e a um maior número de internamentos do RN no serviço de Neonatologia. Estes sugerem, ainda, que as mulheres em que é detetado mecónio no LA, devem ser cuidadosamente monitorizadas no TP, sendo sugeridas intervenções obstétricas com a finalidade de evitar asfixia grave no feto.

Tendo isto por base, nos casos em que se verificou a presença de mecónio, foram tomadas medidas preventivas, como a notificação do Pediatra, a preparação de material para a aspiração de secreções e a ventilação assistida, no caso de ser necessário intervir.

No desenrolar do módulo no BP foi possível experienciar a prestação de cuidados a parturientes com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, mais especificamente, mulheres que desenvolveram diabetes mellitus gestacional.

Segundo o Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez (2011), na ausência de complicações materno-fetais, as gestantes com um bom controlo metabólico através, apenas, do ajuste do plano alimentar e exercício físico, têm a indução do parto entre a 40^a e a 41^a semana de

gestação. Os potenciais benefícios associados à indução incluem a redução do risco de complicações relacionadas com mortes fetais tardias e o aumento excessivo do peso fetal (distocia de ombros e lesões do plexo braquial) que se sobrepõem aos riscos da indução do TP.

Seguindo o protocolo do serviço, a partir do momento em que era suspensa a alimentação oral, iniciava-se a perfusão de soro glicosado a 5% alternando com polielectrolítico com glicose ao mesmo ritmo. Simultaneamente, era iniciada a pesquisa de glicemia capilar de 4/4h com administração subcutânea de insulina de ação rápida segundo um esquema predefinido e realizada a vigilância dos sinais e sintomas de hiperglicemia ou hipoglicemia.

Após o parto, eram suspensos os soros e as pesquisas de glicemia capilar e era iniciada a alimentação oral. No RN, a monitorização da glicemia capilar realizava-se antes das mamadas até se verificarem três valores consecutivos superiores a 50mg/dl.

O relatório de Consenso sobre a Diabetes e a Gravidez (2011), recomenda no intraparto a mesma perfusão de soroterapia e horário de pesquisa de glicemia capilar, mas difere no esquema insulínico. Logo que se inicia a alimentação, as recomendações são também para suspender a soroterapia, no entanto, deve manter-se a pesquisa de glicemia antes do pequeno-almoço, almoço e jantar e suspender se a glicemia for inferior a 120mg/dl em três monitorizações sucessivas (ou contactar o medico para a instituição de terapêutica de base se a glicemia for superior a 200mg/dl em duas monitorizações sucessivas).

Tendo em conta que os protocolos do serviço ainda não foram atualizados para as novas guidelines do Consenso, os cuidados prestados no bloco de partos vão de encontro às indicações do protocolo atual. No entanto, considerando a premissa de que os cuidados especializados devem ser realizados e suportados em evidências científicas atuais, sentiu-se a necessidade de adquirir conhecimentos sobre as mais recentes diretrizes.

O EEESMO tem de ter particular atenção às alterações fisiológicas associadas ao mecanismo do TP, além das patologias relacionadas com a gravidez.

No decorrer do TP dispensamos particular atenção à presença de fenómenos patológicos que interferissem com a dilatação e extinção do colo e

progressão do feto no canal de parto. Na distocia existem dois tipos de mecanismo envolvidos: um de natureza dinâmica (disfunção contrátil uterina e forças expulsivas involuntárias) e outro de natureza mecânica (anomalias de apresentação, posição e dimensões fetais, da bacia materna e dos tecidos moles no canal de parto). Ao longo do estágio foram vivenciadas ambas, mas mais frequentemente as distocias dinâmicas, sendo aqui onde vamos focar a maior atenção.

Graça (2010) define a disfunção contrátil uterina como a ausência de forças uterinas suficientemente fortes ou devidamente coordenadas para promover a extinção e dilatação cervical.

A disfunção contrátil hipotônica caracteriza-se por contrações de baixa amplitude (inferior a 50mmHg), de duração inferior a 45 segundos e com um intervalo de menos de duas contrações em dez minutos, insuficientes para extinguir e dilatar o colo a um ritmo satisfatório. Por norma, ocorre na fase ativa do TP e pode ter como etiologia a existência de apresentações anômalas, incompatibilidade feto-pélvica, hiperdistensão uterina (gravidez gemelar ou hidrâminios) e rigidez cervical (Graça, 2010).

Antes de iniciar qualquer tipo de intervenção era necessário certificarmos-nos que a parturiente se encontrava realmente na fase ativa do TP e que não estávamos perante um caso de IFP. Na larga maioria dos casos, a hipotonia uterina foi identificada na segunda fase do TP pelo que, após a análise de cada caso individualmente, foram realizadas intervenções tais como a amniotomia ou a administração da perfusão ocitócica para estimular a progressão do TP.

De acordo com Graça (2010), a disfunção contrátil hipertônica consiste numa descoordenação da contratilidade uterina representada por ondas contráteis de diferentes formas e amplitudes, com intervalos curtos e irregulares. Estes padrões são mais frequentemente observados na fase latente do TP e os mais bem definidos são os da hipertonia uterina (contração uterina com mais de dois minutos) e taquissistolia (cinco ou mais contrações em dez minutos) que, para além de não serem eficazes na promoção da extinção e dilatação do colo uterino, aumentam o risco de hipoxia fetal e descolamento prematuro de placenta normalmente inserida.

Apesar de raras, ainda foi possível realizar intervenções neste domínio, passando a intervenção pela suspensão da tocolise ou perfusão

ocitócica, administração de fluidos endovenosos, posicionamento da mulher em decúbito lateral esquerdo, melhorando assim, a perfusão uteroplacentária, e a oxigenoterapia por curtos períodos. Quando, mesmo assim, a situação se manteve, tal como Graça (2010) e Nice (2007) preconizam, foi necessário iniciar tocólise segundo o que está protocolado no serviço.

Para o diagnóstico de prolongamento do primeiro período do TP deve ser considerada a velocidade de dilatação cervical, a descida e rotação da apresentação fetal e as alterações da frequência, intensidade e duração das contrações uterinas (Nice 2007, cit. por Macdonald 2010).

Segundo Graça (2010), as causas mais frequentes do prolongamento da fase latente são a administração precoce e excessiva de analgésicos, disfunção uterina hipotônica e o recurso à analgesia epidural antes do TP estar bem estabelecido.

Tendo isto em conta, as intervenções nestes casos passaram por adiar a administração desses fármacos, implementar medidas não farmacológicas de alívio da dor e iniciar a administração de ocitocina se tiver ocorrido a ruptura das membranas amnióticas. Também ocorreram casos em que não se verificou qualquer evolução e se estava perante um falso TP, pelo que a mulher teve alta do BP.

A fase ativa e a fase de desaceleração prolongada, o prolongamento da progressão da apresentação, a paragem secundária da dilatação e a ausência de progressão da dilatação (que pode ocorrer na fase ativa ou no período expulsivo) são padrões anómalos que estão geralmente relacionados. Os fatores causais geralmente são as apresentações de vértice nas variedades posteriores e transversa, a hipotonia uterina e a analgesia epidural, contudo, deve descartar-se a existência de incompatibilidade feto-pélvica antes de qualquer atitude terapêutica (Graça, 2010).

Um estudo realizado por Nachum e seus colaboradores (2010) evidenciou que a realização combinada de amniotomia e a administração de ocitocina foram mais eficazes na progressão do TP em mulheres com fase latente prolongada, em comparação com a realização das intervenções isoladamente. Neste mesmo estudo concluíram que a satisfação das mulheres foi maior no grupo em que o TP ocorreu normalmente.

Com o objetivo de investigar os efeitos da estimulação precoce do TP com a amniotomia e a ocitocina na prevenção e tratamento do TP prolongado, a taxa de cesarianas e os indicadores de morbidade materna e neonatal, Wei e colaboradores (2009) realizaram uma revisão sistemática com doze estudos (7792 mulheres) que concluiu que a realização precoce de amniotomia e administração de ocitocina parece estar associada a uma diminuição mínima da taxa de cesariana.

Segundo dados da Comissão para a redução da taxa de Cesarianas da ARS Norte (2012), Portugal é um dos países europeus com maior taxa de cesariana, sendo estimado que só na zona norte no ano de 2009, 36% dos nascimentos deram-se por cesariana. Tendo em conta este facto, tornou-se fulcral a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de práticas para a redução desta taxa, recorrendo sempre a bases científicas.

Segundo o que está descrito no relatório da Comissão para a Redução da Taxa de Cesarianas da ARS Norte (2010) a suspeita de incompatibilidade feto-pélvica é o motivo que mais frequentemente leva à realização de cesariana, pelo que a avaliação e determinação da adequação da estrutura pélvica materna em relação ao feto durante o TP foram importantes fatores orientadores para a prestação de cuidados.

Esta avaliação era realizada com a determinação dos limites ósseos do canal de parto (estreitos superior, inferior e plano médio) e tendo como base o conhecimento da existência de fatores de risco, como a diabetes materna, macrossomia fetal, distocia de ombros em parto anterior ou o prolongamento do segundo período de TP (Lowdermilk e Perry 2008).

As situações que manifestam incompatibilidade entre as dimensões da bacia óssea materna e a cabeça fetal são raras mas quando se verificam são critério para a realização da cesariana.

Para uma evolução correta do TP foram implementadas intervenções de forma a otimizar as condições de saúde da mãe e do feto. Assim, a parturiente era incentivada à deambulação sempre que possível pois, pela literatura disponível, os estudos têm demonstrado que a deambulação e a posição não supina durante o primeiro período do TP podem ter efeitos fisiológicos favoráveis para a mãe, feto e progressão do TP.

Lawrence [et. al] (2010), conduziu uma revisão sistemática, incluindo 21 ensaios clínicos randomizados, tendo por base 3706 mulheres.

Aqui verificou-se que a deambulação e a posição vertical reduziram em uma hora a duração do primeiro período do TP e não esteve associada ao aumento de intervenções médicas ou efeitos degradativos nas mães e filhos. Tendo isto por base nas intervenções desenvolvidas, foi sempre encorajado que as mulheres adotassem uma posição em que se sentissem mais confortáveis.

Por sua vez, a deambulação encontra-se contraindicada nas situações em que a mulher está sob o efeito da analgesia epidural, devido ao risco de queda, e ainda nos casos em que as membranas amnióticas não estão íntegras e a apresentação não está encravada, pelo risco de prolapso do cordão umbilical (Lowdermilk e Perry, 2008).

Com estas condicionantes, em alguns casos foi sugerida a utilização da bola de parto para promover a mobilidade materna, a descida da apresentação fetal, o relaxamento e o alívio da dor.

A ingestão de líquidos claros (água e chá) na mulher em TP pode estar condicionada em algumas salas de parto. Através de uma revisão sistemática (cinco estudos com a participação de 3130 mulheres), os autores Singata; Tranmer e Gyte (2012) demonstraram não existir riscos ou benefícios na restrição de líquidos e alimentos nas mulheres em TP. Contudo, estes mesmos autores destacam a inexistência de estudos em mulheres com gravidezes de alto risco não existindo, por isso, evidências que corroborem essas práticas nestas parturientes.

Por outro lado, o jejum está recomendado se existir a probabilidade de uma cesariana ou anestesia geral (Nice, 2007).

Outra intervenção durante o TP era o encorajamento da mulher à micção espontânea (pelo menos de duas em duas horas), já que uma bexiga distendida pode impedir a descida da apresentação, inibir contrações uterinas e promover a diminuição do tônus da bexiga (Rezende 2011). No desenrolar do estágio, o habitual por parte das parturientes era a solicitação da analgesia epidural sendo que esta promove a retenção urinária e a eliminação vesical. Assim, esta situação constituiu um foco da nossa atenção. No caso de, até ao momento do parto, as medidas de estimulação falharem, era necessário a intervenção de um profissional para algaliação e promoção do esvaziamento vesical e consequente progressão do TP.

Outra das intervenções no TP passou pela rutura artificial das membranas amnióticas. Segundo o protocolo do CHTS, a amniotomia pode ser efetuada aos 4/5cm de dilatação, desde que haja franca progressão do TP e ausência de complicações materno-fetais. Contudo, este procedimento está contraindicado na gravidez de alto risco, como mulheres em TP pré-termo, patologia materna (hipertensão, diabete mellitus, HIV) gravidez múltipla e placenta prévia (CAPLE, 2012).

Smyth; Alldred e Markham (2012) afirmam que o mecanismo pelo qual a amniotomia acelera o parto permanece incerto. No entanto, estes acreditam que, após a rutura das membranas, a libertação de prostaglandinas e ocitocina aumenta, o que resulta em contrações mais fortes e na dilatação cervical mais rápida. Contudo, existem autores que consideram a bolsa amniótica como uma bolsa protetora das contrações uterinas, da compressão excessiva do pólo cefálico e do cordão umbilical.

Um outro estudo randomizado conclui que a rutura artificial da membrana reduziu significativamente a duração do TP sem efeitos prejudiciais materno-fetais e no tipo de parto. Os autores deste estudo recomendam a realização de mais estudos, no entanto, defendem não existir razão para tentar manter a integridade das membranas amnióticas num TP espontâneo na primigesta em que a amniotomia não está contraindicada (Bellad; Kamal e Rajeshwari, 2008).

Ainda outro estudo realizado por Ajadi [et al], (2006) demonstrou os mesmos resultados e conclusões. Além da amniotomia realizada ao 4º/5ºcm de dilatação reduzir significativamente a duração do primeiro período do TP, reduz também a taxa de cesariana e o índice de Apgar.

Smyth; Alldred e Markham (2011), numa revisão sistemática que envolveu 15 estudos e 5583 mulheres, não verificaram diferenças significativas na duração do primeiro período do TP, parto por cesariana, satisfação materna com a experiência de parto ou índice de Apgar inferior a sete aos cinco minutos, entre os grupos que foi realizada ou não a amniotomia. Tendo em conta isto, os autores não recomendam o uso da amniotomia efetuada de forma rotineira nos cuidados à mulher em TP.

Os principais requisitos para a sua realização são a técnica assética, a dilatação cervical, a apresentação fetal bem apoiada no colo e o bem-estar fetal. Para proceder à sua realização, inicialmente era explicado à

parturiente os aspetos relacionados com a técnica e era obtido o consentimento informado.

Seguindo o Protocolo do serviço, o procedimento era iniciado através da identificação do cólo uterino e das membranas amnióticas pelo exame vaginal, com introdução da pinça de amniotomia para romper as membranas. Com a mão esquerda mantinha-se pressão no fundo uterino para manter a cabeça apoiada, permitindo lentamente a saída do LA e evitando o prolapso do cordão que requer uma cesariana de emergência.

Após o procedimento, determinação da hora da rutura e das características do LA (quantidade, cor e cheiro), eram realizados os cuidados perineais. Seguindo o que estava protocolado, a avaliação da FCF era realizada antes e após o procedimento de 15/15 minutos, visto que o procedimento pode ter implicações no bem-estar fetal, como o prolapso ou compressão do cordão umbilical (aumento da frequência de desacelerações fetais) e infeções ascendentes.

Segundo Shrivastava [et al] (2009), as mais recentes evidências sugerem um efeito benéfico da administração de uma solução com glicose, independentemente da concentração, associado a um TP mais reduzido em nulíparas com gestação de termo. Ainda sobre o mesmo assunto e segundo as guidelines clínicas executadas por Nice (2007), a perfusão de fluidos endovenosos só deve ser realizada com indicações específicas, como tratamento da hipotensão, em emergências hemorrágicas e na administração de analgesia.

No decorrer do estágio, toda a prática levado a cabo esteve baseada em recomendações e evidências, pelo que em presença de baixa variabilidade ou desaceleração fetal (de causa materna), analgesia epidural, jejum, hipotensão materna ou emergência obstétrica, a perfusão de soro com glicose foi uma das medidas interventivas do EEESMO.

Por seu lado, o uso da ocitocina no BP está orientado por protocolos específicos e apenas por indicação médica, devendo ser idealmente administrada depois de uma análise cuidada da história clínica e resposta uterina e fetal.

De acordo com Clark e seus colaboradores (2009), a administração de ocitocina para acelerar o TP deveria ser instituída somente após verificação da presença de critérios bem definidos, tais como, o prolongamento da fase

latente e ativa do TP, paragem de progressão da apresentação no segundo período de TP e disfunção uterina hipotónica. O uso da ocitocina tem como objetivos primordiais contribuir para que a fase ativa do TP decorra dentro dos parâmetros fisiológicos, acelerar o TP, estimular e ritmar as contrações uterinas, induzir o TP e a prevenção da atonia uterina no terceiro período do TP.

Por seu lado, as contra-indicações para a estimulação com ocitocina incluem a incompatibilidade fetopélvica, prolapso do cordão, situação transversa, FCF não tranquilizadora e placenta prévia.

Quando se está perante um caso de cesariana anterior a sua administração deve ser bem ponderada pelo risco aumentado de rutura uterina (Rezende,2011).

Sendo o EEESMO, o profissional de saúde que permanece em contato direto com a parturiente ao longo do TP, monitorizando a perfusão de ocitocina e o traçado cardiotocográfico, assume a responsabilidade de garantir que a administração fosse feita da forma mais correta e segura (assegurando o bem-estar materno-fetal).

Os riscos maternos e fetais associados à sua administração incluem a hiperestimulação uterina, descolamento prematuro da placenta, rutura uterina, lacerações do colo ou hemorragia pós-parto, desacelerações da FCF, asfixia fetal e hipoxia neonatal, em consequência da redução do fluxo placentário.

Clark e colaboradores (2009), defendem que o aumento do ritmo da perfusão da ocitocina não é, na maioria das situações, realizado em intervalos menores do que 30 minutos, devido às propriedades farmacocinéticas do fármaco. No BP do CHTS a perfusão da ocitocina é realizada da forma supracitada.

Após o primeiro período do TP segue-se o período expulsivo, que tem uma duração normal de cerca de 45 - 60 minutos na nulípara e de 15 - 20 minutos na múltipara. Tendo em conta essa estimativa, preparava-se e verificava-se todo o equipamento e material necessário para executar o parto, mantinha-se o ambiente calmo e aquecido na sala, a privacidade e a realização de cuidados perineais à parturiente quando necessário.

Os esforços expulsivos maternos podem ser ou não orientados, precoces (logo após a dilatação completa) ou tardios (quando a parturiente

sentir vontade de puxar). Vários estudos demonstraram que os puxos precoces reduzem a duração do período expulsivo; porém, aumentam os riscos de parto instrumentado e cesariana. Man-Lung Lai [et al] (2009), concluiu não existir influência do tipo de puxo no Índice de Apgar, na frequência de lacerações perineais, na admissão na neonatologia e na satisfação.

Ainda o mesmo autor reconhece a existência de evidências em que os estados de fadiga em mulheres sem analgesia epidural são significativamente reduzidos quando é realizado o puxo tardio. Quando se trata de mulheres com epidural não existiram diferenças significativas entre os dois puxos (Gillesby [et al] 2010).

Segundo os resultados destes estudos, a tomada de decisão no que diz respeito ao momento em que se deve orientar a parturiente para iniciar os esforços não deve ser baseada apenas e exclusivamente na dilatação cervical completa, pois a posição, a apresentação e o bem-estar fetal representam importantes fatores a ter em consideração.

Esta questão era discutida com a parturiente e a escolha por uma ou outra prática foi uma escolha individualizada e informada de acordo com as características e as expectativas das parturientes. Sendo assim, a parturiente era instruída a iniciar esforços expulsivos, assistida na técnica respiratória e no posicionamento, que podiam variar com o puxo em decúbito lateral, semi-fowler ou em posição de litotomia (a posição de cócoras não foi muito habitual porque como já foi referido a maioria das mulheres está sob o efeito da analgesia epidural e têm menos sensibilidade/força nos membros inferiores) (Lowdermilk e Perry 2008).

Gupta; Hofmeyr e Smyth (2009) levaram a cabo uma revisão sistemática de 20 ensaios clínicos randomizados (6.135 mulheres), concluindo que as posições verticalizadas ou laterais estão associadas à redução da duração do segundo período do parto, redução de problemas na FCF e relatos de dor elevada nesta fase e menos episiotomias. Contudo, verificou-se maior perda de sangue estimada (acima de 500 ml, sem repercussões clínicas consideráveis) e um aumento de lacerações de segundo grau. Apesar do balanço das evidências a favor das posturas não-supinas, os autores defendem que são necessários estudos para confirmar esses achados e comparar as diversas posturas não-supinas entre si.

Tendo por base estas evidências, colocávamos em prática o encorajamento para as mulheres adotarem a posição que mais lhe fosse confortável, sendo-lhe sugeridas estratégias para melhorar o puxo (uso das barras laterais ou afastar e fletir os joelhos), e recorrendo ainda ao incentivo e ao reforço positivo de forma a ajudar a mulher a manter os esforços expulsivos e a colaborar no parto.

Além disso, os ângulos entre o feto e a bacia da mulher mudam constantemente conforme a adaptação e progressão do feto ao longo do canal de parto, logo, a parturiente pode assumir várias posições para o nascimento.

Ao longo do período expulsivo, a parturiente era encorajada a continuar os esforços expulsivos, assistida nos posicionamentos e incentivada a repousar no intervalo das contrações, sendo instruída a respirar profunda e lentamente.

Segundo o Protocolo do serviço sobre o segundo período de TP, para executar o parto, o EEESMO deve usar touca, máscara, sapatos, bata e luvas esterilizadas. De forma a manter a técnica asséptica cirúrgica, o campo de parto era colocado por baixo das nádegas da mulher, assim como as pernas e o campo esterilizados sobre o abdómen da parturiente.

A descida da apresentação fetal, o plano de Hodje e o mecanismo de parto iam sendo vigiados, assim como as contrações uterinas e a FCF atentamente monitorizadas através do traçado cardiotocográfico. As condições apresentadas pelo períneo eram avaliadas à medida que a cabeça começava a coroar. Nesta fase identificávamos a necessidade de realizar tricotomia local e episiotomia médio-lateral esquerda (exceto se a mulher tiver recusado a sua realização). Simultaneamente um outro enfermeiro derrama sobre o períneo água esterilizada, aquecida em banho-maria, enquanto faz a proteção do períneo, sem o manipular, apenas lubrificando com gel lubrificante para ajudar, assim, a distender os tecidos e executando a manobra de Ritgen modificada a fim de evitar a exteriorização brusca da cabeça fetal.

Segundo Aasheim [*et al*] (2002), a proteção manual do períneo e a manobra de Ritgen não foram ainda cientificamente comprovadas no que diz respeito à sua efetividade no evitar do trauma perineal, mas também não foi comprovado o seu malefício, daí continuarem a ser utilizadas de

forma rotineira. São necessários mais estudos para comprovar a sua eficácia.

Num passado recente, a episiotomia era uma intervenção de rotina usada com o intuito de facilitar a expulsão da cabeça fetal; no entanto, várias investigações vieram refutar esta prática pelo que, atualmente, a episiotomia é repensada e só é efetuada em determinadas situações.

Os resultados da revisão sistemática efetuada por Carroli e Mignini (2012), incluindo oito estudos com a participação de 5541 mulheres, demonstraram que nas episiotomias realizadas em casos específicos há menor trauma perineal posterior, uma sutura menor e menos complicações, no entanto, esteve associada a um maior risco de trauma perineal anterior. Os autores sugerem ainda a realização de ensaios clínicos randomizados para definir as reais indicações do uso da episiotomia: parto operatório, parto pré-termo, parto pélvico, macrosomia ou ameaça de laceração perineal.

Segundo as diretrizes do ACOG (2007, cit. por Amorim; Porto e Souza, 2010), a realização da episiotomia não se deve tornar um procedimento de rotina mas sim por indicação materna ou fetal: evitar lacerações maternas graves ou facilitar partos difíceis. Tal como a maior parte das situações, cada caso é um caso e por isso mesmo deve ser individualizada a cada mulher e a cada situação.

Assim sendo, e usando a Manobra modificada de Ritgen, a saída da cabeça era assistida com procedimentos suaves, prevenindo a descompressão brusca com a proteção do períneo, de forma a reduzir lacerações. Após a saída era efetuada uma palpação suave para pesquisar a presença de circular cervical do cordão. Quando estávamos perante uma circular larga o cordão era desenrolado à volta da cabeça. No único caso em que detetamos uma circular apertada o cordão umbilical foi clampado e cortado à vulva.

Durante a restituição e rotação externa, a cabeça era mantida apoiada e de seguida era libertado o ombro anterior e depois o posterior, mantendo a proteção posterior do períneo com a mão direita. O RN era firmemente seguro e colocado sobre o abdómen da mãe, o nariz e a boca limpos com compressas para facilitar a drenagem de secreções e permeabilizar as vias aéreas, sendo neste momento determinada a hora do

nascimento e o Índice de Apgar ao primeiro minuto. Após estes procedimentos o cordão umbilical era clampado e questionava-se ao acompanhante ou à mãe se gostariam de cortar o cordão. A parturiente e o acompanhante eram felicitados pelo nascimento e pela sua colaboração durante todo o processo.

Diversos ensaios clínicos evidenciam benefícios na clampagem tardia do cordão umbilical. Uma revisão sistemática envolvendo 7 estudos (297 neonatos) verificou que o adiamento da clampagem do cordão em 30 a 120 segundos, em vez da laqueação precoce, parece estar associado com uma menor necessidade de transfusão por anemia, baixa pressão arterial e menos hemorragia intraventricular (Rabe; Reynolds e Diaz-Rosello, 2010).

Se necessário, é colhido sangue do cordão umbilical para criopreservação de células estaminais e/ou para determinação de grupo sanguíneo fetal (incompatibilidade Rh/ABO e grupo O).

Durante a realização do módulo do BP do CHTS foi possível o acompanhamento do TP de oito mulheres em que foi necessária a intervenção do Obstetra para aplicação de ventosa ou fórceps, estando estas intervenções relacionadas com a existência de um traçado cardiotocográfico não tranquilizador (desaceleração fetal) e/ou esforços expulsivos maternos pouco eficazes.

Durante a intervenção foi disponibilizada toda a assistência ao médico, sendo a mulher preparada na posição de litotomia e informada do procedimento. Até ao nascimento foi assegurado o bem-estar fetal através da monitorização do CTG e incentivada a parturiente para colaborar na técnica, fazendo esforços expulsivos durante a contração.

Imediatamente após o nascimento, ainda sobre o abdómen da mãe, a principal prioridade era realizar uma rápida avaliação do RN com determinação do índice de Apgar e assegurar a permeabilidade das vias aéreas.

O índice de Apgar permite avaliar a adaptação do RN à vida extrauterina e a necessidade de reanimação através da verificação dos cinco indicadores fisiológicos: frequência cardíaca pela auscultação com estetoscópio, a frequência respiratória pela observação direta dos movimentos da parede torácica, o tônus muscular pelo grau de flexão e

movimento das extremidades, irritabilidade reflexa pela resposta do RN à estimulação do pé e pela cor da pele (pálida, acrocianose ou rosada). Cada um destes itens era pontuado de 0, 1 ou 2, consoante avaliação ao 1º, 5º e 10º minuto de vida (Lowdermilk e Perry 2008).

Seguidamente à laqueação do cordão umbilical, a aspiração suave das vias aéreas, a estimulação táctil e a manutenção da temperatura corporal (com lençol aquecido sob fonte de calor) foram medidas geralmente suficientes para a maioria dos RN estabelecerem a sua adaptação à vida extrauterina. Contudo, foram atentamente vigiados sinais de dificuldade respiratória como o adejo nasal, tiragem ou gemido expiratório, tal como recomenda Graça (2010).

Ainda segundo a mesmo autor, estima-se que cerca de 1% dos RN's necessitam de manobras de reanimação diferenciadas. Alguns RN's sofrem uma asfixia grave ao nascer e outros não estabelecem uma respiração eficaz nos primeiros minutos de vida, sendo a sua adaptação cardiorrespiratória extrauterina anormal.

Quando estávamos perante um caso de necessidade de reanimação neonatal, o EEESMO atuava de acordo com as guidelines de ressuscitação neonatal seguindo as seguintes etapas de intervenção: primeiro com os passos iniciais de estabilização, manutenção da temperatura corporal, secar e estimular o RN, se necessário, aspirar a orofaringe e fossas nasais (A), manutenção da respiração com ventilação assistida e administração de oxigénio (B), manutenção da circulação com compressões cardíacas externas (C) e administração de fármacos (D), sendo a última realizada com indicação médica (Kattwinkel [et al], 2010).

Segundo Velaphi e Vidyasagar (2008), a aspiração da orofaringe do RN à vulva, aquando da presença de mecónio no líquido amniótico, não é uma intervenção frequentemente realizada na sala de partos. Apesar do risco de ocorrência da síndrome de aspiração de mecónio nos RN's com mecónio no líquido amniótico, estudos demonstram que não há evidências científicas de que a aspiração à vulva e endotraqueal reduza o seu risco.

Como já referido, ao nascimento o RN era colocado no abdómen materno e é oferecida ao pai a oportunidade de cortar o cordão umbilical. Esta foi uma prática corrente na sala de partos, de forma a valorizar a

participação do pai nos cuidados. Esta prática vai ao encontro dos resultados do estudo realizado por Brandão (2009) que sugere que a laqueação do cordão umbilical efetuado pelo pai parece beneficiar o envolvimento emocional entre o pai e o bebé.

A separação do RN da mãe após o parto é comum na cultura ocidental. O contato precoce pele a pele começa no nascimento e envolve colocar o bebé nu, coberto com um lençol quente, de bruços no peito da mãe. Na sala de partos do CHTS esta prática era rotina corrente sendo realizada após os cuidados iniciais ao RN, à exceção dos casos em que a parturiente não o desejasse.

Como referido anteriormente, os cuidados imediatos ao RN envolvem a permeabilização da via aérea, a manutenção da temperatura corporal com o gorro e um lençol aquecido, e de seguida é colocado novamente pele com pele na barriga da mãe. O RN é mantido junto da mãe durante a dequitação e correção da episiotomia (se existir) o que permite que a mãe e o pai toquem e explorem o filho.

Como o contato visual é um aspeto primordial na relação do RN com os pais, a aplicação da pomada oftálmica de profilaxia de infeções na sala de partos é realizada após o contacto pele a pele do RN com a mãe.

Cruz; Syman e Spíndola (2007), num estudo realizado no Rio de Janeiro, concluíram que embora valorizem os cuidados imediatos ao RN, por acreditar que estes cuidados são indispensáveis para garantir a integridade física dos seus filhos, as puérperas relatam sentimentos de preocupação, sensação de afastamento e medo da separação do bebé.

Apesar da escassa incidência de morte neonatal durante o contacto pele a pele com a mãe, a vigilância do RN nesse período deve ser realizada atentamente pelo ESSMO, a fim de evitar a morte ou morbidade neonatal. Este facto é corroborado no artigo desenvolvido por Andres e seus colaboradores (2011) em que foram analisados seis estudos de caso de RN que tiveram complicações durante o contacto pele a pele com a mãe.

A identificação e o reconhecimento de alterações morfológicas e funcionais do RN fazem parte das competências a desenvolver pelo EEESMO. Numa das situações ocorridas em estágio foi detetado, conjuntamente com o Neonatologista, um RN com gemido e SDR, que o impedia de respirar e de mamar adequadamente. De uma forma preventiva

e para melhor assistência e acompanhamento, o RN foi transferido para a Neonatologia, tendo a situação e patologia sido explicada aos pais. Durante a permanência do casal no Bloco de Partos após o nascimento foram escutadas as suas preocupações e esclarecidas as suas dúvidas em relação ao estado de saúde da criança.

Segundo Lowdermilk e Perry (2008), os sentimentos que surgem da ameaça real da anomalia congénita podem incluir apatia, raiva, hostilidade, medo, embaraço, luto e perda de autoestima. No caso observado, o medo e a incerteza do sucesso do tratamento foram os sentimentos mais evidentes, daí que seja fundamental para estas famílias a orientação e esclarecimento para que sejam capazes de tomar decisões informadas relativas aos cuidados ao seu filho.

A amamentação na primeira hora de vida do RN é uma das recomendações da OMS correspondente ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés.

Os resultados de uma revisão sistemática realizada por Moore; Anderson e Bergman (2007) demonstraram um efeito estatisticamente significativo e positivo sobre o sucesso da primeira mamada na duração da amamentação, diminuição da ansiedade, melhoria na interação mãe-bebé, diminuição do choro, reconhecimento do odor do leite materno, manutenção da temperatura, glicemia e de parâmetros cardiorrespiratórios neonatais.

Esta era, aliás, uma das estratégias prioritárias do CHTS para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno já que, além de aumentar a duração do aleitamento materno e reduzir a mortalidade neonatal, o contacto precoce da mãe com o RN é fundamental para o estabelecimento do vínculo mãe-bebé (Boccolini [et. al], 2011).

Após o TP e parto nem todas as puérperas se mostravam capazes para amamentar, devido ao desgaste ocorrido durante o TP e, por esse motivo, se mostrou essencial a intervenção na assistência e observação da primeira mamada. Com a exceção dos RN com intercorrências imediatas após o parto ou necessidade de internamento na Neonatologia, todos os RN que foram acompanhados ao longo do estágio foram amamentados na primeira hora de vida.

Para além de tirar partido do primeiro período de reatividade do RN, a primeira mamada ajuda a estimular a produção de ocitocina materna que promove a contração uterina, fulcral no período pós-parto imediato (Lowdermilk e Perry 2008).

O terceiro período do TP é compreendido entre o nascimento e a dequitação e ocorre ao fim de alguns minutos por ação das contrações uterinas e da redução da área de inserção devido à diminuição do volume uterino após a expulsão do feto (Graça, 2010).

Após o nascimento, as mulheres eram mantidas em decúbito dorsal com a cabeceira baixa e era-lhes explicado que podiam sentir novamente contrações associadas à expulsão da placenta (Campos; Montenegro e Rodrigues, 2008).

Se a perda sanguínea fosse escassa e a puérpera se apresentasse em boas condições, podia aguardar-se a dequitação até 30 minutos após o parto. Ainda assim, foram realizadas vigilâncias no âmbito das manifestações clínicas da mulher, da consistência e volume uterino, da perda hemática vaginal e dos sinais que confirmavam o descolamento (útero globoso e firme, sinal do cordão, golfada de sangue, sinal de Krustner). Após a confirmação do descolamento era solicitado à mulher que realizasse pequenos esforços expulsivos para a placenta se exteriorizar.

Para gestão do TP e diminuição do risco de hemorragia, o Protocolo do serviço e os Protocolos de Medicina Materno-fetal (Campos; Montenegro e Rodrigues, 2008), indicam uma conduta ativa, após assegurar que existe descolamento placentário.

Durante a expulsão da placenta deve ser realizada a manobra de Jacob-Dublin (torção da placenta) para facilitar o seu deslocamento integral.

No momento da dequitação era identificado o mecanismo de expulsão, Schultze (o mais frequente) ou Duncan. Apesar de não ter importância clínica, sabe-se que o mecanismo de Duncan acarreta maior perda de sangue, pelo que a sua presença é um indicador para o risco de hemorragia (Rezende, 2011).

Imediatamente após a dequitação era assegurada a formação do globo de segurança de Pinard, massajando circularmente o fundo uterino

(manobra de Credê) e iniciada perfusão de ocitocina, de acordo com o que está protocolado no BP do CHTS.

No final procedia-se à inspeção da placenta (forma, inserção, integridade dos cotilédones e anormalidade), cordão umbilical (inserção na placenta, comprimento, 2 artérias e 1 veia e anormalidades) e membranas (verificação da integridade e se tem os dois folhetos, (âmnio e córion), garantindo a sua normalidade e expulsão completa da cavidade uterina. A importância deste período nos cuidados realizados e a sua influência no estado de saúde da mulher suscitou o interesse em definir, com a mais recente evidência científica, as componentes integrantes da gestão ativa do TP.

Caso o terceiro período de TP não progredisse normalmente, a situação era referida ao médico. Na existência de retenção da placenta ou membranas fragmentadas foi assegurada a analgesia da mulher. O procedimento de revisão vaginal ou uterino era realizado sob condições assépticas e era administrada ocitocina para promover a contração e retração uterina adequada.

Os partos vaginais são frequentemente associados a algum tipo de trauma do aparelho genital, muitas vezes associado a complicações significativas de curto e longo prazo para a mulher. Os traumas perineais podem ocorrer espontaneamente e causar lacerações (primeiro, segundo, terceiro ou quarto grau) ou resultar de uma incisão cirúrgica do períneo - episiotomia, realizada pelo profissional de saúde durante o período expulsivo (Aasheim [et. al], 2012).

Após a laqueação do cordão umbilical era avaliada a integridade do canal de parto, inicialmente o períneo e a parede rectal (se suspeita de laceração da mucosa ou esfíncter), e posteriormente a dequitação, a vagina e o colo. Foi decerto essencial a observação minuciosa dos tecidos genitais para deteção de lacerações e identificação do vértice da episiotomia (se existente), na medida em que os traumas perineais eram fatores de risco para a hemorragia pós-parto (Graça, 2010).

Para um correto procedimento era essencial assegurar as condições de assepsia, a limpeza perineal com soro fisiológico, ter preparado o material e avaliada a analgesia no períneo, pois caso a mulher não tenha analgesia epidural ou o seu efeito tenha acabado, era necessária a

anestesia do local da sutura com Lidocaína a 2%, de acordo com o Protocolo do serviço no CHTS.

A reparação de episiotomia e das lacerações era realizada por planos. Iniciava-se na mucosa vaginal com uma sutura contínua (com pontos travados), cerca de um centímetro acima do vértice até ao anel himenial. O segundo plano correspondia às fibras musculares que eram suturadas por camadas até à aproximação do tecido celular subcutâneo, com pontos isolados. Para o encerramento da pele era usado o ponto de Donati. As lacerações de segundo grau eram tratadas como a episiotomia, enquanto nas lacerações de primeiro grau era realizada uma sutura contínua para aproximar suavemente os bordos.

A revisão sistemática da literatura realizada por Kettle, Hills e Ismail (2009) sustenta esta prática, pois concluiu que as técnicas de sutura contínuas para encerramento perineal (em comparação com suturas separadas) diminuem a dor até 10 dias pós-parto, com redução ainda mais significativa se aplicadas em todos os tecidos (vagina, músculos do períneo e na pele).

Outro fator que adquire extrema importância é o tipo de fio para as suturas de episiotomias e lacerações. O material de sutura de eleição é o fio de sutura de reabsorção rápida que diminui o desconforto e dor pós-parto (Graça, 2010).

A reparação do canal de parto foi sempre realizada posteriormente à dequitação, pois só nessa altura se conseguia avaliar mais eficazmente o canal de parto e a origem da perda de sangue. Baksu e colaboradores (2008), contrariam esta escolha e defendem que a episiorrafia deve ser realizada antes da dequitação, com base nos resultados do estudo-de-caso controlado que realizaram com recurso a 400 nulíparas, onde demonstraram que quando a reparação da episiotomia médio-lateral é feita após a dequitação, a quantidade de sangue perdido é maior comparativamente à que é realizada antes da remoção da placenta.

Tendo em consideração a evidência científica e de acordo com o Protocolo do serviço, aproximadamente duas horas após o parto, se estivessem assegurados o bem-estar materno (avaliação da coloração de pele e mucosas, sinais vitais estáveis, útero bem contraído, perda sanguínea normal após expressão uterina) e neonatal (cor, choro,

reatividade a estímulos, início da alimentação), realizava-se a transferência de ambos para o Serviço de Obstetrícia.

Uma das competências a cargo do EEESMO no exercício da sua atividade no Bloco de partos, é o diagnóstico e monitorização do trabalho de abortamento. O abortamento espontâneo consiste na expulsão de todo o produto da concepção sem que haja interferência externa, isto é, ocorre em consequência de fatores de ordem natural, sendo principalmente observado na primeira gestação, em decorrência de anomalias fetais. Considera-se aborto a expulsão do feto antes da vigésima semana de gestação, ou com peso inferior a 500gr, podendo ainda ser classificado de precoce, quando este se dá até à décima segunda semana de gestação, ou tardio entre as décima segunda e a vigésima semana. Os principais sinais e sintomas indicativos de abortamento são: a perda hemática vaginal intensa, acompanhada por fortes dores abdominais. As suas principais causas incluem: tabagismo, alcoolismo, alterações cromossómicas e anatómicas, infeções, distúrbios hormonais, anomalias do ovo, da placenta e do cordão umbilical, e de anomalias cromossómicas (Montenegro e Rezende Filho, 2008).

No decorrer do estágio foram vivenciadas poucas situações desta natureza, sendo na sua maioria respeitantes a abortos no primeiro trimestre (idade gestacional inferior a 12 semanas de gestação), pelo que os cuidados desempenhados eram direcionados para a vigilância dos sintomas atrás referenciados, e pela prestação de apoio psicológico específico.

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

O apoio psicológico prestado às mulheres, pelo tempo curto que estas permanecem na sala (um ou dois turnos), revela-se um fator limitador da nossa ação. No entanto, como profissional que busca o conhecimento, há uma tentativa de desenvolver ao máximo as nossas competências nesta área, procurando desenvolver práticas culturais congruentes com as exigências específicas face à situação.

O aborto é um processo que conduz a mulher a experienciar sentimentos, por isso, estivemos especialmente despretos para atuar de forma adequada diante de cada situação, sistematizando um plano de cuidados focado essencialmente no apoio da mulher no sentido de ultrapassar a dor da perda, tendo sempre presente que as mulheres se tornam mais sensíveis perante esta situação.

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

O EEESMO deve ainda tomar conhecimento da cultura/comunidade em que a mulher está inserida, de forma a adequar as suas ações, às suas práticas religiosas, e as suas formas de vivenciar as perdas, dado que apesar de bastante frequente, o aborto espontâneo nem sempre é devidamente valorizado na sociedade, o que por vezes leva a dificuldades na vivência do processo de luto pela mulher/casal/família.

Finalizando este módulo achamos pertinente relatar um caso que tivemos a oportunidade de acompanhar; o TP de uma parturiente com diagnóstico de interrupção médica da gravidez, tratando-se de uma gravidez de 31 semanas e 4 dias, vigiada, saudável, aquando da realização da ecografia do segundo trimestre apresentava uma translucência da nuca aumentada, critério para realizar amniocentese. Após chegada do resultado demonstrava alterações do sistema nervoso central, incompatível com a vida, pelo que o obstetra juntamente com o casal decidiram interromper a gravidez, iniciando a indução do TP com estimulação ocitócica.

A interrupção de uma gravidez, ainda que efetuada por razões terapêuticas (situações de incompatibilidade com a vida), acompanha-se de profundo trauma psicológico associando-se frequentemente a sentimentos de culpa, representando uma perda com significado especial, quando comparado com outras perdas (Canavarró, 2001).

As perdas resultantes de um diagnóstico de malformação, apresentam-se como profundamente estigmatizantes para os pais. De

facto, um filho afetado por uma doença genética grave representa uma perda de oportunidades para o desenvolvimento pessoal dos pais (Zagalo-Cardoso, 2001). Para este autor, o dramatismo e a intensa dor experimentados pela perda de um filho emergem como um dos fenómenos de stress emocional mais intensos que pode ser experimentado por uma pessoa durante a sua vida, com implicações no papel social, na vida conjugal e nas relações sociais mais próximas.

Estes foram, aspetos considerados aquando do acompanhamento da parturiente/casal nestas circunstâncias. A nossa intervenção, para além da execução do parto, direcionada, de com o que está preconizado por Lowdermilk e Perry (2008) para o facto de que, quando os pais são informados do diagnóstico, antes da indução do parto, podem pedir para ficar algum tempo com o RN, mesmo que seja um tempo reduzido. Enquanto estudante do MESMO, centramos a nossa atenção nestas situações e procuramos prestar cuidados individualizados para cada indivíduo/família, pelo que demos oportunidade para que fizessem as suas escolhas livremente.

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

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

A identificação da puérpera e do acompanhante, o índice obstétrico, antecedentes relevantes (doenças, alergias, grupo sanguíneo, EGB), tipo e

hora da rutura, processo de TP, analgesia realizada, tipo e hora do parto, integridade do canal de parto, evolução do pós-parto imediato (condição do útero e tipo de lóquios, início de dieta, micção espontânea), identificação e dados antropométricos do RN, avaliação do bem-estar neonatal, tipo de alimentação e horário da última mamada e a existência de complicações maternas ou neonatais foram informações comunicadas à Enfermeira do Serviço de Obstetrícia.

1.3. Aquisição de competências no âmbito do autocuidado e preparação para a parentalidade

No módulo de autocuidado e preparação para a parentalidade, tornou-se possível o desenvolvimento e aquisição de competências técnico-científicas, éticas necessárias à implementação de cuidados à puérpera, RN e família. Através das experiências vivenciadas ao longo deste módulo, foi possível adquirir e desenvolver a capacidade de cuidar da díade e sua família, garantindo desta forma, sempre as melhores condições de evolução, como recomenda a diretiva Comunitária transposta para o direito interno, Artigo 37.º do Decreto-lei n.º 16/2009 de 4 de Março. De acordo com a mesma diretiva, a atribuição de título de enfermeiro EESMO comporta a vigilância e a prestação de cuidados a pelo menos 100 puérperas e respetivos RN (normais ou de risco).

O período logo após o parto denomina-se de puerpério, sendo definido como um período do ciclo gravídico puerperal, iniciando-se logo após a dequitação e estendendo-se até quatro a seis semanas pós-parto, quando o organismo materno retorna às suas condições pré-gravídicas (Carvalho [*et al*], 2010).

Esta fase, muitas vezes, é designada pelo quarto trimestre da gravidez, devido à sua complexidade e especificidade, e é neste momento da vida das puérperas que a assistência de enfermagem é importante, principalmente devido às alterações físicas e psicológicas que acontecem (Correia [*et al*], 2011).

Ao longo deste módulo foi possível observar que o puerpério é um período bastante complexo, visto que a puérpera se encontra mais fragilizada, uma vez que está a vivenciar um processo de transição para a parentalidade. Entende-se este como um processo de transformação individual, conjugal e social, através do qual os pais redefinem a sua identidade parental e desenvolvem competências para lidar com as mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que ocorrem na vida da criança (Meleis [et al.], 2000).

Assim, proporcionava-se o alojamento conjunto entre a mãe e o recém-nascido, exceto nas situações em que este era internado na unidade de neonatologia. A unidade de obstetrícia apresenta todas as condições físicas necessárias, bem como um horário de visitas alargado (entre as 11 e as 20 horas), sendo que o período das 11 às 14 horas é específico para um acompanhante, que normalmente era o pai do RN. A disposição física do serviço é de 26 camas, divididas por 6 enfermarias de 4 camas e 2 quartos de uma cama. Estes últimos, normalmente são ocupados por situações que requerem cuidados mais especializados, como o caso de utentes com pré eclâmpsia (situações também vivenciadas no decorrer deste estágio).

As puérperas surgem na unidade provenientes de 2 serviços (do bloco de partos ou do bloco operatório), dependendo do tipo de parto. Aquando da chegada da puérpera ao serviço de Obstetrícia era-lhe realizado o acolhimento, desde a apresentação do espaço físico, à organização do serviço, assim como as regras de funcionamento. Ainda no momento do acolhimento era-lhe apresentado o enfermeiro de referência e realizada a avaliação inicial, depois de consultado o processo clínico, que compreendia: a anamnese e o exame físico (mãe e RN). Entretanto, era efetuado o exame físico pormenorizado à puérpera que passava pela monitorização da tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura, dor, avaliação das condições do útero, mamas e mamilos, vigilância da perda hemática vaginal, avaliação do períneo e da ferida perineal, se existir, no intuito de observar a presença de hematomas, edema, hemorragia e equimoses. No caso da ferida perineal apresentar edema, era colocado gelo nas primeiras vinte e quatro horas com a preocupação de promover a sua regressão, bem como o alívio da dor.

Como referido anteriormente, o puerpério é um período onde existe muitas alterações fisiológicas e psicológicas, sendo que a mulher fica por um período dependente nos autocuidados pela indicação de repouso, dependendo do tipo de parto. De acordo com Nice (2006), o levantar e a deambulação precoce são determinantes na autonomia, na promoção da vitalidade e na redução da incidência de trombo-embolismos. Como está protocolado no serviço de Obstetrícia do CHTS, o levantar, após parto vaginal, está indicado seis horas após o parto, e no parto por cesariana está indicado entre seis a doze horas, dependendo do tipo de anestesia (via epidural ou raquianestesia).

No local onde realizamos o estágio, o primeiro levantar era efetuado sempre na presença da enfermeira, com o objetivo de promover a deambulação da puérpera, prevenção da hipotensão ortostática e a prevenção de tromboflebitas, seguido de uma ida à casa de banho, visto ser esperado que uma mulher após um parto vaginal urine espontaneamente entre as 6 e as 8 horas pós-parto.

Após a primeira micção no WC e tolerado o levantar, a puérpera era incentivada a autocuidar-se no chuveiro. De acordo com os protocolos do serviço, era recomendada a lavagem da ferida perineal após as micções com água e sabão neutro, procedido de uma correta secagem, sendo também instruído às puérperas a troca frequente do penso higiénico com o desígnio de prevenir infeções, sendo estes ensinamentos reforçados sempre a cada observação física (no turno da manhã e da tarde).

Por sua vez, o restabelecimento da eliminação intestinal pode não ocorrer nos primeiros três dias do pós-parto, pelo medo da puérpera em realizar esforços, bem como pela eventual administração de medicação narcótica e pela diminuição da tonicidade dos músculos intestinais, jejum prolongado ou desidratação. O restabelecimento da eliminação intestinal era então importante pelo que garantia que no decorrer do parto e eventuais suturas não existiu afeções das estruturas viscerais (Zugbaid,2008). A puérpera, ao longo do seu internamento, era incentivada a caminhar e a ingerir líquidos e alimentos ricos em fibras, sendo que às vezes estas medidas não eram eficazes e necessitavam mesmo da administração de terapia medicamentosa (laxantes) (Nice,2009).

No decorrer deste módulo executaram-se atividades de diagnóstico, com o intuito de prevenir complicações puerperais. Através da palpação uterina, algumas puérperas não apresentavam o útero bem contraído. Nestes casos era efetuada uma massagem uterina em direção à vagina com o intuito de expelir os lóquios ou alguns coágulos, até o útero se encontrar na posição infra-umbilical. A puérpera era então incentivada a participar nos cuidados, sendo instruída para a importância da massagem uterina, ou seja, para o processo de involução uterina a características ideias do útero. A involução uterina é um processo que se inicia logo após a dequitação com contrações mais suaves do que as do TP, sendo vigorosas na múltipara, principalmente durante a amamentação. No final de doze horas após o parto, o útero pode-se encontrar 2 centímetros abaixo do umbigo e a involução vai ocorrendo cerca de 1 a 2 centímetros a cada vinte e quatro horas, sendo que por volta do décimo dia de puerpério o útero já se encontra a nível da sínfise púbica (Lowdermilk e Perry, 2008).

Uma das possíveis complicações do puerpério é a hemorragia, uma vez que pode resultar por uma deficiente contração uterina, sendo que são desenvolvidas ao longo do mestrado competências para diagnosticar esta eventual complicação no pós-parto.

A vigilância da perda sanguínea no puerpério foi também importante para despistar a existência de hemorragias relacionadas com a atonia uterina, retenção de restos placentares, ferida perineal, lacerações vaginais, sendo a observação da saturação do penso higiênico a medida mais rápida e acessível de realizar essa vigilância, classificada em escassa, ligeira, moderada ou abundante.

Graça, (2006), define a atonia uterina como uma incapacidade do útero se contrair, estando relacionada com hidrâmnios, multiparidade, macrossomia fetal, gestações gemelares, fragmentos placentares ou coágulos sanguíneos. Neste sentido, a puérpera foi incentivada a evitar a distensão vesical e promover o tônus uterino, através da massagem suave no fundo uterino.

Lowdermilk e Perry (2008), referem que um penso higiênico saturado em quinze minutos ou menos e uma coleção de sangue sob os glúteos são indicadores de perda excessiva de sangue, exigindo uma intervenção imediata. Então o envolvimento da puérpera nos cuidados de

enfermagem eram fonte aliada na detecção precoce de sinais e sintomas que se poderiam revelar urgentes. Nesse sentido, eram realizados ensinamentos sobre o processo normal da involução uterina e perda sanguínea, assim como instruir para realizar massagens uterinas promotoras da contração uterina.

A avaliação das características dos lóquios foi importante no despiste de complicações, como atonia uterina, hemorragias consequentes de lacerações vaginais ou cervicais ou restos placentares. Ao longo dos primeiros 2/3 dias após o parto, os lóquios são classificados como lóquios rubros por conter células epiteliais, hemáticas, leucócitos e decídua e a secreção é vermelha escura; já entre o 3º e o 10º dia é uma secreção rósea característica dos lóquios serosos constituídos por decídua, hemácias, leucócitos, muco cervical e microorganismos. A partir do 10º dia, podendo prolongar-se até à 3ª semana pós-parto, a secreção é incolor/ amarelada, constituída essencialmente por leucócitos, decídua, células epiteliais, gordura, muco cervical, cristais de colesterol e bactérias Lowdermilk e Perry (2008). Os lóquios costumam desaparecer ao fim de um período de tempo que oscila entre os 10 dias e as duas semanas após o parto, embora as secreções esbranquiçadas possam persistir até cerca de cinco semanas. É importante que a mulher observe e controle estas secreções, já que o aparecimento de algumas anomalias das mesmas pode ser provocado pelo desenvolvimento de uma complicação no puerpério (Graça,2006).

Citando Lowdermilk e Perry (2008), a infeção puerperal tem, por vezes, o ponto de partida na ferida perineal/correção de laceração. Neste sentido, o autocuidado de higiene na puérpera é fundamental na prevenção de infeções puerperais, sendo a sua prevenção um dos principais objetivos para diminuir a morbidade e mortalidade materna (Kramer [et al], 2009).

Lowdermilk e Perry (2008) defendem os cuidados efetuados à ferida perineal, lacerações, hemorroidas ou ferida abdominal, bem como a vigilância de sinais característicos de infeção como calor, dor, supuração e rubor; assim, a puérpera era incentivada à muda frequente do penso higiénico, bem como a realizar a limpeza perineal no sentido uretra-ânus. Estes fazem parte dos cuidados prestados à puérpera.

No decurso deste módulo, implementaram-se intervenções promotoras da saúde e bem-estar da mulher no período pós-parto, como

ensinar e instruir a mulher na massagem uterina; incentivar a eliminação urinária espontânea para prevenir a distensão urinária; incentivar a ingestão hídrica, com o intuito de favorecer a reposição de líquidos e promover a produção de leite materno; promover períodos de repouso, para aliviar a fadiga da puérpera e serem capazes de cuidar do RN, e incentivar a deambulação para prevenção de tromboembolismo, recuperação da vitalidade e exteriorização de lóquios.

Relativamente aos cuidados ao RN, estes dependiam do tipo de parto. Tratando-se de um parto vaginal, os cuidados imediatos eram prestados no bloco de partos e o RN dava entrada juntamente com a mãe, sendo os cuidados assegurados pela equipa de enfermagem. Aquando da chegada do RN à unidade era confirmada a identificação do RN e colocada uma pulseira eletrónica de segurança; aquando da colocação da mesma era explicado à mãe o motivo da sua colocação. Entretanto, era realizado o exame ao RN onde eram observados: sinais de dificuldade respiratória, o coto umbilical para despiste de hemorragia, a perfusão periférica, assim como a reatividade e tonicidade dos músculos. Se, por sua vez, o parto fosse distócico por cesariana, a enfermeira do bloco operatório comunicava à enfermeira do serviço de obstetrícia que o RN tinha nascido. Assim, o RN era transportado imediatamente após o nascimento em incubadora de transporte para o serviço de obstetrícia, após a observação pelo neonatologista e eram prestados os primeiros cuidados imediatos, já no serviço.

Assim, estes cuidados eram precedidos pela identificação do RN com a colocação de uma pulseira no braço, com o nome da mãe, e a pulseira eletrónica no pé para controlo de segurança. Seguidamente, procedia-se à estabilização do RN com desobstrução da via aérea com movimentos de percussão suaves sobre a parede torácica. Por sua vez, quando o RN apresentava um excesso de muco na árvore respiratória procedia-se à aspiração de secreções da boca e orifícios nasais, com uma pressão de 100 mmHg, de forma a prevenir a estimulação vagal ou hipoxia (Lowdermilk e Perry, 2008). No momento da prestação dos cuidados imediatos era também realizada a avaliação ao coto umbilical, verificando-o e despistando assim sinais de hemorragia ou infeção.

Outro sinal para o qual estivemos despertos era para a hipotermia, visto que esta aumenta a necessidade de oxigênio e o consumo de reservas de glucose. O RN pode reagir ao frio ficando cianosado ou aumentando a frequência respiratória, pelo que os cuidados prestados eram todos realizados debaixo de fonte de calor, salvo a monitorização do peso (*idem*).

Além dos cuidados mencionados, outro cuidado era a administração profilática de 1 mg de vitamina K, via intramuscular, no músculo vasto externo do membro inferior esquerdo. Esta administração da vitamina K é importante, uma vez que nos primeiros dias, o RN corre o risco de alterações da coagulação sanguínea e consequente hemorragia. De acordo com Lowdermilk e Perry (2008), a vitamina K é transferida pela placenta e pelo aleitamento materno, mas em quantidades reduzidas, e o intestino do RN ainda não está colonizado pela microflora que a sintetiza, pelo que a administração é uma medida profilática na prevenção de hemorragias no RN até ao oitavo dia, momento em que o RN começa a produzir a sua própria vitamina K.

A administração de colírio era outro cuidado efetuado ao RN, no sentido de prevenir a conjuntivite neonatal por clamídia ou gonorreia. Assim, procedeu-se à aplicação de uma gota de cloranfenicol no interior do globo ocular do RN, na conjuntiva inferior.

Outro cuidado é a vigilância da glucose, através da pesquisa de glicemia capilar, onde se determina se existe ou não a necessidade de administração de leite adaptado, ou se é possível aguardar pela chegada da puérpera para promover a amamentação. A vigilância da glicemia capilar era efetuada aos RN nascidos por parto distócico por cesariana e a todos os RN macrossómicos (peso à nascença superior a 4000kg), a RN baixo peso (peso à nascença inferior a 2500kg) e aos filhos de mães diabéticas. Os RN filhos de mães diabéticas, independente do tipo de controlo metabólico, requeriam uma vigilância mais apertada no que diz respeito aos valores de glicemia, uma vez que estes habitualmente são macrossómicos devido a valores glicémicos maternos elevados, o que leva a um aumento do pâncreas e consequentemente a maior produção de insulina, levando a hipoglicemias neonatais, que, no caso de não serem detetadas ou evitadas, podem ser fatais. Assim, a vigilância destes RN implicava a identificação de sintomatologia de hipoglicemia neonatal como a sucção débil, tremores,

alteração do tônus muscular, letargia, apneia, irritabilidade, períodos de cianose, convulsão e hipotermia. De acordo com o comitê de Estudos Fetoneonatales (2002), a monitorização era efetuada nas primeiras duas horas após o nascimento, 4, 6, 12, 24 e 48 horas. Segundo o protocolo de obstetrícia, era monitorizada a glicemia capilar no momento de admissão ao serviço e depois de 6 em 6 horas, até perfazer as 24 horas após o nascimento, cessando a monitorização se o RN apresentasse valores de glicemia normais.

O pós-parto é citado por vários autores como um momento em que a autoconfiança da mulher se encontra em crise, pois existe uma mistura de sentimentos, como a euforia, o medo, a ansiedade, além de um período de grande vulnerabilidade (Merighi, Gonçalves e Rodrigues, 2006).

Assim, ao longo deste módulo, foi alvo da nossa atenção a gestão do repouso e a diminuição da fadiga puerperal no período pós-parto, visto que por vezes se trata de um período muito exaustivo pelas exigências do parto, devido a longos períodos de trabalho de parto, cesariana, amamentação e outras componentes psicológicas relacionadas com a depressão e ansiedade. De acordo com o que diz Nice (2006), a sensação de fadiga na puérpera pode torná-la incapaz de cuidar de si e do seu RN.

Uma preocupação por vezes verbalizada pelas puérperas era a retoma da imagem pré gravídica. Lowdermilk e Perry (2008) defendem que podem começar os exercícios logo no pós-parto progredindo ao longo do tempo o nível de complexidade.

Uma das competências da EEESMO é a promoção da transição para a parentalidade de forma saudável, onde se espera que a mulher demonstre competência para cuidar do RN, onde estabeleça uma relação emocional adequada.

Lowdermilk e Perry, 2008, descrevem a transição para a parentalidade como sendo um processo de incorporação e mudança de papéis que começa durante a gravidez e termina quando a mãe/pai desenvolvem um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papéis. Durante o período em que a puérpera se encontra internada, permitiu-nos encontrar situações de risco que podiam pôr em causa os cuidados ao recém-nascido. Como exemplo de algumas situações de dificuldade na transição para a parentalidade, destacaram-se as mães

adolescentes que, por vezes, não estão preparadas para esta nova fase da vida.

Quando era detetado algum motivo que compromettesse a relação mãe-filho era acionado o serviço social que colaborava com a equipa do serviço de Obstetrícia, no sentido de averiguar e aprofundar o suporte sociofamiliar e, até parecer positivo, as puérperas e RN eram retidos no serviço.

Enquanto estudante ESMO em estágio, foi constante preocupação promover a vinculação entre pais e RN através da implementação de intervenções, como proporcionar oportunidade dos pais pegarem ao colo o RN, gerir ambiente físico (alojamento conjunto), preparar os pais para as mudanças previstas, encorajar e incentivar os pais a cuidarem do RN e fazer reforços positivos aos comportamentos parentais.

Outro alvo da nossa atenção, no processo de transição para a parentalidade, era a saúde mental da puérpera, visto que esta transição é conseguida mais facilmente quando a mulher se encontra bem psicologicamente e disponível para assimilar conhecimentos que a tornem capaz de cuidar autonomamente do seu RN.

Como o período de internamento do puerpério é muito curto, tornou-se importante estar despertos para sinais de fadiga, cansaço, visto que a mulher nos primeiros dias pós-parto experimenta um turbilhão de sentimentos (felicidade, cansaço, entre outros), sendo importante estar desperto para o *blues* pós-parto ou *baby-blues* que normalmente é manifestado 4 a 5 dias após o parto. O *baby-blues* é descrito como: labilidade emocional, fadiga, inquietação, choro fácil, cefaleias, ansiedade, tristeza, raiva. Segundo Nice (2006), devíamos encorajar as puérperas a partilhar as suas alterações de humor, assim como questioná-las sobre o seu bem-estar.

Além disso, era incentivado às puérperas, aquando do regresso a casa, a realização de exercícios leves, a disponibilidade de tempo para descansar e a aceitar a ajuda para cuidar do RN (Lowdermilk e Perry, 2008).

Badaracco [et al] (2011), defende que o *baby-blues* é um transtorno normal, sendo que desaparece espontaneamente; no entanto, caso este se torne persistente, pode levar à psicose pós-parto que é uma situação mais grave, podendo ser fatal se não for tratada. A depressão pós-parto surge

como intermédia entre as duas. Na depressão pós-parto, a mulher apresenta vários sintomas tais como tristeza, inutilidade, culpa, desinteresse, o não ser capaz de se concentrar nos cuidados com o RN e com ela própria, podendo afetar 10 a 15% das mulheres.

Donaldson-Myles (2011), após uma revisão sistemática, demonstrou os efeitos da amamentação na prevenção da depressão pós-parto. Este conclui que as mães que amamentam os seus filhos têm menos propensão de vir a sofrer de distúrbios mentais após o parto. Portanto, para além das reconhecidas vantagens para o RN da amamentação, este autor vem sustentar ainda o seu efeito positivo na mulher e, por isso, esta foi incentivada e promovida ao longo do estágio.

As aulas de preparação para o parto, além de preparar a grávida/casal para o momento do parto, transmitem também conhecimentos para o puerpério, mas ainda são poucas as mulheres que frequentam as aulas. Assim, durante o internamento em Obstetrícia para além de executadas, foram também desenvolvidas competências para ensinar e encorajar os pais no período pós-parto, com o objetivo de promover a sua autonomia para cuidarem do seu RN. Durante o período de internamento, foram efetuados vários ensinamentos e reforçadas algumas informações relacionadas com os cuidados ao RN, nomeadamente sobre os cuidados de higiene, muda da fralda e os cuidados ao coto umbilical.

No local onde realizámos o estágio, o banho ao RN, bem como os ensinamentos, eram realizados no turno da manhã, de forma a facilitar a organização do serviço. Assim, neste momento, era fomentada a presença do pai não só pela interação com o RN, mas também para assimilar informação, visto que por vezes as puérperas têm alguma dificuldade devido ao seu estado físico desgastado. Neste momento eram abordados assuntos como a frequência do banho, o tipo de produtos de higiene a usar, os cuidados ao coto umbilical e os cuidados com a roupa do RN.

O banho do RN, para além de proporcionar a sua higiene, permitiu-nos fazer uma observação física e também realizar ensinamentos relativos à técnica do banho, bem como ao crescimento e desenvolvimento infantil.

No decorrer do curto tempo de internamento a mãe e o RN começam a desenvolver um processo mútuo de adaptação, sendo os mais habituais o padrão de sono e repouso e o aparecimento de eventuais cólicas.

O sono do bebê pode sofrer alterações pelas mais diversificadas causas (como por exemplo as cólicas), e esta privação é acompanhada por períodos de choro. Estas alterações criaram nos pais um sentimento de impotência, que poderão ter repercussões na capacidade da mãe em prestar cuidados ao RN autonomamente.

Aos pais era explicado que o choro no RN pode indicar diversas interpretações, dando indicação de fome, fralda molhada, necessidade de eructar, sensação de calor ou de frio, cólica ou cansaço. Aos pais eram ainda ensinadas as técnicas para acalmar o RN, técnica de posicionamento para dormir e eructar. A autoconfiança dos pais, na prestação de cuidados do RN, ia aumentando sempre que se lhes transmitia os conhecimentos e técnicas, tal como a massagem abdominal e a promoção do apoio e conforto da mãe. Tudo isto era feito, confortando os pais, explicando-lhes que são situações normais. Nesta transmissão de conhecimentos nunca era descurada a importância da adesão dos pais ao PNV, da realização do diagnóstico precoce de doenças metabólicas - Teste de Guthrie - bem como, a importância das consultas de desenvolvimento infantil. Ainda no serviço, foram administradas ao RN as vacinas referentes ao primeiro mês de vida (BCG, vacina contra a tuberculose e a primeira toma da vacina da hepatite B) após conhecimento e consentimento dos pais. Pelas situações vivenciadas, podemos constatar que as mães abordadas sobre esta situação demonstravam um grande interesse e receptividade sendo também era neste momento que se efetuavam ensinamentos sobre as vacinas, bem como as possíveis complicações.

Como já referido anteriormente, nos internamentos sem complicações, as mães eram instruídas para a importância da realização do vulgarmente denominado teste do pezinho (Teste de Guthrie) e da correta aplicação de cuidados de saúde primários. Por outro lado, quando era necessário um internamento mais prolongado (com um intervalo de três a seis dias), realizava-se no serviço o diagnóstico precoce com os respetivos ensinamentos inerentes.

Porém, o RN está sujeito a várias complicações. Entre as mais frequentemente vivenciadas, podemos dar ênfase à hipoglicemia e ao gemido respiratório. O tratamento de hipoglicemia era indicado pelo pediatra e passava pela administração por via oral de leite adaptado, nos

casos menos graves, e com o recurso de soro glicosado nos casos mais preocupantes. Por sua vez, o tratamento do gemido respiratório passava por uma supervisão mais apertada, sob a fonte de calor e a alimentação. Nos casos de gemido respiratório mais prolongado, a intervenção passava pela oxigenioterapia prescrita pelo pediatra, no entanto, nunca foi preciso recorrer a esta técnica.

A icterícia no RN foi a situação clínica mais vivenciada no serviço de Obstetrícia. Quintas e Silva (2010), definem-na como uma coloração amarelada da pele e mucosas por deposição de bilirrubina, o que se verifica quando esta excede os 5mg/ml no sangue. Esta situação ocorre em cerca de 60% dos RN, sendo que habitualmente surge, depois das vinte e quatro horas de vida. Uma vez ocorrendo antes desse período é considerado patológica, habitualmente provocada por incompatibilidade sanguínea ou infecção.

A icterícia diagnosticada precocemente implica um conhecimento aprofundado da fisiopatologia, nomeadamente os mecanismos de desequilíbrio entre a produção e a excreção de bilirrubina, bem como os seus fatores de risco.

O local onde desenvolvi o estágio possui um bilirrubinómetro transcutâneo que calcula uma estimativa da bilirrubina sérica, sendo a monitorização indolor e não invasiva.

A monitorização da bilirrubina transcutânea, combinada com fatores de risco, prediz até que ponto existe a necessidade de realizar fototerapia.

O serviço dispõe de um protocolo de fototerapia, onde menciona os principais cuidados a ter, de acordo com as recomendações internacionais, como o posicionamento do RN, a necessidade de evitar exposição ocular à luz UV, a avaliação da temperatura corporal, bem como a correta alimentação. Enquanto estudante do MESMO, a vigilância do RN passava pela coloração da pele e mucosas, e quando a monitorização da bilirrubina transcutânea e o estabelecimento do risco apresentavam valores acima dos de referência era contactado o pediatra ou o neonatologista e comunicava-se a situação. Caso se confirmasse risco elevado, o RN era puncionado para realizar colheita de sangue, para determinação de bilirrubina sérica, se este valor indicasse necessidade de tratamento, este era prescrito pelo médico.

Sempre que possível, o tratamento era realizado na unidade da puérpera, para que a mãe permanecesse sempre junto do RN e cuidasse dele, nomeadamente nas mudas de fralda e amamentação, interrompendo o tratamento intermitente (3 em 3 horas).

As recomendações do American Academy of Pediatrics (AAP) são seguidas pelo serviço de obstetrícia, para o diagnóstico e tratamento da icterícia neonatal, sendo que este exige uma cooperação estrita com os outros profissionais de saúde, nomeadamente com os pediatras e os neonatologistas. Enquanto estudante do MESMO, assumimos um papel de enorme importância no diagnóstico precoce de icterícia neonatal, bem como na correta aplicação do tratamento estabelecido, normalmente a fototerapia, como também na tranquilização dos pais, em relação a esta situação, uma evolução que habitualmente se revela benigna.

Ao longo do módulo foram vivenciadas situações de icterícia neonatal, onde tivemos oportunidade de desenvolver intervenções como instruir a mãe para a monitorização da temperatura corporal, para o posicionamento correto do RN, ensinar o funcionamento do equipamento além de fornecer suporte emocional.

Era também foco da nossa atenção a instrução do padrão de eliminação intestinal e vesical do RN, relativamente ao número habitual de micções e dejeções, bem como às suas características.

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008), se o RN estiver a ser bem alimentado, apresenta entre 6 a 8 mudas de fralda com urina, sendo que 4 contêm dejeções. Esta informação servia de forma a tranquilizar a mãe em relação à amamentação.

Cordeiro e Carvalho (1990), defendem que o leite materno é, indiscutivelmente, o melhor alimento para o RN e a sua promoção deve ser uma preocupação de todos os que se dedicam à Saúde Materna.

Wong (1999) corrobora esta ideia, dizendo que o leite materno constitui a forma mais perfeita de nutrição do RN, sendo provavelmente o benefício mais importante, além da qualidade do leite, o estreito relacionamento mãe-filho.

Fazendo então a continuidade de cuidados do bloco de partos, foi-nos possível implementar intervenções relacionadas com a amamentação, no sentido de promover o aleitamento materno. Assim, a primeira mamada

era realizada no bloco de partos, apoiada pela EESMO; o período de internamento era o momento de consolidação de conhecimentos, no intuito de preparar a mãe para a alta. Nesta fase da vida, as puérperas encontravam-se com muitas dúvidas, medos e dificuldades, pelo que necessitavam de um acompanhamento de forma a transmitir segurança e autoconfiança às mães. Assim, nesta fase, enquanto estudante, tivemos a oportunidade de planejar e implementar intervenções para o processo de aleitamento correto; estas intervenções passavam por indicar o horário das mamadas e sinais de pega eficazes, bem como o posicionamento.

Com o conhecimento de que o leite materno é o melhor para o RN, reconhecendo todos os seus benefícios, enquanto estudante, por vezes deparávamo-nos com algumas dificuldades por parte das puérperas, no que respeita à técnica da amamentação, mas também em relação a mitos e medos relacionados com a mesma. Frequentemente as puérperas demonstravam receio de que o leite materno não era suficiente para o RN e, enquanto estudante de ESMO, a nossa atuação era no sentido de desmitificar alguns destes medos, fazendo ensinamentos sobre os sinais de fome do RN e no encadear do momento eram também realizados ensinamentos relativos à estimulação da produção do leite, como amamentar o RN em horário livre, esvaziar a mama até ao fim, alternar as mamas nas mamadas, despertar bem o RN antes de o colocar à mama (Saraiva, 2010).

As complicações mais comuns na amamentação prendiam-se com os mamilos dolorosos / fissuras mamilares o ingurgitamento mamário. Aquando da presença de mamilos dolorosos / fissuras mamilares, as puérperas eram instruídas a fazer a expressão de gotas de colostro no final da mamada para hidratar o mamilo e no sentido de promover a cicatrização e arejar o mamilo, se possível assim corrigida a pega (Pereira, 2000).

O ingurgitamento patológico é caracterizado pela distensão tecidual excessiva e conseqüente aumento no tamanho das mamas com presença de dor, hiperemia local, edema mamário e mamilos rasos que dificultam a pega do recém-nascido. A puérpera poderá apresentar grande desconforto, febre e mal-estar. O ingurgitamento mamário pode evoluir para mastite, um processo infeccioso agudo das glândulas mamárias, com achados clínicos como inflamação, febre, calafrios, mal-estar geral, astenia, prostração, abscessos mamários e septicemia (Saraiva, 2010).

Nesta situação devemos desenvolver intervenções no âmbito de instruir a puérpera a manter a amamentação para o equilíbrio entre a produção e o consumo, reforçar os ensinamentos sobre as mamadas frequentes e de mamar livre, verificar a pega do RN e incentiva-la a colocar compressas frias, uma vez que o frio provoca uma vasoconstrição temporária que leva a diminuição do fluxo sanguíneo, do edema e da drenagem linfática, tendo como efeito uma menor produção de leite.

Desde o momento de admissão da puérpera e do RN no serviço de Obstetrícia as intervenções de enfermagem visavam recuperar a mãe, bem como capacitá-la para cuidar do RN autonomamente em casa. Assim, desde esse momento começa-se a delinear o plano de alta, ajustando-se às necessidades de cada puérpera. Nesse sentido, realizavam-se ensinamentos para o regresso a casa referentes, aos cuidados de higiene, sinais de complicações maternas e neonatais, atividade sexual e contraceção, aspetos nutricionais e exercício físico (Lowdermilk e Perry, 2008).

De acordo com os autores supracitados, era importante orientar a puérpera a iniciar a atividade sexual até à consulta de revisão de puerpério, que deverá ocorrer entre as quatro e seis semanas após o parto, visto que a ovulação pode ocorrer antes dessa consulta podendo surgir uma gravidez não desejada. Por esse motivo, as puérperas também eram alertadas para a importância do uso de contraceção, mesmo amamentando. Enquanto aluna, tivemos oportunidade de trabalhar a desmistificação de alguns mitos existentes a este respeito, explicando às puérperas a possibilidade do uso de um contraceptivo oral por esse período.

Outros aspetos abordados no momento da alta, relacionados com o RN, eram ensinamentos sobre o uso de cadeira para transporte do RN no carro, bem como o seu funcionamento, (ensinamentos relacionados com a prevenção de acidentes, e na saída do serviço o RN era transportado obrigatoriamente na *babycoc*), prevenção de quedas, queimaduras, entre sinais de alerta de doença como hipotermia ($<36^{\circ}\text{C}$); hipertermia ($>38^{\circ}\text{C}$), diminuição do apetite (recusa alimentar), diminuição do débito urinário (não urina durante dezoito a vinte e quatro horas), vômitos, diarreia, choro inconsolável; obstipação, cianose, letargia ou exsudado sanguíneo ou purulento do cordão umbilical (Lowdermilk e Perry, 2008).

Na preparação para a alta, a puérpera era informada dos serviços de saúde que tinha ao seu dispor, nomeadamente centros de saúde, ou USF, que lhe proporcionavam avaliação da puérpera, do RN e ambiente familiar, determinando uma adaptação fisiológica desta transição. Era também facultado o contacto da linha do cantinho de amamentação que está disponível vinte e quatro horas por dia, bem como facultando a informação do grupo de recuperação pós-parto existente no serviço de fisioterapia.

A par da transmissão de todas as competências que o EEESMO deve promover junto da mulher, para que ela faça a transição para o seu novo papel de mãe e o execute de forma saudável, a relação que estabelece com ela ao longo de todo o internamento é crucial. Como refere Lundgren [et al] (2007), a disponibilidade, a confiança, reciprocidade e a individualidade dos cuidados a cada mulher favorece a sua entrega à aprendizagem e aumenta a sua participação.

Durante todo o internamento, que, por vezes, é muito curto tentou-se sempre que a puérpera adquirisse competências para tratar de si e do seu filho autonomamente, para preparar a chegada a casa. Os cuidados puerperais têm por objetivo avaliar o estado de saúde da mulher e do RN como também o retorno às condições pré-gravídicas. Além disso, visam encorajar e apoiar a amamentação; avaliar a interação da mãe com o recém-nascido; identificar situações de risco ou intercorrências; complementar ou desenvolver ações não executadas no pré-natal; e ainda, orientar sobre o planeamento familiar e os cuidados básicos com o RN. Assim no dia da alta a enfermeira responsável pelas altas está presente na sala das altas onde o obstetra faz a observação física da puérpera e a enfermeira estando presente reforça os ensinamentos a ter com a episiorrafia, bem como com as mamas e instruindo a puérpera para a marcação da consulta de revisão do puerpério 4-6 semanas pós parto, bem como a importância do reinício da toma do contraceutivo e do início da atividade sexual.

Após esta descrição sobre como desenvolvemos e adquirimos as competências como EEESMO, dizemos que o ideal de cuidados passa pelo acompanhamento da mulher, desde o início da sua gravidez, parto e pós-parto, com o mesmo enfermeiro especialista, para que esta relação se estabeleça e produza resultados positivos.

2. DEAMBULAÇÃO E POSIÇÃO MATERNA DURANTE O TRABALHO DE PARTO - REVISÃO INTEGRATIVA

2.1. Introdução ao Problema

Inúmeros papiros egípcios, pinturas rupestres ou esculturas da antiguidade atestam que a mulher sempre procurou instintivamente posturas verticalizadas na hora do parto. A sua horizontalização adveio com os cirurgiões obstétricos e a assistência generalizada das parteiras. E de facto, nos dias de hoje, nos países desenvolvidos, assistimos ao parto com a maioria das mulheres deitadas na cama. No entanto, não existem evidências comprovativas de qualquer benefício para as parturientes associadas a esta posição, mas é contudo mais conveniente para os profissionais. Pelo contrário, atualmente surgem estudos que hipotetizam efeitos adversos da posição horizontal sobre a dinâmica uterina e progressão do TP, por diminuição da perfusão uteroplacentária (Silva [et al], 2007); (Lawrence, [et al], 2009).

É neste contexto que surge o presente estudo, que objetiva esclarecer os efeitos da deambulação e das posições verticais na evolução do primeiro período de TP, na mulher primípara, apurando os seus benefícios e adversidades, bem como a pertinência da sua aplicabilidade na prática do EEESMO no sentido da humanização* dos cuidados e da satisfação das expectativas da mulher na vivência do seu parto.

*o termo humanização é aplicado àquelas dimensões em que, além de valorizar o cuidado em dimensões técnicas e científicas, reconhecem-se os direitos do paciente, respeita-se a sua individualidade, a sua dignidade, a sua autonomia e a sua subjetividade (Almeida [et al], 2009).

Estudos randomizados revelam que as posturas verticais durante o trabalho de parto e parto oferecem vantagens tanto do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos quando comparado à litotomia dorsal devendo, portanto, serem adotadas preferencialmente na assistência ao parto. A mulher pode adotar a postura em que se sentir mais confortável (ereta ou sentada, de cócoras, de quatro ou de mãos Joelho e em decúbito lateral esquerdo), e o profissional que a assiste deve conhecer as vantagens e desvantagens de cada uma delas. A posição de litotomia deve ser reservada somente aos partos por cesariana por restringir a perfusão útero-placentária (síndrome da hipotensão supina) podendo levar à acidemia fetal (Silva [et al], (2007).

2.2. Método

O presente estudo tem subjacente uma abordagem qualitativa e consiste na identificação e exploração de conteúdo de artigos sobre as intervenções associadas aos efeitos da deambulação e das posições verticais na evolução do primeiro período de TP, na mulher primípara e suas implicações nos seus *outcomes*. Foi adotada uma metodologia de revisão integrativa da literatura, que, de acordo com Mendes [et al], (2008) consiste num método de pesquisa que permite a busca, avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema, tendo como finalidade o estado atual do conhecimento, a implementação de intervenções na prática, bem como a identificação de limitações passíveis de desenvolvimento em futuras pesquisas.

Esta metodologia constitui um instrumento da prática baseada na evidência, a qual consiste numa abordagem que encoraja o desenvolvimento e/ou utilização de resultados de pesquisas na prática clínica. A pertinência da revisão integrativa da literatura insere-se na grande diversidade, quantidade e complexidade de informações na área da saúde, o que motiva a necessidade de produção de métodos de revisão de

literatura, entre os quais se destaca a revisão integrativa, que orienta a prática profissional, e o cuidado clínico fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência científica (Mendes [et al.], 2008).

De acordo com Souza [et al] (2010), são seis as fases do processo de elaboração da revisão integrativa: a elaboração da pergunta orientadora; a pesquisa na literatura; a colheita de dados, a análise crítica dos estudos incluídos; a discussão dos resultados e a apresentação da revisão integrativa, sendo esta a linha orientadora do nosso estudo.

Assim, a temática nomeada tem como intuito contribuir para a clarificação do conhecimento em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no que concerne aos efeitos da posição materna na evolução e *outcomes* do TP e parto, da qual derivou a seguinte questão de investigação: **Quais os efeitos da deambulação e das posições verticais na evolução do primeiro período de TP, na mulher primípara?**

O primeiro período do TP, designado de dilatação do colo uterino, inicia-se com a instalação de contrações uterinas regulares e rítmicas e termina com a dilatação completa, a qual, em algumas múltíparas pode ocorrer em uma hora, mas nas primíparas é raramente conseguida em menos de 20 horas. Este divide-se em três fases: a fase latente (caraterizada pela dilatação do colo uterino até aos 4 cm e contrações em intervalos de 10 a 15 minutos) a fase ativa (caraterizada por dilatação dos 4 aos 8 cm e contrações em intervalos de 2 a 3 minutos) e a fase de transição (caraterizada pelos 8 a 10 cm de dilatação e contrações uterinas em intervalos de 1 a 2 minutos) (Lowdermilk e Perry, 2008).

A evolução destas três fases é variável e específica para cada mulher, pelo que, com este estudo, pretende-se determinar a influência da deambulação e das posições verticais neste processo e estabelecer a sua eficácia ao longo do TP.

O acesso à evidência foi possibilitado pela pesquisa de publicações catalogadas nas bases de dados: MEDLINE, ELSEVIER, NURSING REFERENCE CENTER, a COCHRANE Database of Systematic Reviews, através da plataforma EBSCO host e a PUBMED, entre Dezembro de 2013 e Julho de 2014.

Definimos como critério de inclusão, a disponibilidade de artigos originais sobre a temática, gratuitamente publicados *on-line* e em *full text*,

nos idiomas de português, inglês e espanhol, entre 2009 e 2014, mencionando mulheres primíparas no primeiro período de TP, concernentes a estudos randomizados ou revisões sistemáticas da literatura, consequentes da pesquisa baseada nos seguintes descritores: “*Maternal Position*”, “*Labour*” e “*Deambulation*” e nas suas combinações, de acordo com o figurado na tabela 1. Os critérios de exclusão abrangeram os estudos que não atendessem aos precedentes critérios de inclusão.

2.3. Análise dos Resultados

A tabela 2 descreve a pesquisa efetuada nas bases de dados, que conduziu ao levantamento dos artigos estudados.

Busca	Base de Dados	EBSCOhost		PUBmed	
	Descritores	Artigos encontrados	Artigos selecionados	Artigos encontrados	Artigos selecionados
1.	Maternal Position During Labour	38	2	712	2
2.	Walking OR Deambulation AND Labour	92	2		
3.	R AND L	18	1	10	0

Tabela 2: Estratégia de pesquisa nas bases de dados

A identificação e a caracterização dos 7 artigos incluídos na presente revisão integrativa encontra-se representada na tabela seguinte, a qual documenta as informações dos estudos selecionados, especificando o país de origem, os autores, o título, o ano de publicação, e classifica os artigos quanto ao objetivo, ao tipo, ao local do estudo e ao nível de evidência.

Estudo	Título / objetivo	Resultados
<p>Lawrence, [et. al] Austrália, 2009 Revisão Literatura Nível de evidência I</p>	<p><i>Maternal positions and mobility during first stage labour.</i></p> <p>Avaliar os efeitos de incentivar as mulheres a assumir diferentes posições verticais (incluindo caminhar, posição de sentada, em pé e ajoelhada) versus posições reclinadas (supino, semi-inclinada e laterais) durante o primeiro estadio do TP, no tempo de TP, tipo de parto e outros resultados importantes para mães e bebês.</p>	<p>No mundo desenvolvido é mais comum as mulheres darem à luz deitadas na cama. Não há evidências de que esta posição esteja associada a qualquer vantagem para as mulheres, sendo, no entanto, conveniente para os profissionais de saúde. Diversos estudos observacionais têm sugerido que, se as mulheres se encontram deitadas em decúbito dorsal durante o TP, esta posição pode ter efeitos adversos sobre a dinâmica uterina, sobre as contrações dificultando o progresso do TP.</p> <p>A revisão incluiu 21 estudos com um total de 3.706 mulheres e concluiu que, em geral, a primeira etapa de trabalho de parto foi aproximadamente uma hora mais curta para as mulheres que adotaram a posição vertical em oposição às mulheres que adotaram posições reclinadas. As mulheres randomizadas para posições verticais foram menos propensas a terem analgesia por via epidural. Os resultados foram inconclusivos relativamente à satisfação materna no que concerne às posições verticais ou reclinadas.</p> <p>Há evidência de que as posições verticais contribuem para a diminuição da duração do TP e não parecem estar associadas ao aumento do intervencionismo ou efeitos negativos para o bem-estar materno ou do RN, pelo que, durante a primeira etapa do TP, as mulheres devem ser incentivadas a assumir qualquer posição que acharem mais confortável.</p>

<p>Mamede, [et. al] Brasil, 2007 Estudo Quase- Experimental Nível de evidência II</p>	<p><i>O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto</i></p>	<p>Analisar a associação entre a deambulação e a duração da fase ativa do trabalho de parto.</p>	<p>Este estudo recorreu a uma metodologia analítica de intervenção do tipo quase experimental, incluindo 80 parturientes primíparas, admitidas em trabalho de parto espontâneo, no início da fase ativa. Os instrumentos de recolha de dados consistiram no podómetro para medir a distância percorrida em metros, a Escala Visual Numérica de dor, e um formulário para o registo de dados. Os resultados revelaram que as participantes percorreram uma distância média de 1.624 metros, ou seja, 63,09% da fase ativa do trabalho de parto num tempo médio de 5 horas. Verificou-se que a deambulação durante as três primeiras horas da fase ativa está associada a um encurtamento do trabalho de parto, sendo que a cada 100 metros percorridos ocorreu uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda hora e 6 minutos na terceira hora.</p>
<p>Kripke, USA, 2010 Revisão Literatura Nível de evidência I</p>	<p><i>Upright VS Recumbent Maternal Position During First Stage of Labour.</i></p>	<p>Durante a primeira fase do TP, perceber qual o efeito do posicionamento materno na duração do primeiro estadio do TP, no tipo de parto, na satisfação materna e nos <i>outcomes</i> maternos e neonatais, comparando as posições verticais com as posições reclinadas.</p>	<p>As posições verticais incluem as posições de sentada, em pé, a deambular ou ajoelhada. As mulheres mantidas nestas posições tiveram uma redução do primeiro estadio do TP em cerca de menos uma hora e foram menos propensas a ter analgesia epidural do que as mulheres mantidas nas posições de supino ou reclinadas. Não se verificaram diferenças no tipo de parto e os resultados foram inconclusivos no que concerne à satisfação materna e <i>outcomes</i> maternos e neonatais.</p> <p>A posição apoiada nas mãos e joelhos pode ser eficaz na redução da dor lombar, mas não existem evidências que comprovem o seu benefício nos <i>outcomes</i> do TP, nomeadamente na rotação da apresentação em occipito-posterior para occipito-</p>

anterior. Assim, as mulheres devem ser encorajadas a manter a posição que considerarem mais confortável.

A deambulação durante o TP ajuda a mulher a lidar com a dor aguda da contração enquanto contribui para o posicionamento fetal na pelve feminina e para a sua progressão no canal de parto. A dor das contrações pode orientar a mulher durante o TP, dado que ela vai-se movendo de acordo com o que sente, procurando o maior conforto à medida que as contrações vão ficando mais fortes e dolorosas. O movimento ajuda na progressão do TP, e quando a mulher é capaz de gerir o desconforto das contrações, maior quantidade de ocitocina é libertada contribuindo assim para a progressão do TP. O movimento em resposta à dor também protege o feto e o canal de parto, principalmente durante o período expulsivo. A deambulação durante o primeiro período do TP e a mudança de posição durante o TP contribuem para o seu encurtamento, para um eficaz alívio da dor da contração, para uma menor frequência de CTG não tranquilizador, e menores taxas de cesariana, fórceps ou ventosas, bem como menor trauma perineal e menor perda hemática durante o TP.

É possível que a deambulação durante o primeiro período do TP possa encurtar a sua duração, mas não existem pesquisas científicas sobre os outcomes do TP em mulheres que deambulam, e não existem evidências suficientes que recomendem a deambulação no sentido de acelerar o TP.

No entanto, recomenda-se que a mulher em TP deva ser apoiada a mover-se e encontrar a posição mais confortável para ela.

Safe, Healthy Birth: What Every Pregnant Woman Needs to Know.

Consciencializar as mulheres grávidas para os benefícios e riscos do parto hospitalizado, dado que apesar de toda a tecnologia e da capacidade da ciência médica para gerir graves problemas de saúde, a corrente de cuidados na saúde materna nem sempre está em conformidade com a melhor evidência disponível, aumentando os riscos das grávidas saudáveis e dificultando o TP seguro e saudável.

Japan Academy of Midwifery: 2012 evidence-based guidelines for midwifery care during childbirth.

Estes autores desenvolveram um estudo sobre a orientação de cuidados baseados em

Lothian
USA, 2009
Revisão Literatura
Nível de evidência I

Kataoka, [et al]
Japão, 2012
Revisão Literatura
Nível de evidência I

evidências para mulheres de baixo risco e seus recém-nascidos. As 29 questões envolvidas no questionário eram alvo de explicação e corretamente documentadas. Com isto os autores fornecem um instrumento orientador para a prática do EEESMO.

A posição de joelhos e apoio nas mãos é eficaz no alívio do desconforto lombar e muitas mulheres referem querer usá-la novamente num próximo TP. Não existem registos de nenhum dano para a mãe ou feto no uso desta posição.

Role of deambulation during labour: A prospective randomized study

Avaliar os efeitos da deambulação durante o primeiro período do trabalho de parto, sobre a duração do trabalho de parto e outros resultados maternos e infantis

Existem ainda poucos estudos acerca dos benefícios da deambulação durante o trabalho de parto.

Este estudo (prospetivo e randomizado) envolveu duzentas grávidas sem complicações e foram divididas aleatoriamente em dois grupos: o primeiro grupo incluía cem parturientes que estavam autorizadas a deambular (até 6 cm de dilatação) e o segundo grupo incluía as parturientes que estavam apenas confinadas à cama em decúbito dorsal ou lateral.

As conclusões deste estudo demonstraram vários benefícios recorrendo à deambulação no progresso do trabalho de parto, conforto materno e resultados materno-fetal. Entre esses benefícios podemos destacar a redução significativa da duração do primeiro período do TP, da intensidade da dor, do consumo da ocitocina, a taxa de parto por cesariana ou instrumental. A posição vertical leva ainda a um melhor resultado materno (7% de efeitos secundários versus 13%) e a um melhor resultado fetal (melhoria ao nível da pontuação de Apgar).

Ben Regaya, [et al]
Paris, 2012
Estudo randomizado
Nível de evidência II

What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning?

**Priddis H., [et al]
Austrália, 2011
Revisão de Literatura
Nível de evidência I**

O objetivo da realização deste estudo foi efetuar uma revisão da literatura relatando a implicação das posições no TP, no bem-estar materno e perinatal, e os fatores que facilitam ou inibem as mulheres que adotam várias posições de nascimento em todo o primeiro período do TP.

Esta revisão teve a sua principal designação na identificação de literatura relevante para responder à questão levantada pelos autores. Para isso recorreram a pesquisa da literatura dos últimos 15 anos presente nas seguintes bases de dados: CINAHL, CIAP, the Cochrane Database of Systematic Reviews, Medline, Biomed Central, OVID and Google Scholar.

Com esta revisão os autores observaram os benefícios físicos e psicológicos para as mulheres quando estas são capazes de adotar posições fisiológicas no TP e nascimento numa posição vertical à sua escolha. As mulheres que utilizam posições verticais durante o TP, tem uma duração mais curta do primeiro período, têm menos intervenções médicas e relataram menos dores e uma maior satisfação com a sua experiência de parto, versus as mulheres que adotaram uma posição semi-reclinada ou decúbito dorsal / litotomia. Os autores afirmaram haver uma falta de investigação sobre os fatores e / ou práticas dentro do atual sistema de saúde que facilitassem ou inibissem as mulheres a adotar várias posições durante o trabalho de parto. As preferências por posições, e as filosofias de profissionais de saúde, também são relatados para terem impacto sobre a posição que as mulheres adotam durante o parto. Concluiu-se que as evidencias positivas do impacto do uso da posição vertical no TP de parto não estão muito bem explicadas havendo assim a necessidade de se proceder a novos estudos.

2.4. Discussão

Desde os primórdios da Humanidade a mulher sempre procurou instintivamente uma postura verticalizada na hora de parir, movimentando-se, experimentando diversas posições no primeiro período do TP e evitando o decúbito dorsal.

As posições verticais incluem as posições de sentada, em pé, a deambular ou ajoelhada.

O decurso de horizontalização do parto processou-se concomitantemente com a sua medicalização sob influência da escola obstétrica francesa, liderada por François Mauriceau no século XVII, com a generalização do atendimento obstétrico proporcionado pelas parteiras e cirurgiões obstétricos, e introdução dos fórceps e da episiotomia por volta de 1920, tornando o parto em litotomia dorsal uma prática de eleição na Obstetrícia Ocidental (Silva [et al], (2007).

No entanto, perspetivando um olhar histórico sobre esta prática, facilmente se percebe que sempre foi contestada por defensores da deambulação e da opção por posições verticais. Silva [et al], (2007) remonta às publicações do próprio François Mauriceau datadas de 1668 “... *as mulheres sempre tiveram trabalhos de parto mais difíceis quando permaneceram demasiado tempo nas suas camas durante o trabalho de parto (...) do que quando lhes foi permitido andar e movimentar-se (...) pois desta maneira, o peso da criança, estando a mulher de pé, faz com que o orifício interno do útero se dilate mais cedo do que na cama, as suas dores sejam menos fortes e frequentes, e o seu trabalho de parto muito mais curto*”.

Estas considerações remetem-nos para a importância do movimento e da deambulação na evolução do primeiro período do TP e no conforto materno e fetal durante este processo. Em simultâneo, consciencializamo-nos da sua atualidade e pertinência nos dias de hoje, em que a maioria das mulheres em TP permanece deitada na cama e é impedida de deambular,

principalmente as mulheres que requerem analgesia por via epidural, o que, de acordo com as evidências mais recentes, não constitui uma prática de eleição na assistência à mulher em TP.

Fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o TP, pois o útero contrai-se muito mais eficazmente, o fluxo sanguíneo através da placenta é mais abundante, o TP torna-se mais curto e a dor é menos intensa (La Fuente, 2000). O estudo de Mamede [*et al*], (2007), realizado com a finalidade de esclarecer como deve ser a deambulação para obter benefícios durante o TP, analisou o TP de 80 primigestas e verificou que a deambulação durante as três primeiras horas da fase ativa do TP está associada a um encurtamento do trabalho de parto, sendo que a cada 100 metros percorridos pela parturiente, ocorreu uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda hora e 6 minutos na terceira hora. As parturientes que deambularam uma distância maior, durante as três primeiras horas da fase ativa, tiveram uma redução na duração do trabalho de parto, associação essa que deixa de ocorrer a partir da quarta hora, do que se deduz que a maior influência da deambulação, na duração do TP, ocorre nas três primeiras horas.

A avaliação do efeito da deambulação e da rutura da bolsa amniótica, quer seja espontânea ou artificial, e do uso da ocitocina, aponta que tais variáveis (rutura de membranas e uso de ocitócito) não tiveram significância em relação à duração da primeira fase do trabalho de parto (Mamede [*et al*], (2007)).

É de salientar que este estudo teve uma adesão de 100% das participantes, em que nenhuma desistiu, o que se explica que possa estar relacionado com o suporte contínuo oferecido, uma vez que uma das investigadoras acompanhou todas as mulheres, em toda a fase ativa do TP, incentivando-as a deambular e fornecendo orientações sobre o processo de TP. Outro dado de relevância observado nesse estudo refere-se ao facto de que 57,5% das participantes interromperam a deambulação somente quando apresentaram uma dilatação cervical média de $8,36 \pm 1,33$ cm, no momento em que já se encontravam em fase de transição para o segundo período do TP, o que contrapõem a ideia de que a partir da segunda metade

da primeira fase do TP as parturientes se cansam ou desmotivam da deambulação (Mamede [et al], (2007)).

Assim, as mesmas autoras consideram que a deambulação tem um papel extremamente importante em todo o processo de TP, dado que os ossos da pelve são destinados a proteger e guiar o feto ao longo do canal de parto. A bacia óssea é mantida por um sistema de ligamentos, os quais, durante a gravidez, relaxam devido à influência da hormona relaxina, conferindo maior flexibilidade das articulações pélvicas, e, por conseguinte, aumento significativo do espaço no interior da bacia pélvica, especialmente quando a parturiente se movimenta e muda a posição corporal, pelo que é uma prática que deve ser incentivada.

Além disso, a deambulação durante o TP ajuda a mulher a lidar com a dor aguda da contração enquanto contribui para o posicionamento fetal na pelve feminina e para a sua progressão no canal de parto. A dor das contrações pode orientar a mulher durante o TP, dado que ela vai-se movimentando de acordo com o que sente, procurando o maior conforto à medida que as contrações vão ficando mais fortes e dolorosas. O movimento ajuda na progressão do TP, e quando a mulher é capaz de gerir o desconforto das contrações, uma maior quantidade de ocitocina é libertada o que também contribui para a progressão do TP. O movimento em resposta à dor também protege o feto e o canal de parto, principalmente durante o período expulsivo. A deambulação durante o primeiro período do TP e a mudança de posição durante o mesmo contribui para o seu encurtamento, para um eficaz alívio da dor da contração, para menor frequência de CTG não tranquilizador, e menores taxas de cesariana, fórceps ou ventosas, bem como menor trauma perineal e menor perda hemática durante o TP (Lothian, 2009).

Deambulando durante o TP, a mulher permanece em posição vertical, o que por ação da gravidade se torna vantajoso para a progressão do mesmo. Silva [et al], (2007) referem autores cujos estudos, ao longo dos anos, comprovaram cientificamente estes preceitos, como Caldeyro-Barcia [et al], (1960) que comprovaram que as mulheres na posição vertical apresentavam contrações uterinas mais rítmicas, intensas e eficientes do que em decúbito; ou Mendez-Bauer [et al], (1975) que comprovaram um aumento de 25-30 mmHg na pressão intra-amniótica devido apenas ao

efeito gravitacional da postura vertical, o que, tendo em consideração que os esforços involuntários do período expulsivo contribuem cada um com cerca de 40 a 50 mmHg na pressão intra-amniótica, o que nos leva a concluir que a postura verticalizada representa uma economia de 30 a 40% no esforço materno na hora do parto; ou Read [et al], (1981) que atestaram que o estímulo proporcionado pela deambulação é capaz de exercer o mesmo efeito da administração intravenosa de ocitócicos; e finalmente Michel [et al], (2002), evidenciaram, através da pelvimetria óssea obstétrica realizada por Ressonância Nuclear Magnética, que nas posições verticais (cócoras, sentada e de mãos-jelho) ocorre um aumento significativo dos diâmetros interespinhoso, intertuberoso e cocci-subpúbico em relação ao decúbito, sugerindo uma maior facilidade no TP.

A posição vertical na mulher em TP faz com que as suas pernas funcionem como uma alavanca para a pelve, o que facilita a abertura do estreito inferior, tornando-a uma passagem mais fácil para o feto. Desta forma, favorece um aumento de 28% no espaço interior do estreito inferior da bacia pélvica; por outro lado a preferência das mulheres por uma postura vertical demonstra as suas capacidades instintivas para adotar posturas mais fáceis e efetivas de dar à luz (Mamede [et al], (2007)).

Contudo, Lawrence [et al], (2009) consideram que, atualmente, a maioria das mulheres continua a dar à luz deitadas na cama. Mesmo na ausência de evidências que associem esta posição a qualquer vantagem para as mulheres, ela continua a ser praticada por ser mais conveniente para os profissionais. Os autores referem estudos observacionais que sugerem que, se as mulheres se encontram deitadas sobre as costas durante o TP, esta posição pode ter efeitos adversos sobre a dinâmica uterina, sobre as contrações e assim dificultar o progresso do TP.

As posições verticais, além das vantagens proporcionadas pela gravidade e conseqüente aumento dos diâmetros pélvicos, promovem a retificação do canal de parto e alinhamento fetal na bacia, maximizando os esforços expulsivos e promovendo a progressão fetal (Silva [et al.], (2007)).

De acordo com a revisão de Lawrence [et al] (2009), em geral, a primeira etapa do TP foi aproximadamente uma hora mais curta para as mulheres que adotaram a posição vertical em oposição às mulheres que adotaram posições reclinadas, além de que foram menos propensas a ter

analgésia epidural. Estes achados constituem por isso evidências de que as posições verticais contribuem para a diminuição da duração do TP.

As mulheres mantidas nestas posições tiveram uma redução do primeiro período do TP em cerca de uma hora e foram menos propensas a recorrer à analgesia epidural do que as mulheres mantidas nas posições de supino ou reclinadas. Não se verificaram diferenças no tipo de parto e os resultados foram inconclusivos no que concerne à satisfação materna e *outcomes* maternos e neonatais (Kripke, 2010).

Ben Regaya [*et al*] (2012), no seu estudo, envolvendo 100 grávidas que estavam autorizadas a deambular até apresentarem 6cm de dilatação e outras 100 grávidas que estavam confinadas à cama em decúbito dorsal ou lateral, conclui que o recurso à deambulação era sinónimo de vários benefícios, entre os quais podemos destacar a redução significativa da duração do primeiro período do TP, da intensidade da dor, do consumo de ocitocina e ainda a taxa de parto por cesariana ou instrumental. Este autor concluiu ainda que a posição materna leva a um melhor resultado materno, apenas com 7% de efeitos secundários (versus 13% na posição deitada) e ainda a um melhor resultado fetal a nível da pontuação de Apgar.

Considerada uma posição vertical, a posição de sentada ou semi-sentada (45°) em cadeiras ou bancos de parto, confere maior conforto e eficácia dos esforços expulsivos, mas está associada a significativo aumento do edema vulvar, do risco de perda hemática >500ml após o dequite (sem aumento da necessidade de transfusão), o que pode ser minimizado evitando que a parturiente permaneça sentada por períodos prolongados na 2ª fase do TP, facilitando assim o retorno venoso que previne o edema vulvar, e realizando o dequite em decúbito dorsal (Silva [*et al*], (2007).

Seguindo a revisão de literatura levada a cabo por Priddis H. [*et al*] (2011), a adoção de uma posição vertical à escolha da grávida leva a benefícios físicos e psicológicos. Utilizando as posições verticalizadas as mulheres apresentaram uma duração de TP mais curta do primeiro período do TP, sofreram menos intervenções médicas, relataram menos dores e uma maior satisfação com a experiência do trabalho de parto. Este concluiu ainda que a filosofia adotada pelos profissionais de saúde tem grandes implicações sobre as posições adotadas durante o TP.

A posição indígena ou de cócoras é característica da cultura indígena e daí transposta para a cultura ocidental, dado que é capaz de aumentar em 28% a área do plano de saída da pelve ou em 1,0 a 1,5 cm os diâmetros do estreito inferior da bacia (Russel, 1982 citado por Silva [et al], 2007).

A flexão das coxas sobre o abdómen contribui para a retificação da curvatura lombo-sagrada e rotação superior da sínfise púbica, provocando um efeito semelhante à Manobra de McRoberts sobre a distócia de ombros, mas sem os efeitos adversos da posição de supina (Gonik [et al.], 1983 citado por Silva [et al], 2007).

Além disso, os exercícios de levantar e baixar de cócoras, ensinados e realizados durante a gravidez, contribuem para o fortalecimento da musculatura perineal e dos membros inferiores. Apesar destas vantagens, esta posição nem sempre é confortável para as mulheres ocidentais, e dificulta a realização de procedimentos de recurso como a episiotomia (Silva [et al], 2007).

A Posição inglesa, de quatro, de mãos Joelho ou de Gaskin, muito popular entre as *midwives* inglesas desde a sua introdução por Puddicombe em 1958, bem como os exercícios na posição mãos-Joelhos na preparação para o parto, com a finalidade de facilitar a rotação fetal espontânea nas apresentações cefálicas occipito-sagradas ou transversas, pode facilitar o desprendimento biacromial na distócia de ombros (Manobra de Gaskin) e pode diminuir as lacerações perineais por facilitar a proteção perineal durante a deflexão cefálica (Bruner [et al], 1998 citado por Silva [et al.], 2007). No entanto não existem evidências suficientes que suportem a sua prática (Hofmey e Kulier, 2002); (Kariminia [et al], 2004) citados por (Silva [et al], 2007).

A posição apoiada nas mãos e joelhos pode ser eficaz na redução da dor lombar, mas não existem evidências que comprovem o seu benefício nos *outcomes* do TP, nomeadamente na rotação da apresentação em occipito-posterior para occipito-anterior. Assim as mulheres devem ser encorajadas a manter a posição que considerarem mais confortável (Kripke, 2010).

A confrontação destas considerações históricas continua a ter relevância pertinente na atualidade dado que, apesar das recomendações da literatura evidenciarem largas desvantagens, as taxas de TP em posição

horizontal comprovam que esta prevalece na grande maioria das maternidades, inclusive as portuguesas. Estas incluem a chamada posição francesa ou lateral esquerda ou de Sims, a qual permite a assistência ao parto em decúbito lateral esquerdo, ideal na prevenção da hipotensão ortoestática por favorecer a oxigenação fetal durante o período expulsivo, pelo que se torna uma posição de eleição no caso de desacelerações variáveis ou tardias, permitindo assim a aplicação de fórceps ou ventosa para abreviar o nascimento e CTG contínua. Não apresenta, no entanto, os benefícios gravitacionais das posições verticais (Silva [*et al*], 2007).

A posição de supina ou litotomia dorsal é desvantajosa em relação a todas as anteriores, estando associada a padrões anormais de FCF, a diminuição do Ph da artéria umbilical e diminuição da saturação de O₂ na oximetria de pulso, pelo que deve ser confinada aos partos por cesariana (Silva [*et al*], 2007).

A problemática que hoje se coloca em debate consiste na definição da estratégia a seguir no sentido da combinação dos benefícios fisiológicos e emocionais da deambulação durante o TP e opção por posturas mais adaptadas ao nascimento, com uma adequada monitorização do bem-estar fetal e da progressão do TP, geradora de maior segurança quer para a mulher em TP, quer para os profissionais envolvidos na sua assistência.

2.5. Conclusões

Após a análise e interpretação dos dados selecionados para a revisão integrativa, efetivada com o objetivo de determinar os efeitos da deambulação e da posição vertical no primeiro período de TP, passamos à extração das suas principais conclusões.

Os artigos integrados na nossa revisão permitiram-nos concluir que ao longo da história a mulher sempre procurou instintivamente uma postura verticalizada na hora de parir, movimentando-se, experimentando diferentes posições ao longo do TP e evitando o decúbito dorsal. A importância do movimento e da deambulação na evolução do TP e no

conforto materno e fetal durante este processo é uma evidência, atualmente documentada, e demonstrada na revisão bibliográfica, cujas ilações se encontram resumidas no quadro 2.

Efeitos da Deambulação e Posições Verticais no TP

1ª Fase - Dilatação

Vantagens

1. Menor duração;
2. Dores menos intensas (menor necessidade de analgesia por via epidural e/ou administração de narcóticos);
3. Menor taxa de padrões anormais da FCF registados na CTG;
4. Não altera a taxa de cesariana e resultados neonatais

Desvantagens

Dificulta a monitorização fetal durante a 1ª fase;

QUADRO 2: Vantagens e desvantagens da verticalização da 1ª fase do Trabalho de parto

Há evidência na literatura de que as posições verticais contribuem efetivamente para a diminuição da duração do TP, para o bem-estar materno e fetal, e não parecem estar associadas ao aumento do intervencionismo ou efeitos negativos para o bem-estar materno ou do RN, pelo que, durante a primeira etapa do TP, as mulheres devem ser incentivadas a assumir qualquer posição que acharem mais confortável (Lawrence [*et al*], (2009)).

Assim, consideramos que os resultados deste trabalho evidenciam a influência da deambulação e verticalização no processo de TP, pelo que devem ser disponibilizados às mulheres, principalmente às grávidas, de forma a capacitá-las para estas práticas, bem como a familiariza-las com as mesmas, dado que essa consciencialização pode contribuir para a tomada

de decisão e definição do seu plano de parto, no sentido de definir as escolhas a fazer para ter o TP que idealiza e deseja.

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

Uma sequência de ações e situações vivenciadas permitiram o desenvolvimento do estágio profissionalizante, tornando assim possível integrar o conhecimento ganho e a consciencialização do aprendido.

A perspectiva de Benner (2005), pautou a orientação de atuação, com o pressuposto de que, se os enfermeiros não anotarem sistematicamente aquilo que aprendem a partir da sua própria experiência, o conhecimento prático não pode ser desenvolvido.

Alarcão (2005), considera que a compreensão da realidade que constitui o centro da aprendizagem é um produto do sujeito como observador e de que a experiência para ser formativa, tem que ser conceptualizada e refletida. Esta perspectiva serviu de base às experiências vividas no estágio e descritas na primeira parte do relatório, experiências essas que potenciaram o aumento de competências, sendo estas sempre fundamentadas em evidências científicas mais atuais. Tanto a análise crítica da construção do processo de cuidados à mulher grávida com complicações, em TP e no pós-parto, como a problematização dos aspetos mais importantes relativos ao processo formativo serviram como apoio para demonstrar a aquisição de competências do EEESMO.

Em tudo o que foi descrito até este ponto, poderão não estar incluídos os princípios implícitos na realização do estágio, inerentes ao projeto e à profissão em si, devido ao destaque dado à descrição de competências específicas. No entanto, estes princípios estão integrados na Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, tendo em conta que as práticas desenvolvidas durante o estágio permitiram o desenvolvimento de

uma prática ética e profissional no campo de intervenção e promoção de práticas de cuidados que honrem tanto a responsabilidade profissional como os Direitos Humanos.

Todos estes princípios são recomendados pela Ordem dos Enfermeiros, respeitados por todos os profissionais, e foram também expressos por Benner (2008), com vista ao enfermeiro ver o utente como pessoa, sustentando a sua dignidade e personalidade, respondendo com dedicação na aprendizagem da boa prática de enfermagem. As atividades postas em prática (incluindo o projeto de estágio) permitiram a mobilização de vários conhecimentos e competências obtidas ao longo do curso, inerentes a várias áreas de investigação em Ciências da Enfermagem, obstetrícia, psicologia da gravidez e maternidade, cuidado de enfermagem da gravidez, trabalho de parto e pós-parto, cuidados ao recém-nascido, farmacologia e monitorização biofísica fetal.

A Diretiva Comunitária transposta para o direito interno, Artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 16/2009, de 4 de Março do Parlamento Europeu e do Conselho orienta a aquisição e desenvolvimento das competências específicas tendo em vista o cumprimento das condições que permitem a obtenção do título de enfermeiro especialista. Atendendo às condições incluídas no documento supracitado, considera-se que as competências indispensáveis à prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez, trabalho de parto e pós-parto foram alcançadas.

A **Figura 1** demonstra o número de mulheres com ou sem gravidez de risco vigiadas.

A **Figura 2** mostra o número de puérperas e recém-nascidos alvos de cuidados e vigilância.

A **Figura 3** mostra o número de partos executados.

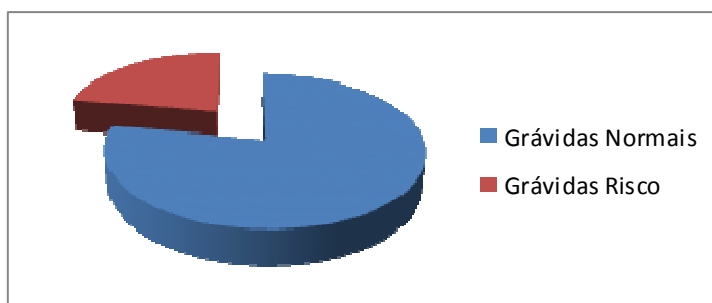


Figura 1 - Número de mulheres com ou sem gravidez de risco

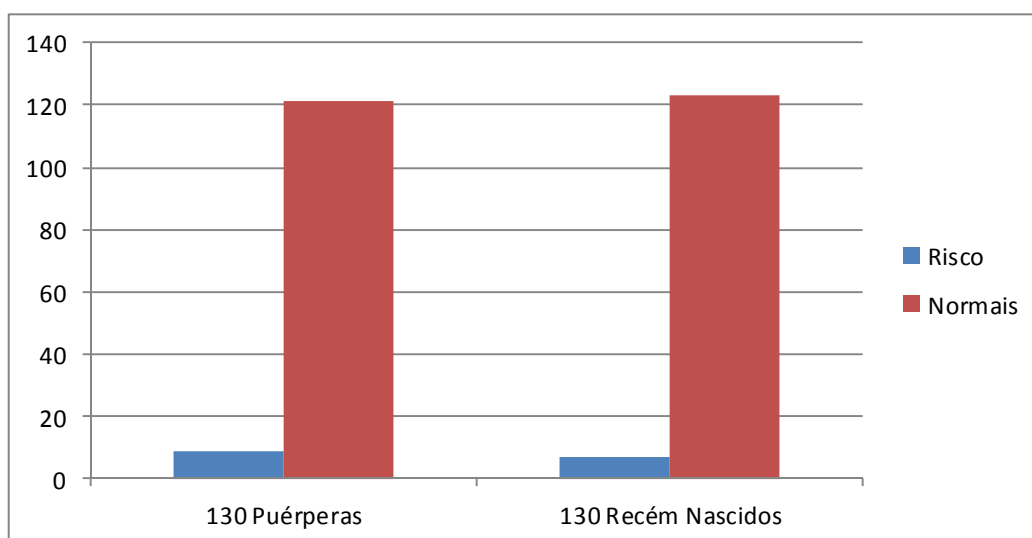


Figura 2 - Número de puérperas e recém-nascidos alvos de cuidados e vigilância

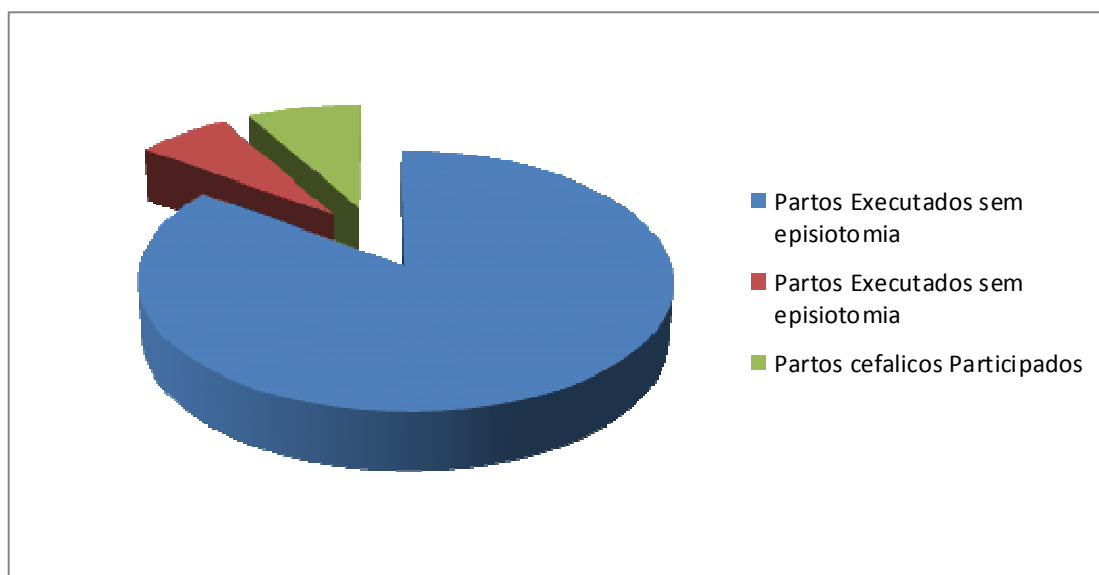


Figura 3 - Número partos executados

Através da realização do estágio e das experiências e atividades postas em prática, considera-se que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências no domínio dos cuidados de enfermagem especializados à mulher em situação de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e puerpério foi executado sistematicamente, com uma prática fundamentada

em evidências científicas e voltado para a promoção da saúde da mulher, família e criança.

Não foram desenvolvidas neste estágio duas das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010b) no contexto da prescrição de exames complementares de diagnóstico no que toca à deteção de gravidez de risco e da decisão da mulher em interromper voluntariamente a gravidez, por questões de ordem legal e orgânico-institucional. Todavia, a última foi desenvolvida no Estágio de Vigilância da gravidez e preparação para a Parentalidade, no primeiro ano do MESMO.

Componentes relacionais enfermeiro-utente foram aperfeiçoadas na abordagem interativa e de suporte social com a família, com claro progresso ao longo do estágio proporcional à segurança sentida na prestação de cuidados. A integração no serviço e o contacto com os profissionais de saúde permitiram criar relações interpessoais e interdisciplinares, inseparáveis da prática clínica.

Nos diversos locais de estágio, as Enfermeiras tutoras incitaram e puseram em prática a humanização do cuidado à mulher e respetiva família. De modo a efetivar esta conduta, enfatizando o trabalho de parto e o parto, Moreira (2009), defende que o EEESMO deve respeitar o tempo da mulher no processo de parto, evitar intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas hospitalares e reconhecer aspetos culturais próprios da mulher, enquadrados no seu contexto de vida.

Na realização deste estágio, as dificuldades sentidas em primeira instância prenderam-se com a diminuição da taxa de natalidade em Portugal, o que poderia acarretar uma redução de oportunidades para desenvolvimento das competências necessárias, com foco na prestação de cuidados aquando do trabalho de parto. No entanto, todas as metas inicialmente definidas para o estágio foram alcançadas com sucesso e as competências, durante este período, foram adquiridas.

Apesar de todas as áreas de cuidado permitirem o desenvolvimento das várias competências, conhecimentos, relações interpessoais e realização profissional, aquela que mais se destaca na capacidade que providencia ao Enfermeiro de Saúde Materna e Obstetrícia de mostrar o seu potencial foi o estágio no Bloco de Partos, tendo em conta os contributos que pode assumir na saúde da mulher e da criança.

O facto de este estágio se ter realizado no CHTS providenciou todas as condições inerentes a espaço físico, organizacional e de recursos humanos para adquirir as competências específicas do EEESMO.

Do ponto de vista da entidade de acolhimento, este estágio permitiu a colaboração em projetos, em desenvolvimento, análise crítico-construtiva das práticas relativas ao serviço, sempre com vista a melhorar os cuidados prestados, partilha de conhecimentos adquiridos durante o MESMO, bem como a pesquisa bibliográfica para o desenvolvimento deste projeto.

Seguindo a necessidade e o dever de relacionar os conhecimentos teóricos de investigação em enfermagem e a problematização de uma temática de interesse para a prática do EEESMO esta desencadeou a outra parte do relatório. Assim, tendo em vista a aquisição de mais conhecimentos relativos à deambulação e posições verticais durante o 1º período do trabalho de parto, na procura de desenvolver capacidades na prestação de cuidados de excelência às mulheres acompanhadas, foi necessário o recurso a uma revisão integrativa da literatura inerente ao tema.

No decorrer da pesquisa, verificamos que estudos realizados demonstram que, fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai-se muito mais eficazmente, o fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto torna-se mais curto e a dor é menos intensa. Acresce-se o facto de que, na posição supina, a adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia está facilitada pela postura materna, podendo-se assim prevenir complicações do trajeto. Durante o trabalho de parto, estes fatores de risco devem ser tidos em conta relativos a cada parturiente, na prestação de cuidados e vigilância, administração de prostaglandinas ou ocitocina e quando se confirma um trabalho de parto precipitado ou um parto instrumentado (Leduc [*et al*], 2009).

A importância dessa posição é fundamentada em alguns aspetos, envolvendo, especialmente, os seguintes mecanismos: ação da gravidade, compressão dos grandes vasos maternos, aumento dos diâmetros do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-base, além da eficiência das contrações uterinas.

Estudos têm revelado que a duração do trabalho de parto pode também estar relacionada com a posição, bem como com a deambulação que a parturiente assume durante o trabalho de parto e parto. A literatura pesquisada sobre a deambulação e posições assumidas pela mulher no trabalho de parto e parto aponta para uma série de vantagens e benefícios para a mãe e filho, como descritos anteriormente.

No seguimento da evolução do trabalho de parto e, com um possível protocolo de atuação instituído, o EEESMO, quando ocorre o nascimento, deve aguardar que o cordão umbilical pare de pulsar para proceder à clampagem do mesmo, tendo em conta que a clampagem tardia demonstra benefícios para o recém-nascido. No entanto, ainda se verifica clampagem precoce do cordão, especialmente por parte dos médicos Obstetras. Sendo uma área onde tivemos oportunidade de desenvolver uma formação em serviço para os ESMO do bloco de partos cuja temática era quais as vantagens da clampagem precoce e tardia do cordão umbilical.

A administração de ocitocina um minuto após o nascimento é recomendada tanto pela WHO (2007) como pela FIGO (2012) mas ainda não há evidências clínicas e consenso em relação ao momento - antes ou após a dequitação - e à via - endovenosa ou intramuscular - de administração. No entanto, esta administração deve ser efetuada de acordo com o protocolo de cada serviço.

Quando se dá a expulsão da placenta e membranas, o EEESMO deve proceder à realização de uma massagem do fundo uterino, para promover a contração do útero. Este procedimento como forma de diminuir o tempo de dequitação é notado com frequência no estágio. Apesar de ser eficaz não foi observada a sua segurança no que toca ao risco de inversão uterina.

Aquando da transferência para o Serviço de Obstetrícia e tendo em conta que a hemorragia primária pode ocorrer nas primeiras 24 horas após o parto, o EEESMO deve certificar-se que o útero está contraído de forma adequada e a perda sanguínea não é excessiva, podendo recorrer a uma suave massagem do fundo uterino (Lowdermilk e Perry, 2008).

De acordo com DiCenso, Cullum & Ciliska (1998), a prática de enfermagem acarreta dúvidas relativas à eficácia das intervenções, à precisão das medidas de avaliação, à força das relações causais, ao significado da situação, à relação custo-benefício das intervenções de

enfermagem, às experiências, às crenças e atitudes dos doentes. Deste modo, pode observar-se que os cuidados de saúde com base em evidências são aqueles que melhor englobam a evidência disponível na decisão clínica do EEESMO.

Resumindo, analisando os objetivos inicialmente propostos para posterior desenvolvimento no decurso do estágio, pode afirmar-se que as competências ditas essenciais à prática de cuidados especializados à mulher e família durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério. A participação ao longo do estágio pode ser definida como ativa e assídua, com participação interessada e empenhada pelas atividades em desenvolvimento nos serviços onde foi realizado o estágio.

CONCLUSÃO

A elaboração de um relatório constitui um momento de reflexão com base nas experiências vividas ao longo do estágio. Este percurso é calcorreado, assente no conhecimento, a par de uma reflexão que nos conduz ao profissional que hoje somos e ao enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica que queremos ser. Assim, o termo deste relatório leva-nos à abertura de um novo ciclo profissional.

Realizando uma introspeção do percurso realizado ao longo deste estágio, podemos afinar o desenvolvimento de um espírito reflexivo, ou seja, aplicarmos na prática os conhecimentos de índole teórica e sempre em busca sempre de novos conhecimentos. No decorrer do estágio, a integração das evidências mais recentes da literatura constitui o apanágio na forma de agir, relativamente ao ato de cuidar a mulher inserida na família durante os períodos de gravidez, parto, e puerpério, e a potenciar a saúde da mesma, detetar e tratar precocemente complicações e a promover o bem-estar da mulher, crianças e família.

Os esforços desenvolvidos nesse sentido visavam essencialmente a promoção do autocuidado na assistência à mulher, antes, durante e após a gravidez e sua família. Para a perfeita realização de todo este processo, foi efetuada não só a supervisão, o aconselhamento e os cuidados necessários, mas também assumida toda a responsabilidade pela condução do trabalho de parto, parto, pós-parto e dos cuidados ao recém-nascido e lactentes nas situações de baixo risco.

No desenrolar da atividade e com a aquisição destas novas competências, acrescentando ainda a responsabilidade de fazer uma identificação atempada de situações de risco mais elevado (que exigiam um

outro nível de cuidados), consideramo-nos habilitados a detetar complicações e a aplicar medidas de emergência.

Fazendo uma análise-reflexiva do caminho percorrido, é possível compreender que a teoria adquirida ao longo do curso foi efetivada na prática a par da integração de um conhecimento científico o mais atualizado possível. Por sua vez, relativamente à metodologia adotada, consideramos que foi a mais adequada, já que os resultados que dela emergiram potenciam a excelência de cuidados prestados à mulher com e sem complicações associadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

A integração da componente de investigação neste relatório é um item de valor inquestionável para a realização de um mestrado em enfermagem, no sentido de demonstrar as mais-valias que pode ter para os enfermeiros o facto de serem consumidores de resultados de investigação, como garantia à implementação de boas práticas.

Assim, a revisão integrativa da literatura efetuada numa área de interesse permitiu não só problematizar uma competência que nem sempre é privilegiada na prestação de cuidados especializados pelo EEESMO, como também contribuir para dar resposta à competência de investigar e reconhecer a importância da prática baseada em evidências científicas. O interesse deste estudo é justificado pela relevância que assume para o contributo das intervenções especializadas dos enfermeiros que podem trazer melhorias à saúde da mulher.

Os resultados desta revisão integrativa demonstram que, apesar da prevalência da posição supina, muitas opções estão disponíveis para as mulheres em trabalho de parto, porém, frequentemente, vários motivos limitam estas opções, provocando constrangimentos, entre os quais a arquitetura das salas de partos, camas de pré-partos, protocolos ou indicações rotineiras de infusões intravenosas e utilização de equipamentos de monitorização fetal eletrónica. Onde são encontradas estas limitações, só um número mínimo de mulheres podem caminhar, sentar, permanecer em posição vertical ou apoiada com as mãos e joelhos (posição de quatro), ter liberdade para ir a um chuveiro e tomar banho para relaxar ou adotar cada posição alternadamente como elas desejarem.

Vários estudos compararam estas posições e a posição supina sobre tempo médio de duração do parto, experiência do trabalho de parto, com menos intensidade da dor (havia menos necessidade de analgesia), isto acontecia mais frequentemente nas posições não supinas.

Concluindo e recorrendo às evidências científicas, o uso de qualquer posição vertical ou decúbito lateral, comparado com posições de supina ou litotomia está associada com os seguintes resultados:

- Reduz a duração do trabalho de parto;
- Pequena redução na necessidade de intervenção no parto;
- Reduz os relatos de dores fortes;
- Menor padrão de anomalia dos batimentos cardíacos fetal;
- Um ligeiro aumento nas lacerações de 2º grau (somente no grupo de posição vertical);
- Um aumento na perda de sangue estimada.

Acrescenta-se ainda que a posição de decúbito dorsal pode causar redução de pressão sanguínea da mulher em trabalho de parto e reduzir o fluxo sanguíneo para o RN, devido ao peso que o útero exerce sobre as principais veias que aportam o fluxo de sangue.

É recomendado que todas as mulheres grávidas recebam informação sobre os benefícios das posições verticais no trabalho de parto. Recomenda-se ainda que as enfermeiras desencorajem as posições de supina e estimulem as posições de cócoras, semideitadas e de joelhos, não devendo fazer força sem que a grávida sinta vontade de o fazer, e que, ao senti-lo, o devem fazer de acordo com o que o seu corpo lhes vai dizendo. Gritar, gemer, soprar, ou sustar a respiração desde que por menos de 6 segundos, enquanto a mulher faz força em respostas às contrações deverá ser incentivado pela enfermeira.

Deparando-nos com dificuldades na elaboração do presente relatório, a pesquisa bibliográfica foi o nosso principal recurso como fonte solucionadora de problemas e a responsável pelo suporte de todo o trabalho, o que contribuiu para que os objetivos traçados fossem devidamente alcançados.

Através de um olhar retrospectivo sobre todo o caminho percorrido, que culminou com a realização deste trabalho, enquanto enfermeira considero ter progredido não só a nível de conhecimentos teóricos e científicos, mas também enquanto pessoa.

Concluimos assim que as atividades desenvolvidas para terminar este trabalho foram alcançadas com sucesso, mas apenas compuseram uma amostra da longa caminhada que é a construção do conhecimento em enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- AASHEIM, V. et. al. - Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *The Cochrane Library*. Issue 2, 2012.
- ALARCÃO, I. - Formação reflexiva. *Referência*. nº 6, Maio, 2001.
- ALFIREVIC, Z; DEVANE, D; GYTE, GML. - Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3, 2006.
- Almeida, Alexandra, et al. 2004. Estreptococo • Hemolítico do Grupo B Protocolo de Rastreo e Prevenção de Doença Perinatal. *Consensos de Neonatologia*. 2004.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - Episiotomy. Guideline. 2006.
- AMORIM, M.; PORTO, A.; SOUZA, A. - Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. Nov. vol 38. nº 11, 2010.
- ANDRES, V. et. al. - Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics*. Number 4, April , 2011, Vol. Volume 127.
- BADARACCO, M. et al. 2011. Beyond the “baby blues”. *Harvard Medical School*. 3, 2011, Vol. 28.
- BAKSU, B. et. al - Episiotomy Repair and Peripartum Blood Loss. *Gynecol Obstet Invest*. 65:169-173, 2008.
- BENNER, P - *De iniciado a perito*. Coimbra: 2ª edição. Quarteto, 2005.

- BENNER,P. et. al. - Formation and everyday ethical comportment. *American Journal of Critical Care*. 17(5), Setembro: 473-476, 2008.
- BLAKE, D. - Pinards: out of use and out of date? *British Journal of Midwifery*. June, vol 16, no 6, 2008.
- BOCCOLINI, C.S. et. al. - Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica*. 45(1):69-78, 2011.
- BRANDÃO, S. - *Envolvimento emocional do pai com o bebê: Impacto da experiência de parto*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009. Tese de Mestrado.
- CAMANO, L. [et al.] - *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP - Escola Paulista de Medicina Obstétrica*. São Paulo: Nestor Schor, 2003.
- CAMPOS, D. A.; MONTENEGRO, N.; RODRIGUES, T. - *Protocolos de Medicina materno-fetal*. Lisboa : Lidel, 2008.
- CANAVARRO, M.C. - *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- CAPLE, C. - Amniotomy: Assisting with. *Nursing Practice & Skill*. February 10, 2012.
- CARROLI, G; MIGNINI, L. 2012. Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Library*. Issue 2, 2012.
- CLARK, S.L. et al. - Oxytocin: new perspectives on an old drug. *Am J Obstet Gynecol*. 200:35.e1-35.e6., 2009.
- COMISSÃO PARA A REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANAS DA ARS NORTE. 2012. *Medidas para reduzir a taxa de cesarianas na ARS Norte*. s.l. : ARS Norte, 2012.
- Comité de Estudios Fetoneonatales, Subcomité de Recomendaciones. 2002. Hipoglucemia en el recién nacido de riesgo. *Arch.argent.pediatr*. 5, 2002, Vol. 100.
- CRAIG, J.V.; SMYTH, R.L. - *Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros*. Loures : Lusociência, 2004.
- CRUZ D.C.S; SYMAM N.S; SPÍNDOLA T. - Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP*. 41(4):690-7, 2007.
- CUNHA,A.A.. - Indução do trabalho de parto com feto vivo. *Femina*. Setembro. vol 38. nº 9 , 2010.

- Cunha, Margarida, et al. 2009. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DESEMPENHADAS POR ENFERMEIROS. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 1, 2009, Vol. 13.
- Cunnigham, Gary F. e MD. 2012. *Obstetrícia de Williams*. São Paulo: ARTMED, 2012. 978-85-63308-96-6.
- Devane, Declan, et al. 2012. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing (Review). *The Cochrane Library*. 2012, Vol. II.
- DiCENSO, A; CULLUM, N; CILISKA, D. - Implementing evidence based nursing: some misconceptions. *Evidence Based Nursing*. [Editorial]. 1, 1998.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. - *Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez*. 2011.
- DONALDSON-MYLES, Fiona. 2011. Postnatal depression and infant feeding: A review of the evidence. *British Journal of Midwifery*. 10, 2011, Vol. 19.
- DUHAN, N. et al. - Meconium Staining of Amniotic Fluid - A Poor Indicator of Fetal Compromise. *JK Science*. Oct-December. Vol. 12 No. 4, 2010.
- ESEP - *Regulamento do segundo ciclo de estudos*. Porto: s.n., 2010.
- FIGO - SMNH Committee. - FIGO GUIDELINES: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 117: 108-118, 2012. FIGO/ICM. - Global initiative to prevent post-partum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can*. 26(12):1100-2, 2004.
- Figueiredo, Barbara. 2003. Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de psicologia clínica y d la salud*. 3, 2003, Vol. 3.
- FRASER, Diane M. e COOPER, Margaret, A. - *Assistência Obstétrica - Um Guia Prático Para Enfermagem*. Brooklin : Churchill Livingstone Elsevier, 2010.

- GILLESBY, E., et al. - Comparison of Delayed Versus Immediate Pushing During Second Stage of Labour for Nulliparous Women With Epidural Anesthesia. *JOGNN* . Vol. 39, Issue 6, 2010.
- GRAÇA, L.M. - *Medicina Materno-Fetal*. 4ª edição. Lisboa: Lidel, 2010. 4ª edição.
- GUPTA, JK; HOFMEYR, GJ; SMYTH, RMD. -Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Library*. Issue 4, 2009.
- Halle, Claire, et al. 2008. Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse*. 1, 2008, Vol. 31.
- ICN - *International Classification for Nursing Practice*. Geneva : Ordem dos enfermeiros, 2011. Versão 2.0..
- KATTWINKEL, J. et al. - Part 15: Neonatal Resuscitation 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 122:S909-S919, 2010.
- KETTLE, C; HILLS, RK; ISMAIL, KMK. - Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. *The Cochrane Library*. Issue 1, 2009.
- KRAMER, Hanna M., et al. 2009. Maternal mortality and severe morbidity from sepsis in the Netherlands. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 2009, Vol. 88.
- LAWRENCE, A. et al. - Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2, 2009.
- LEDUC, D. et. al. - Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can*. Oct; 31(10):980-93, 2009.
- LEVENO, Kenneth J. 2010. *Manual de Obstetricia de Williams - complicações na gestação*. São Paulo : ARTMED, 2010. 978-85-363-2183-7.
- LOWDERMILK, D.; PERRY, S. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008.

- MANCUSO, Alfredo. 2008. Effects of antepartum electronic fetal monitoring on maternal emotional state. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 2008, Vol. 87.
- MAN-LUNG LAI et al. - Effects of Delayed Pushing During the Second Stage of Labour on Postpartum Fatigue and Birth Outcomes in Nulliparous Women. *Journal of Nursing Research*. Vol. 17, No. 1, 2009.
- MARGOTTO, P., et al. Betamethasone vs dexamethasone for the prevention of morbidity in very-low-birthweight neonates. *Journal of Obstetricia and Gynecologia*. 2007.
- MCDONALD, G. - Diagnosing the latent phase of labour: use of the partograma. *British Journal of Midwifery*. October. Vol 18, No 10, 2010.
- Medel, J.M., et al. Preinducción cervical y oligoamnios. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*. 2008, Vol. 76.
- MENDES, Karina, D.S.; SILVEIRA, Renata, C.C.P. e GALVÃO, Cristina, M. - Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. Out-Dez, 2008, Vol. 17.
- MERCER, R.T.; WALKER, L.O. - A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *JOGNN*. September/October; 568-582, 2006.
- MONTENEGRO, Carlos A. e REZENDE FILHO, Jorge - *Rezende Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- MOORE E.R; ANDERSON G.C; BERGMAN N. - Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3., 2007.
- MOREIRA K, et. al. - O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. *Cogitare Enferm*. 14(4):720-8, 2009.
- MOUSA, W.F.; AL-METWALLI, R.; MOSTAFA, M. - Epidural analgesia during labour vs no analgesia: A comparative study. *Saudi Journal of Anaesthesia*. Jan. Vol. 6 Issue 1, p36-40., 2012.
- NACHUM, Z. et al. - Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labour in prolonged latent phase: a

randomized controlled trial. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 8:136, 2010.

- NICE - Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*. 2nd edition., 2008, Vol. March.—. Intrapartum care - care of healthy women and their babies during childbirth. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*. September, 2007.—. Routine postnatal care of women and their babies. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*. July, 2006.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. - *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010a.—. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010b.
- PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA - Directiva 2005/36/CE -Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. *Jornal Oficial da União Europeia*. L255/p.22, 2005.
- PORFÍRIO A.B; PROGIANTI J.M; SOUZA D.O.M. - As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. *Rev. Eletr. Enf.* 12(2):331-6, 2010.
- PRIDIS; DAHLEN H; SCHMIED V. - What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women Birth*. Sep; 25(3):100-6, 2012.
- RABE H, REYNOLDS GJ, DIAZ-ROSELLO JL. - Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants (Review). *The Cochrane Library*. Issue 2, 2010.
- RABE, H. [et al.] - Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes (Review). *The Cochrane Library*. 2012.
- RAMÓN, I.; SETIÉN, S. e IGLESIAS, J. - Efectividad de la hidroterapia materna parental en el oligohidramnios aislado. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia*. 2009, Vol. 35.

- REGAYA, B. [et al.] - Role of deambulation during labour: A prospective randomized study. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* Dec; 39(8): 656-62, 2010.
- REYNOLDS, F. - The effects of maternal labour analgesia on the fetus. . *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology.* Jun; 24(3): 289-302, 2010.
- Rezende Filho, Jorge e Montenegro, Carlos A. 2010. *Obstetrícia.* Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2010. 978-85-277-1603-1.
- Saraiva, Helena. 2010. *Aleitamento Materno - Promoção e Manutenção.* Lousã: LIDEL, 2010. pp. 527-539. 978-972-757-659-3.
- SHRIVASTAVA VK, et al. - A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labour in nulliparas *Am J Obstet Gynecol.* Apr;200(4):379.e1-6., 2009.
- SILVA, Abel - Enfermagem Avançada: Um sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir.* 2007, Vol. 55 nº1/2.
- SILVA, Ana, C.S. e DADAM, Sara, H. - Parto Humanizado ou Parto Mecanizado. Curitiba: Encontro Paranaense, 2008.
- SINGATA, M.; TRANMER, J; GYTE, GML. - Restricting oral fluid and food intake during labour. *The Cochrane Library.* Issue 3, 2012.
- SMYTH, RMD; ALLDRED, SK; MARKHAM, C. - Amniotomy for shortening spontaneous labour. *The Cochrane Library.* Issue 10, 2011.
- SODRÉ T.M., et. al . - Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis.* Jul-Set,2010, Vols. 19(3): 452-60.
- SOUZA, ASR, et. al. - Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *Femina.* Abril. Vol 38. nº 4, 2010.
- SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. - Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 8(1 Pt 1):102-6, 2010.
- THOMPSON, H. - Promoting normal birth: Appropriate use of intrapartum cardiotocography. *British Journal of Midwifery.* October. Vol 19, No 10, 2011.

- VELAPHI, S; VIDYASAGAR, D. -The pros and cons of suctioning at the perineum (intrapartum) and post-delivery with and without meconium. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 13, 375-382, 2008.
- WEI S, et al. - Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2, 2009.
- Wiley - Blackwell. "Giving Birth: Upright Positions Shorten First Stage Labor." ScienceDaily. ScienceDaily, 16 April 2009. <www.sciencedaily.com/releases/2009/04/090415074951.htm>
- WHO - *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, 2009a. —. *WHO Guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta*. Geneva: WHO Document Production Services, 2009b. —. *WHO Recommendations for the Prevention of Postpartum Haemorrhage*. Geneva: WHO Document Production Services, 2007.
- Zugaib, M. *Obstetrícia*. São Paulo: 1ª ed. Editora Manole Ltda. 2008