



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna
e Obstétrica

A HIDROTERAPIA COMO MÉTODO NATURAL DE ALÍVIO
DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Ana Rita Moura Pedrosa

Rita
Pedrosa

A HIDROTERAPIA COMO MÉTODO NATURAL DE ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

A HIDROTERAPIA COMO MÉTODO NATURAL DE ALÍVIO DA DOR
DURANTE O TRABALHO DE PARTO

HYDROTHERAPY AS A NATURAL PAIN RELIEF METHOD DURING LABOR

Relatório de estágio de natureza profissional orientado pela Professora
Maria Vitória Barros de Castro Parreira

Ana Rita Moura Pedrosa

Porto | 2020

AGRADECIMENTOS

Proferir apenas um obrigado, não chegaria para agradecer a todos os que me ajudaram e acompanharam neste percurso, que se revelou como uma das etapas mais marcantes e transformadoras da minha vida. Pois, apesar de exigente, posso afirmar convictamente que ao longo destes dois anos me tornei mais confiante e segura para poder garantir a aquisição de competências para prestar cuidados especializados.

Assim, gostaria de mostrar o meu mais profundo e sincero agradecimento à Professora Vitória Parreira, minha orientadora em todo o percurso, muitas vezes minha confidente. Obrigada pela disponibilidade, acompanhamento, encorajamento, dedicação, exigência e partilha de conhecimento, que foram cruciais para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e enfermeira.

À Professora Doutora Marinha Carneiro pelo incentivo ao longo destes dois anos.

A todos os professores que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

A toda a equipa do Bloco de Partos e do Serviço de Obstetrícia do Hospital Pedro Hispano por todas as oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram, pelo enorme profissionalismo e dedicação. Em especial, agradeço às minhas queridas tutoras por me terem guiado ao longo deste caminho.

À Enfermeira Luísa Monteiro, Carla Teles, Cátia Silva e Nazaré Amado que sem o seu apoio constante, compreensão e competência teria sido impossível concretizar os meus objetivos, que também assumiram como vossos. Em especial, à Enfermeira Carla Teles, pelo seu empenho em cada parto e por me demonstrar que é possível ser excelente em todas as circunstâncias, cuidar com base no respeito pela singularidade de cada parturiente/casal, na igualdade das culturas, mas sobretudo no reconhecimento das suas diferenças.

À minha família e aos meus amigos pelo seu amparo, força e compreensão. Agradeço de forma especial à minha mãe e irmã pelo apoio constante. Obrigada por fazerem de mim uma pessoa melhor e por nunca desistirem. Esta conquista também é vossa!

Ao Tiago, por compreender os meus momentos de ausência e me ensinar que o amor supera tudo.

A todos os casais, recém-nascidos e famílias que cuidei durante este percurso de formação, pela confiança que depositaram em mim e, sobretudo, pelo que me permitiram aprender.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT - Ameaça de parto pré-termo

BPM - Batimentos por minuto

cm - Centímetro

CTG - Cardiotocografia

DG - Diabetes gestacional

DGS - Direção Geral de Saúde

DPP - Descolamento prematuro da placenta

DPPNI - Descolamento prévio da placenta normalmente inserida

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF - Frequência cardíaca fetal

G - Gramas

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

HPP - Hemorragia pós-parto

HTA - Hipertensão arterial

ICN - International Council of Nurses

IG - Idade gestacional

LA - Líquido amniótico

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

mg - Miligrama

mg/dl - Miligrama por decilitro

ml - Mililitro

NE - Nível de evidência

NICE - National Institute of Clinical Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBE - Prática baseada na evidência

PPT - Parto pré-termo

RCIU - Restrição de crescimento intrauterino

RIL - Revisão integrativa da literatura

RN - Recém-nascido

RPM - Rotura prematura de membranas

SGB - *Streptococcus* do grupo B

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

TP - Trabalho de parto

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

RESUMO

A elaboração do presente relatório de estágio pretende demonstrar o processo de aquisição de competências específicas, no decorrer do estágio de natureza profissional, nas áreas de gravidez com complicações, trabalho de parto, parto e pós-parto. Tem como suporte ao seu desenvolvimento o Regulamento de Competências de Cuidados Especializados definido pela Ordem dos Enfermeiros, bem como o regulamento do segundo ciclo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Neste contexto, encontram-se descritas e fundamentadas, pela evidência científica mais atual, as intervenções que resultaram da tomada de decisão, subjacente a uma reflexão crítica constante, tendo por base a identificação dos focos de atenção, os diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções em cuidados prestados à mulher, casal, recém-nascido e família, em prol de uma experiência de parto positiva e da promoção de uma transição para a parentalidade saudável e significativa, rumo a uma maior satisfação do novo papel (tornar-se mãe/pai).

Partimos do pressuposto que o parto e o nascimento se revelam como sendo um dos acontecimentos mais importantes na vida do ser humano e, obviamente, da sociedade. Uma vez que a dor percebida pela mulher durante o trabalho de parto está associada a este acontecimento, apresentamos um estudo sob forma de uma revisão integrativa da literatura, relativo à hidroterapia como um dos métodos de alívio da dor não farmacológicos, que pode ser um recurso utilizado pelos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. No sentido de promover a autoconfiança da parturiente para assumir o autocontrolo da dor e minimizar a ansiedade.

O objetivo deste estudo é conhecer os benefícios da hidroterapia para promover o autocontrolo e minimizar a dor da parturiente durante o trabalho de parto.

A questão estruturante deste estudo é: Qual a pertinência do recurso à hidroterapia pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, como método natural, para promover o controlo da dor durante o trabalho de parto?

Os resultados do estudo mostram que a hidroterapia pode e deve ser usada como estratégia de alívio da dor, sobretudo com maior impacto no primeiro estadio do trabalho de parto.

Após reflexão, salienta-se que os objetivos propostos, bem como as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros foram atingidos.

Palavras-chave: trabalho de parto, dor, hidroterapia, alívio da dor.

ABSTRACT

This internship report describes the process of acquisition and development of midwifery skills in the areas of pregnancy with complications, labor, delivery and postpartum. It is supported by the guidelines of the Specialized Care Skills Regulation presented by the Portuguese Council of Nursing, as well the regulation of the second cycle of the Master's Course in Midwifery, from Escola Superior de Enfermagem do Porto.

In this context, the interventions described are based on knowledge, experience, critical thinking and the most current scientific evidence. The care planning to the women, couple, newborn and family includes focus of attention, diagnosis and interventions supported by evidence-based practice, with the aim of promoting a positive childbirth experience and healthy transition for parenting, towards a greater satisfaction of the new role.

The childbirth and birth reveal themselves as one of the most important events in human life and, obviously, in society. The pain perceived by women during labor is associated with this event, so we conducted an integrative literature review on hydrotherapy as one of the non-pharmacological pain relief methods, which can be used by midwives. In order to promote the parturient's self-confidence to control her pain with more effectively and decrease her anxiety.

The aim of this study is to understand the benefits of hydrotherapy to promote self-control and minimize the pain of the woman during labor.

The structuring question of this study is: What is the relevance of the use of hydrotherapy by the midwives, as a natural method, of pain control during labor?

The results of the study show that hydrotherapy can and should be used as a non-pharmacological pain relief method, particularly with a greater impact on the first stage of labor.

After reflection, it is emphasized that the proposed goals, as well as the competencies advocated by the Portuguese Council of Nursing were achieved.

Keywords: labor, pain, hydrotherapy, pain relief.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES E OS SEUS DESAFIOS.....	21
2. UM OLHAR RETROSPETIVO SOBRE O CUIDADO À MULHER, CASAL, FAMÍLIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	41
2.1. Revisão Integrativa da Literatura: A hidroterapia como método natural de alívio da dor durante o trabalho de parto	66
2.1.1. Introdução à Problemática em Estudo	68
2.1.2. Opção Metodológica.....	70
2.1.3. Apresentação e Discussão dos Resultados	72
2.1.4. Conclusão.....	88
3. O PÓS-PARTO E A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE QUE SE TORNOU REAL... 	91
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DURANTE O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	117
CONCLUSÃO.....	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - Número de grávidas cuidadas na Unidade de Grávidas de Risco.	24
TABELA 2 - Número de parturientes cuidadas no Bloco de Partos	42
TABELA 3 - Definição da questão de pesquisa através da mnemónica PICo.....	72
TABELA 4 - Seleção dos artigos resultantes da pesquisa para a RIL.....	73
TABELA 5 - Matriz síntese dos artigos selecionados	84
TABELA 6 - Número de puérperas e RN cuidados no serviço de Obstetrícia	93

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio de natureza profissional pretende descrever o processo de aprendizagem, como estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), realizado no Hospital Pedro Hispano, em diferentes unidades de cuidados: na Unidade de Grávidas de Risco, no Bloco de Partos e no serviço de Obstetria no período compreendido entre setembro de 2018 e julho de 2019.

Neste contexto identificamos focos de atenção e diagnósticos de enfermagem e implementamos as respetivas intervenções, bem como refletimos sobre os resultados obtidos que permitiram desenvolver as competências no domínio dos cuidados de enfermagem especializados a grávidas, parturientes, puérperas, recém-nascidos (RN) e família, no âmbito do regulamento do segundo ciclo do MESMO, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Na sua concretização tivemos, também, como referência os pressupostos publicados no regulamento de competências e padrões de qualidade, dos cuidados especializados, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), de acordo com a Diretiva 2005/36/CE, ou seja, em consonância com a Lei número 26/2017 de 30 de maio, que transpõe para o direito interno português a Diretiva 2013/55/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de novembro de 2013, que altera a Diretiva 2005/36/CE, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais.

Conscientes de que ao desenvolvimento das competências, neste estágio, estava associada uma prática baseada na evidência (PBE), esta esteve na base deste processo por ser um método que permite suportar a prestação de cuidados de enfermagem na evidência científica mais atual, possibilitando a melhoria da qualidade dos cuidados, com expressão na atividade diagnóstica e nas intervenções, em cuidados de enfermagem especializados.

Nesta linha de pensamento, consideramos relevante problematizar o alívio da dor durante o trabalho de parto (TP), com ênfase numa estratégia não farmacológica, como a hidroterapia. O nosso interesse por esta temática surgiu durante o percurso desenvolvido no Bloco de Partos, uma vez que observamos que o recurso à hidroterapia, como método de alívio da dor, durante o trabalho de parto, gerava controvérsia entre os profissionais de

saúde que constituíam a equipa multidisciplinar. Alguns Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) incentivavam e promoviam o uso do banho no chuveiro com água quente, como um método não farmacológico de alívio da dor, essencial para que a mulher pudesse ter um maior autocontrolo e diminuir a perceção da dor durante o TP, sobretudo no primeiro estadio. Também no sentido de dar continuidade às sessões de preparação para o parto que eram realizadas em meio aquático na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) e ao projeto que alguns elementos da equipa de enfermagem, do serviço, tinham vindo a tentar implementar, que consistia na colocação de uma banheira no Bloco de Partos, com o intuito de recorrer à hidroterapia como estratégia de controlo da dor durante o TP de forma efetiva. Todavia, viram a sua proposta recusada por objeção de diversos elementos da equipa médica.

Foi neste contexto que surgiu o interesse em investigar as vantagens deste método natural, com o objetivo de conhecer os benefícios da hidroterapia para promover o autocontrolo da parturiente, no sentido de minimizar a dor e a ansiedade da mulher durante o trabalho de parto. A finalidade é dar um contributo para a tomada de decisão da mulher, sobre as potencialidades da água como um meio natural para o controlo da dor e, obviamente, dar subsídios para que o EESMO possa adequar as suas intervenções às necessidades individuais e específicas de cada mulher, de modo a minimizar o sofrimento e promover a sua saúde e a adaptação da mesma à transição que está a vivenciar.

A opção metodológica para este estudo foi a revisão integrativa da literatura (RIL), tendo como questão orientadora (pergunta PICO): Qual a pertinência do recurso à hidroterapia pelo EESMO, como método natural, para promover o controlo da dor durante o trabalho de parto?

Com o propósito de darmos resposta aos objetivos delineados e permitir uma leitura e interpretação mais clara e concisa das atividades desenvolvidas, que conduziram ao crescimento pessoal e profissional e à aquisição das competências, estruturámos o relatório em quatro capítulos distintos.

O primeiro, segundo e terceiro capítulos dizem respeito a todas as atividades e competências que foram desenvolvidas durante o estágio de natureza profissional, nos seus três módulos diferenciados: a gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e autocuidado pós-parto e parentalidade. Cada um destes encontra-se nomeado com um título que nos pareceu apropriado, de acordo com as situações que vivenciamos e as que mais valorizamos em cada etapa.

Não obstante, no segundo capítulo abordamos e apresentamos todo o processo inerente à revisão integrativa da literatura, desde a introdução à problemática em estudo, passando pela metodologia utilizada com recurso à prática baseada na evidência até à discussão dos resultados e conclusões finais. No quarto e último capítulo concebemos uma análise crítica e reflexiva sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências durante o estágio de natureza profissional, explanando os contributos que este processo formativo nos proporcionou. Pois, sem dúvida, podemos afirmar que estes foram enormes potenciadores de um crescimento impregnado de aspetos positivos, com os quais aprendemos, inevitavelmente.

Em última instância interessa destacar que este relatório descreve o nosso percurso, tendo como suporte a melhor e mais atual evidência científica contrastando, por vezes, com aspetos que se encontravam protocolados pela organização e que ao longo do percurso assumimos uma atitude proativa, no sentido de respeitar e ou problematizar, pois fazem parte das atividades que suportam algumas das práticas dos EESMO. Em suma, durante este percurso sentimos a necessidade de recorrer a uma vasta pesquisa bibliográfica, utilizando bases de dados existentes na plataforma *EBSCO host* da ESEP, e ainda a *The Cochrane Library*, *Scielo* e *Pubmed*, entre outras, como se encontra espelhado nos capítulos seguintes que constituem o corpo deste relatório.

1. A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES E OS SEUS DESAFIOS

Uma das competências do EESMO diz respeito ao cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, com o objetivo de potenciar a sua saúde, detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010). Neste sentido, os cuidados de enfermagem prestados tiveram como objetivos promover a adaptação à gravidez, a preparação do casal para o parto e para a parentalidade, bem como identificar precocemente sinais e sintomas de possíveis complicações. As experiências adquiridas foram aliadas à centralidade nas intervenções de enfermagem, de acordo com a especificidade deste módulo do estágio, que permitiu a aquisição e o desenvolvimento de um conjunto de competências fundamentais, em cuidados especializados, para fazer face a intercorrências e/ou complicações associadas ao processo gravídico e de transição para a parentalidade.

No contexto social atual torna-se cada vez mais evidente, que a gravidez é um projeto em que a mulher e/ou casal investem e assumem com ele um compromisso total. A sua concretização torna real aquilo que era desejado e muitas das vezes já imaginado (J. Silva & Silva, 2009). Nesta linha de pensamento, podemos afirmar que a gravidez representa uma experiência singular na vida daquela pessoa/casal, dado que acarreta modificações fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais (Meireles, Neves, Carvalho & Ferreira, 2015). Todas estas transformações conduzem a um processo considerado irreversível e passível de mudar a identidade e o papel dos progenitores.

O conceito de gravidez e parentalidade são distintos. O primeiro refere-se ao período que medeia a conceção e o parto, tendo uma duração aproximada de 40 semanas. Por sua vez, a parentalidade engloba um processo que ocorre a longo prazo, podendo durar toda a vida. Logo, pode dizer-se que a gravidez representa para aquela pessoa uma transição com expectativas, medos e anseios, pois quer a mulher, quer o homem assumem o papel de mãe e pai, respetivamente (Brandão, 2009). Também Meleis, Sawyer, Hilfinger e Schumacher (2000) afirmam que as transições advêm das mudanças de vida, da saúde, dos relacionamentos e do ambiente. Esses períodos de mudança podem ser designados por momentos de instabilidade, seguidos de momentos de estabilidade.

Ao longo da vida, a pessoa experimenta fases de mudança que são marcadas por alterações de um estado para outro. A transição para a parentalidade é habitualmente considerada uma das transições desenvolvimentais mais significativas na vida dos indivíduos. Embora seja um acontecimento normativo e previsível para a maioria das pessoas, esta transição comporta mudanças e reorganizações individuais, familiares e sociais que acarretam potenciais riscos para a adaptação dos casais, mas constituem igualmente um momento privilegiado de desenvolvimento pessoal, num espaço temporal que exige reajustamento e em que se redefinem relações, ao mesmo tempo que o novo membro da família assume o seu próprio papel (Maldonado, 2013). A forma como se vivem estas transições e transformações é singular e única, visto que todas as gestações são diferentes, mesmo quando vividas pela mesma mulher, em diferentes circunstâncias ao longo do tempo (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015). Não obstante, importa ainda referir que na atualidade, o foco desta transição já não se encontra somente na mulher grávida e no seu filho, mas também recai sobre o homem, que vai assumir o papel de pai. Pois, são vários os estudos que se debruçam sobre a sua importância, mostrando a relevância da díade, o casal grávido. Santos e Cardoso (2010) referem-se, ainda, à transformação da díade para uma tríade, o que implica a construção de uma nova família, impondo a necessidade de existir uma adaptação gradual, mas permanente que transforma a vida do casal nas suas várias dimensões.

A adaptação à parentalidade é vivenciada de forma diferente pelo homem e pela mulher, isto é, a futura mãe inicia o processo durante a gravidez, pois tem a perceção do feto dentro de si. Por sua vez, o futuro pai inicia a adaptação ao seu novo papel após o nascimento. São vários os autores que relacionam diretamente o grau de envolvimento do pai na gravidez com o desempenho do papel parental, após o nascimento e a ligação que este estabelece com o filho (Nogueira & Ferreira, 2012). Nesse sentido, o pai também foi alvo da nossa atenção e procurámos perceber as suas preocupações e que desafios se lhe colocavam, para podermos respeitar um dos princípios que nos torna culturalmente competentes, como envolver o cliente em todo o processo de cuidados, relativo ao estado gravídico e, também, empoderá-lo para que fosse capaz de enfrentar, com mestria, os desafios face à situação atual e às possíveis mudanças futuras.

Assim sendo, as nossas intervenções não se circunscreveram ao processo fisiopatológico da gravidez, tendo sido muito mais abrangentes, dado que esta transição para a parentalidade traz consigo diversas mudanças e implica que cada um daqueles que se encontra a experienciar as mesmas tenha que se adaptar, ajustar e aprender a mobilizar

os recursos internos para ultrapassar os constrangimentos e/ou lidar à sua maneira com as emoções. Desta forma, centramo-nos nas necessidades individuais de cada cliente (mulher, homem, feto e familiares) decorrentes desta etapa vital, de modo a capacitá-los para que fossem capazes de vivenciar esta transição de forma saudável e resolver as situações de crise com resiliência (DGS, 2015).

A gravidez, na maioria das vezes, é encarada como sendo um “estado de graça”. Porém quando a mulher, casal e/ou família se deparam com uma complicação ao longo da mesma, os sentimentos de insegurança, incerteza, preocupação, ansiedade e medo sobrepõem-se a tudo o resto, sobretudo se à situação estiver associada a necessidade de internamento. O *stress* gerado é enorme e pode criar na mulher um sentimento de incapacidade e impotência. Em última instância, fazer com que a mesma se sinta menos mulher (Guerra, Braga, Quelhas & Silva, 2014). Além disso, como já descrito anteriormente, a gravidez traz consigo um conjunto de representações e significados que varia de pessoa para pessoa. Logo, uma situação que complique este processo, biologicamente natural, vai influenciar o comportamento dos seus intervenientes ao longo das semanas de gestação.

Segundo Montenegro e Rezende Filho (2017), a gravidez de risco pode ser definida como aquela em que a incidência de desfechos adversos para a mãe e/ou feto é superior à da população geral. A sua classificação tem um carácter dinâmico e esta pode ser categorizada em três níveis (baixo, médio e alto risco), de acordo com a tabela de Goodwin Modificada, avaliando parâmetros como a história reprodutiva, a história obstétrica anterior, as patologias associadas e complicações na gravidez atual.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017) alerta para o facto de cerca de 15% de todas as mulheres desenvolverem no decurso da sua gravidez complicações potencialmente fatais que requerem cuidados qualificados. Algumas destas poderão ainda ser sujeitas a uma grande intervenção obstétrica para sobreviverem. Esta situação implica reconhecer a necessidade de implementarmos intervenções de enfermagem, desde muito cedo, preferencialmente no acompanhamento pré-concepcional (DGS, 2015). Felizmente, a maioria das grávidas de risco são acompanhadas em ambulatório, nas consultas especializadas, médicas e de enfermagem, não necessitando de internamento em unidades hospitalares, exceto quando surgem complicações ou agravamento das mesmas que assim o exija.

Foi neste contexto de internamento que esta componente do estágio decorreu na Unidade de Grávidas de Risco, do Hospital Pedro Hispano, e a mesma permitiu-nos prestar

cuidados a grávidas portadoras de diferentes complicações e patologias, destacando-se como principais causas de internamento neste serviço: a ameaça de parto pré-termo (APPT), a pré-eclâmpsia e a rotura prematura de membranas (RPM). Além disso, tivemos contacto com grávidas que apresentavam hipertensão arterial, diabetes gestacional, colestase gravídica, restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e alterações do líquido amniótico (oligoâmnios). Na Tabela 1 encontra-se identificado o número de grávidas de risco assistidas neste módulo do estágio, bem como as que se encontravam internadas para indução do trabalho de parto.

129 Grávidas Assistidas	
Mulheres com Gravidez de Risco	Mulheres em Indução do TP
59	70

TABELA 1 - Número de grávidas cuidadas na Unidade de Grávidas de Risco.

Relativamente às grávidas internadas nesta unidade, para indução do TP, no final deste capítulo é feita uma abordagem mais pormenorizada das intervenções que desenvolvemos. Apesar do seu motivo de internamento nem sempre estar relacionado com a existência de patologia na gravidez, lidar de perto com a mulher grávida permitiu-nos enriquecer o nosso percurso, desenvolvendo competências neste domínio.

No decorrer deste módulo do estágio tornou-se perceptível que as grávidas/casais grávidos além de se encontrarem a vivenciar uma transição desenvolvimental, enfrentavam também uma transição situacional de saúde/doença, uma vez que à gravidez lhe tinha sido associada uma complicação que podia representar um evento crítico dificultador, de todo o processo de adaptação à gravidez e parentalidade. Assim, as intervenções de enfermagem por nós implementadas tiveram como enfoque facilitar a transição de cada um daqueles que foi alvo dos nossos cuidados. Importa, ainda, salientar que no nosso planeamento dos cuidados, alguns focos tiveram especial atenção, tais como: a consciencialização, a adaptação à parentalidade, a ligação mãe/pai-filho, a ansiedade, a autoestima, o autocuidado durante a gravidez, o conhecimento sobre a saúde e a gravidez comprometida (International Council of Nurses [ICN], 2019), sendo que estes dois últimos se encontram relacionados com as situações de existência de patologia na gravidez.

No momento do primeiro contacto com a grávida/casal, independentemente do motivo do internamento, apresentávamos a equipa, bem como todo o espaço físico do serviço e as

regras de funcionamento do mesmo. A admissão era essencial para que fosse estabelecida uma relação empática com a mulher/casal, tendo sempre em atenção a forma como falávamos com os mesmos, transmitindo-lhes confiança, no sentido de fazer com que estes se sentissem à vontade para colocarem todas as suas dúvidas. Tal forma de atuação revelou-se essencial e facilitadora do desenvolvimento da relação terapêutica (Diogo, 2017).

Após a apresentação do espaço físico e de acordo com a disponibilidade da grávida procedíamos à realização da colheita inicial de dados, pois esta avaliação é fundamental para a identificação de problemas, formulação de diagnósticos e implementação das respetivas intervenções de enfermagem (Santos, Veiga & Andrade, 2011). Assim sendo, questionávamos a mulher sobre o nome pelo qual preferia ser tratada; o motivo do internamento; o índice obstétrico; os antecedentes pessoais (patologias anteriores à gravidez e associadas à mesma) e familiares (patologias na família direta: mãe, pai, avós e irmãos) da mulher e do pai do feto, se possível; antecedentes obstétricos e ginecológicos; a presença de alergias; o grupo sanguíneo e o fator Rh; o peso anterior à gravidez e o peso atual; os medicamentos que tomava naquele momento; os hábitos de vida (consumo de álcool, drogas, tabaco); o contacto do convivente/familiar/pessoa significativa, caso existisse a necessidade de contactar a mesma. Como coadjuvante desta avaliação inicial era sempre consultado o boletim de saúde da grávida, o processo clínico, com o intuito de validarmos alguns dados, tais como a idade gestacional (IG), a data provável de parto, a vigilância da gravidez (análises sanguíneas, ecografias e outro tipo de rastreios efetuados) e problemas ocorridos durante a gestação até ao momento.

Face ao exposto, interessa aludir ao facto desta primeira avaliação se ter revelado essencial para melhor definir os focos de enfermagem e posteriormente as intervenções a implementar (DGS,2015). Ou seja, sem esta ferramenta seria impossível conseguir conceber um plano de cuidados que satisfizesse as necessidades daquela mulher, casal e/ou família conforme preconizado pela OE (2010).

A Adaptação à parentalidade pode ser definida como sendo “um conjunto de comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados”, de acordo com o ICN (2019, p. 38). Cabe ao EESMO acompanhar de forma contínua e atenta a grávida/casal grávido na adaptação à parentalidade, delineando, planeando e

implementando intervenções de enfermagem que visem a promoção de uma vivência saudável da parentalidade e gravidez, para que estes sejam capazes de exercer o papel parental com mestria, tomando as suas próprias decisões de forma consciente, informada e segura, levando à satisfação dos mesmos.

Quando abordado o conceito de adaptação à parentalidade surge de forma inequívoca um outro, a Consciencialização (Meleis et al., 2000). Dessa forma, este último tornou-se também um dos focos da nossa atenção. De acordo com os autores supracitados, a consciencialização diz respeito à percepção que a própria pessoa tem, bem como do seu conhecimento e reconhecimento da transição que está a vivenciar e acrescentam ainda que esta propriedade é fulcral para que haja uma adesão aos cuidados de saúde. Concomitantemente, o nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento, uma vez que a pessoa só se pode envolver depois de ter noção da mudança. O envolvimento é uma propriedade da transição e diz respeito ao nível de participação ativa no processo, de forma a ajustar-se ao novo papel, pode também descrever a preocupação e o interesse da mãe e do pai pelo filho. Ou seja, quanto maior for a sua percepção e reconhecimento da mudança atual na sua vida, maior é o grau de envolvimento. Nesse sentido, avaliámos a percepção do casal sobre as mudanças esperadas durante a gravidez e os comportamentos necessários para a adaptação à gravidez com complicações, e ainda o envolvimento do casal grávido e a existência de comportamentos de procura de saúde.

No sentido de promover a consciencialização da mulher/casal implementámos intervenções como: a realização de sessões em grupo, em que os temas de discussão eram definidos pelos casais, incentivando-os a participar nas mesmas. Tal intervenção permitiu, também, colmatar a ausência dos casais grávidos, nos cursos de preparação para o parto e parentalidade, dado que algumas das mulheres estavam internadas durante várias semanas. Pretendíamos, assim, que os intervenientes partilhassem as suas preocupações e sentimentos relativos a todo este processo de transição, tendo os mesmos sido incentivados a fazê-lo e a encontrarem estratégias que lhes fossem úteis para melhor se adaptarem às mudanças que estavam a vivenciar (International Council of Nurses, 2011).

A Ligação mãe/pai-filho descrita como “estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança” pelo ICN (2019, p. 65) foi sempre um dos focos da nossa atenção, uma vez que a intervenção do EESMO na avaliação e promoção da ligação emocional, entre a mãe e/ou o pai e o seu filho, contribui para o estabelecimento da relação da díade/tríade que começa na gravidez e se prolonga para toda a vida (A. Cardoso, 2011). A criação desta

relação na gravidez indica fortemente que a mesma perdurará após o nascimento, dependendo dela a satisfação e a competência no exercício do papel parental. Assim sendo, tornou-se essencial compreender os comportamentos dos casais grávidos durante o nosso contacto, com o intuito de ser realizado um diagnóstico diferencial relativamente ao foco em questão. Para tal, observávamos se se referiam ao filho pelo nome e de forma carinhosa, se planearam e desejaram a gravidez, se descreviam características positivas do feto quando este se mexia, se demonstravam preocupação quanto ao bem-estar, se seguiam as orientações dos profissionais de saúde, se procuravam informação sobre o desenvolvimento do feto e acariciavam a barriga. A promoção da ligação mãe/pai-filho foi, também, uma das nossas intervenções, para tal incentivámos e ensinámos sobre o uso de técnicas de estimulação fetal (auditivas e táteis), o desenvolvimento fetal, as características do RN, os movimentos fetais e permitíamos a audição dos ruídos cardíacos fetais.

Segundo o ICN (2019, p. 40), a Ansiedade é definida como “uma emoção negativa que gera sentimentos de ameaça, perigo ou angústia”. Tal emoção pode estar associada à gravidez, pois são várias as mudanças físicas, psicológicas e sociais que a mesma acarreta, exigindo que a mulher/casal façam reajustamentos e se adaptem, sabendo que não podem controlar tudo e que o desfecho final é uma incógnita. Esta cresce exponencialmente com a proximidade do parto, dada a ambivalência de emoções e sentimentos que ocorre nesta fase. Pois, a ansiedade está relacionada com o processamento seletivo da informação, interpretando-a como uma ameaça ao seu bem-estar e à sua segurança (Schlegel, Whalen & Williamsen, 2016). Logo, perante um estado de ansiedade é frequente que a pessoa se sinta insegura, apreensiva, desorientada, incapaz de tomar decisões e de se concentrar, e, fisiologicamente pode referir e apresentar palpitações, aumento da pressão arterial, taquicardia, tremores, transpiração, náuseas, vômitos, entre outros.

O nível de ansiedade aumenta proporcionalmente com o risco existente na gravidez, isto é, mulheres que veem a sua gravidez classificada como de médio ou alto risco estão mais propensas a níveis elevados de ansiedade e *stress*. N. Fairbrother, Young, Janssen, Antony e Tucker (2015) afirmam que o risco de desenvolver transtornos da ansiedade é 6,58 vezes maior para mulheres cuja gravidez foi categorizada como de médio risco e 5,17 vezes maior para mulheres cuja gravidez foi classificada como de alto risco, quando comparadas com as mulheres com gravidez de baixo risco. Por consequência, quanto mais ansiosa a grávida se sente, menor é a sua habilidade, capacidade de interação e comunicação com o seu filho.

Atualmente N. Fairbrother, Young, Zhang, Janssen e Antony (2016) comprovam que a ansiedade materna decorrente do período pré-natal está associada a resultados adversos da gravidez, tais como: o abortamento, a pré-eclâmpsia, o parto pré-termo e o baixo peso ao nascer. Esta emoção pode influenciar o desfecho materno-fetal, uma vez que níveis elevados de ansiedade parecem afetar o desenvolvimento do feto, pois conduzem ao aumento da pressão arterial, bem como à diminuição da perfusão sanguínea uterina.

Ao longo deste módulo do estágio foram várias as grávidas que acompanhamos com o diagnóstico de ansiedade, desse modo a nossa intervenção tornou-se emergente, tendo em conta as consequências que tal problema pode acarretar para a própria, mas também para o feto. Assim sendo, incentivamos a verbalização daquilo que mais as preocupava, que exprimissem as suas emoções e sentimentos negativos, para podermos compreender e valorizar os sentimentos mais positivos, encorajando-as a centrar as suas energias nos aspetos, que as tranquilizavam e, ainda, implementámos algumas estratégias, como a técnica de imaginação guiada e a musicoterapia (Willenswaard et al., 2017), incentivámos e estimulámos também a participação do pai e/ou de uma pessoa significativa nestas atividades (C. Teixeira, 2011).

Muitas vezes, as grávidas verbalizavam sentimentos que se associavam a uma baixa autoestima, sentindo-se por vezes incompetentes no seu papel, culpabilizando-se pelo internamento, desta forma, o foco Autoestima foi alvo da nossa atenção e segundo o ICN (2019, p. 42), o mesmo é definido como “autoimagem: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva”. As grávidas consideradas de risco apresentam uma autoestima menor quando comparadas com grávidas sem complicações, visto que a baixa autoestima pode ter repercussões no desempenho do papel parental, no estabelecimento da ligação mãe/filho e na saúde mental da mulher (Dias et al., 2008). A nossa intervenção revelou-se de extrema importância. Por conseguinte, implementámos intervenções como: elogiar; escutar; encorajar a identificar as suas qualidades, reforçando positivamente as mesmas; ajudar a identificar o apoio que as pessoas que lhe são significativas lhe dão; envolver todos aqueles que lhe são importantes na gravidez e auxiliar na identificação de metas realistas, desmistificando mitos (Machado, Vinholes & Feldens, 2013).

O facto da mulher se encontrar hospitalizada condiciona a sua presença nas sessões de preparação para o parto e parentalidade, como já supracitado, tornando a nossa intervenção neste domínio fundamental, tendo sido abordados temas relativos ao parto, pós-parto e cuidados ao RN, quer de forma individual, quer em grupo, de acordo com a avaliação da necessidade de tais intervenções ou conforme solicitação.

Perante as necessidades por nós identificadas, sentidas e verbalizadas pelo casal, respeitámos a idade gestacional, independentemente do diagnóstico associado à gravidez e realizámos intervenções de aconselhamento e orientação relativas a vários focos do Autocuidado durante a gravidez: ingestão nutricional, sono e repouso, exercício físico, cuidar da higiene pessoal, arranjar-se, vestir-se, uso de substâncias, comportamentos de segurança, processo sexual, gestão dos efeitos colaterais da gravidez e gestão do regime terapêutico (ICN, 2019). Tais intervenções tinham como principal finalidade promover o bem-estar materno e fetal e centravam-se: no ensino sobre os alimentos que a grávida deveria privilegiar e os que deveria evitar, tendo por base o conhecimento dos seus hábitos alimentares atuais; informar sobre o aumento do peso esperado; aconselhar sobre estratégias facilitadoras do sono; explicar as vantagens da prática de exercício físico durante a gravidez, tendo em consideração a idade gestacional e a situação clínica da mulher; ensinar sobre hábitos de higiene, incluindo a temperatura da água do banho e os produtos aconselhados; informar sobre as recomendações quanto à pintura do cabelo e das unhas, realização da depilação e ao uso de maquilhagem; ensinar sobre o uso de vestuário e calçado adequados; informar sobre os efeitos adversos para o feto perante o consumo de café, tabaco, bebidas alcoólicas e fármacos; explicar os cuidados de segurança a ter no uso de transportes; informar sobre o uso de produtos químicos e/ou tóxicos, o contacto com gatos; ensinar sobre a sexualidade durante a gravidez; explicar os desconfortos que podem ocorrer durante o processo gravídico, como náuseas, vómitos, azia, edema, obstipação, câibras, entre outros, e quais as estratégias que podem adotar para melhor os gerirem; informar sobre a importância da adesão ao regime terapêutico.

No que concerne, ao foco de atenção Conhecimento sobre a saúde (ICN, 2019), podemos afirmar que o mesmo se revelou fundamental, uma vez que se refere à capacidade da grávida/casal identificar sinais de alerta, para prevenir complicações e promover o envolvimento do casal no processo de cuidados, diminuindo, assim, a ansiedade e reforçar a sensação de autocontrolo.

Perante situações de déficit de conhecimento, as nossas intervenções situaram-se na explicação dos sinais de alerta a ter em atenção, adequados à idade gestacional, bem como à complicação/patologia diagnosticada. No primeiro trimestre da gravidez eram orientadas no sentido de que sempre que apresentassem febre, ardência a urinar, dores abdominais, diarreia, vômitos persistentes ou hemorragia vaginal deveriam procurar um profissional de saúde. Após o primeiro trimestre, deveriam estar atentas aos sinais e sintomas como a perda de líquido ou corrimento vaginal com prurido, hemorragia vaginal, dor epigástrica, ardor ao urinar, cefaleias intensas ou persistentes com perturbações de visão associadas, edema da face e mãos, alteração do padrão ou diminuição da percepção dos movimentos fetais e identificação dos sinais de trabalho de parto (percepção de contrações uterinas regulares, dolorosas e de intensidade e duração crescente) e rotura prematura de membranas (Fraser & Cooper, 2010).

No sentido de compreender o bem-estar materno e fetal eram realizados certos procedimentos, sempre que se justificasse e dependendo das necessidades de cada cliente, tais como: a avaliação e monitorização dos sinais vitais maternos (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corporal e dor); a auscultação cardíaca fetal com o Doppler, quando a gravidez ultrapassava as 12 semanas de gestação, ou com cardiotocógrafo depois das 28 semanas, bem como a avaliação de sinais e sintomas que poderiam estar associados a uma complicação da situação que justificou o seu internamento (Ramalho, 2014).

Também a ameaça de parto pré-termo foi um dos diagnósticos com maior prevalência durante este módulo do estágio. Este pode ser definido como o aparecimento de contratilidade uterina frequente e regular, com formação do segmento inferior uterino, antes das 37 semanas de gestação, mas sem repercussão ao nível do cérvix. O trabalho de parto pré-termo implica uma sintomatologia semelhante, mas é acompanhada de alterações do colo uterino, nomeadamente extinção e dilatação deste (Montenegro & Rezende Filho, 2017). O parto pré-termo (PPT) é aquele que ocorre entre as 22 e as 36 semanas e seis dias de gravidez, e acontece em cerca de 10% das gravidezes, sendo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade neonatal, dado que metade dos óbitos ocorre em RN com peso igual ou inferior a 1500 gramas à nascença. Estes RN apresentam um risco aumentado de complicações neurológicas, respiratórias, cardíacas e gastrointestinais (OMS, 2013).

A etiologia do PPT é multifatorial. As causas podem estar associadas à RPM, a corioamniotite, a infecções do trato urogenital, a anomalias da placenta e/ou do útero, a incompetência cervical, a patologias fetais, a gravidez gemelar, muitas vezes ocorrida pelo uso de técnicas de reprodução medicamente assistida (Clode, Jorge & Graça, 2012). Além destas, Montenegro e Rezende Filho (2017) indicam fatores demográficos (baixo nível socioeconômico e educacional, a etnia, a idade materna <18 ou >35 anos), os hábitos de vida (tabagismo, uso de drogas ilícitas, *stress*), a assistência pré-natal deficiente, o baixo peso antes da gravidez e o ganho de peso inadequado na gestação como causas que contribuem para este problema.

Os fatores de risco supracitados tornam-se para nós um foco de atenção relevante, no sentido de vigiar a gravidez e delinear intervenções que minimizassem ou eliminassem tais fatores, no sentido de prevenirmos situações de PPT. Após estabelecido o diagnóstico e o consequente internamento da grávida no serviço, a conduta adotada caracterizava-se essencialmente pela implementação de intervenções cujo principal objetivo era, não só o prolongamento da gravidez, mas sim o prolongamento da gravidez o tempo necessário para que fosse instituída terapêutica capaz de aumentar as hipóteses de sobrevivência do RN, diminuindo assim a morbimortalidade associada ao PPT (Schleubner, 2013).

Perante este diagnóstico eram executadas intervenções resultantes de prescrição e intervenções de enfermagem autônomas que visavam facilitar o processo de transição da grávida/casal, bem como manter o bem-estar materno-fetal. Estas focaram-se na vigilância da contratilidade uterina, na auscultação fetal, na promoção de hábitos de saúde e na prevenção e detecção de sinais e sintomas de trabalho de parto, dotando a grávida/casal de conhecimentos e habilidades, no sentido de facilitar a adesão ao regime terapêutico.

Relativamente às intervenções interdependentes, estas passaram pela administração de fármacos tocolíticos e corticoides, conforme o protocolo instituído no serviço. Logo à chegada à unidade ou ainda no serviço de urgência era administrado à grávida, com este diagnóstico, nifedipina 30 miligramas em comprimidos ou atosiban em perfusão endovenosa, durante aproximadamente 48 horas (usado entre as 24 e as 32 semanas e 6 dias de gestação), com o intuito de promover a tocolise, conforme protocolo e prescrição médica.

Antes da administração dos fármacos avaliávamos o conhecimento da mulher/casal sobre os mesmos. Perante situações de déficit de conhecimento identificávamos o diagnóstico Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime medicamentoso (ICN,

2019), e explicávamos o tipo de fármacos que tinha prescrito, a sua função e os seus efeitos colaterais.

Quanto à terapêutica prescrita importa realçar que o uso de tocolíticos visa prolongar a gestação em pelo menos 48 horas enquanto se aguardam os efeitos benéficos da corticoterapia, tentando parar a contratilidade uterina existente (Montenegro & Rezende Filho, 2017). Estes eram utilizados apenas em grávidas com idade gestacional compreendida entre as 24 e as 33 semanas e seis dias, conforme protocolo do serviço. De entre os vários medicamentos tocolíticos, o mais utilizado era a nifedipina em comprimidos (via oral), atuando como bloqueador dos canais de cálcio. Para vários autores é considerado o medicamento de primeira linha, dado que a sua via de administração é a mais fácil e apresenta uma baixa incidência de efeitos secundários (cefaleias, fadiga e *flush* cutâneo), e ainda é aquele que tem menores custos para as instituições hospitalares (Montenegro & Rezende Filho, 2017). Porém, a escolha da equipa médica tinha em consideração a idade gestacional, a relação custo-benefício e os riscos/efeitos secundários de cada medicamento, conforme indicado no protocolo do serviço. Perante a incapacidade de inibição da dinâmica uterina, ou seja, quando se verificava a ausência de resposta de um tocolítico este era suspenso e iniciava-se novo ciclo com outro fármaco, conforme prescrição médica.

Relativamente à corticoterapia, é possível dizer que esta terapêutica era administrada entre as 24 e as 33 semanas e seis dias, de acordo com o protocolo do serviço, com o intuito máximo de promover a maturação pulmonar fetal em gestantes com risco de PPT. A sua administração está associada a baixas taxas de morbimortalidade no PPT, reduzindo a mortalidade neonatal, a incidência de síndrome da membrana hialina, enterocolite necrosante e hemorragia intraventricular no recém-nascido pré-termo (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2016).

Os corticoides mais frequentemente administrados foram a dexametasona (seis miligramas por via intramuscular, com seis horas de intervalo, entre as quatro doses) e a betametasona (12 miligramas por via intramuscular com 24 horas de intervalo entre as duas doses), de acordo com o protocolo instituído no serviço. Estes fármacos apresentam como efeitos secundários frequentes para o feto: alterações do comportamento fetal (diminuição da variabilidade e frequência cardíaca fetal (FCF)), pois passam a barreira placentária e para a grávida: hiperglicemia, aumento da tensão arterial, retenção de líquidos, edema facial, acne e distúrbios gastrointestinais (Cunningham et al., 2012). Assim

as intervenções de enfermagem associadas à administração de corticoterapia depreenderam-se com a monitorização da glicemia capilar, a avaliação do traçado cardiotocográfico e o ensino sobre o fármaco a administrar, incluindo os possíveis efeitos secundários associados à toma do mesmo.

A realização do ciclo de resgate encontra-se atualmente desaconselhada por não trazer benefícios relevantes para o recém-nascido pré-termo, podendo estar, segundo alguns estudos, associada a restrição do crescimento fetal e diminuição da circunferência da cabeça do feto (Pinto, Ferraz, Ramalho & Montenegro, 2015; Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2012). Todavia, em certas situações foram realizados os ciclos de resgate, conforme indicação médica. De acordo com alguns autores tal prática é benéfica quando o primeiro ciclo é feito em idades gestacionais inferiores a 26 semanas, com um intervalo de pelo menos 15 dias do primeiro ciclo e quando é administrado antes de completadas as 32 semanas de gestação e é expectável que o parto ocorra dentro de sete dias (ACOG, 2016).

O sulfato de magnésio era administrado com o propósito de reduzir a incidência de situações como a paralisia cerebral em RN com IG inferior a 32 semanas (Lloreda-Garcia, Lorente-Nicolás, Bermejo-Costa, Martínez-Uriarte & López-Pérez, 2016). Todavia, este pode provocar na mulher calor, *flushing* facial, diaforese, náuseas, vômitos e cefaleias. A sua toxicidade pode levar à depressão respiratória e conseqüentemente à morte (Castro, Gameiro, Araújo, Pinto & Teles, 2014). Relativamente ao feto pode levar a uma diminuição da variabilidade e da FCF basal. As nossas intervenções passaram pela monitorização do bem-estar fetal, através da cardiotocografia (CTG); monitorização dos sinais vitais maternos, da saturação periférica do oxigénio, do débito urinário e testar os reflexos rotulianos (Castro et al, 2014).

Das intervenções resultantes de prescrição, ministrámos, também, a antibioterapia profilática, de acordo com o protocolo previamente instituído nas situações de APPT ou PPT iminente, quando a mulher apresentava estreptococos do grupo B (SGB) ou *streptococcus agalactiae* positivo, desconhecido ou realizado rastreio há mais de cinco semanas. No sentido de garantir que as nossas intervenções, tal como em todas as situações, eram suportadas pela evidência científica, para além das intervenções no domínio do ensinar, ajudar e orientar confirmamos que a pesquisa do SGB é recomendada a todas as mulheres e realiza-se entre as 35 e as 37 semanas de gravidez, através da colheita de exsudado vaginal e retal (ACOG, 2019). Esta bactéria foi isolada pela primeira vez na década de 70, do século XX, e identificada como sendo a principal causadora de morbilidade e mortalidade

perinatal, provocando sépsis e meningite neonatal, alojando-se no trato gastrointestinal e posteriormente no sistema geniturinário da mulher (National Center for Disease Control and Prevention, 2010). O SGB pode provocar infecções do trato urinário, amnionite e sépsis na grávida, e ainda originar, muito raramente, casos de restrição do crescimento intrauterino. Geralmente, a transmissão deste microrganismo da mulher para o seu filho ocorre após o início do trabalho de parto ou da rotura de membranas (Montenegro & Rezende Filho, 2017). O fármaco mais utilizado para combater esta bactéria era a penicilina ou ampicilina, por via endovenosa. Em situações de hipersensibilidade destes fármacos era administrada cefazolina, conforme o protocolo instituído e prescrição médica (Ohlsson & Shah, 2014).

Outra das situações frequentes que requereu a nossa intervenção foi cuidar mulheres com o diagnóstico de APPT, em que estava presente a rotura prematura de membranas. Esta pode ser definida como a perda de líquido amniótico (LA) ocorrida antes das 37 semanas de gestação, tendo uma incidência de três por cento e sendo responsável por aproximadamente 30% dos partos pré-termo (ACOG, 2018). Um dos cuidados que tivemos foi evitar o toque vaginal, já que este se encontra contraindicado nestas situações. Está relacionada com infecções da mãe e/ou do feto, compressão do cordão umbilical e descolamento prematuro da placenta (DPP). Apesar do diagnóstico clínico ser o mais frequente, pode ser efetuado um teste que consiste num *swab* vaginal (*AmniSure*), o qual permite perceber se estamos perante líquido amniótico, para confirmar a rotura.

As nossas intervenções face à mulher com RPM dependiam da idade gestacional e da existência de complicações associadas e os protocolos da unidade de cuidados. Se a decisão da equipa médica, fosse pela indução do TP na RPM após as 34 semanas, ou se entre as 24 e as 34 semanas optassem por um comportamento expectante, procedíamos à administração de antibióticos como medida profilática e corticoides para a neuroprotecção fetal, conforme prescrição médica. Também a realização da cardiotocografia, a vigilância da perda de LA (cor, quantidade, cheiro), a avaliação do conhecimento da grávida sobre os sinais de alerta fizeram parte integrante das nossas intervenções. O ensinar, orientar e instruir foram intervenções desenvolvidas com e para a mulher, sobre o repouso relativo ou absoluto no leito, a avaliação dos conhecimentos da grávida/casal sobre os medicamentos e, surgiu assim, o foco Conhecimento sobre o regime medicamentoso (ICN, 2019). Em caso de falta de conhecimento, era elaborado o diagnóstico Potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime medicamentoso, e dessa forma eram explicados ao casal

grávido quais os efeitos terapêuticos da medicação administrada e quais os efeitos colaterais da mesma.

A maioria das grávidas com o diagnóstico de APPT e RPM tinham como prescrição o repouso relativo ou absoluto no leito, apesar desta intervenção não reunir consenso entre todos os profissionais. No entanto, aqueles que apoiam este tipo de intervenção fazem-no com o principal objetivo de prevenir situações como o PPT (Young e Young-Joo, 2018). O repouso no leito limitava a atividade da grávida, fazendo com que esta permanecesse na cama a maior parte do tempo, na maioria das vezes. A exceção era a ida à casa de banho para realizar a sua higiene pessoal. Por sua vez, são vários os autores que referem não encontrar evidências para apoiar ou refutar a eficácia do repouso na prevenção desta complicação, referindo que tal intervenção não deveria ser implementada por rotina (ACOG, 2012), sugerindo que o repouso no leito e a limitação da atividade da grávida não reduzem significativamente o risco de PPT e podem, de facto, potenciar o risco de complicações, tais como: a atrofia muscular, a perda óssea, a perda de peso, o tromboembolismo, a diminuição do peso ao nascer em gestações únicas, a depressão e a ansiedade (Young & Young-Joo, 2018). A ansiedade, o receio e o *stress* encontravam-se exacerbados nas mulheres, com indicação para repouso absoluto no leito, pois tornavam-na ainda mais dependente de outros (A. Domínguez-Luna, Fernández-Míguez & Domínguez-Luna, 2012). De forma a minimizar alguns dos constrangimentos recorreremos a técnicas de relaxamento, como a técnica de imaginação guiada, incentivamos a partilha de sentimentos e emoções com o grupo de grávidas internadas em iguais circunstâncias e, sempre e quando entendesse por bem, partilhar as suas preocupações com a equipa.

A realização e a interpretação da cardiocotografia, fez parte das nossas intervenções, por ser uma das intervenções autónomas, que permite a vigilância do bem-estar fetal, bem como a presença de contratilidade uterina. Sempre que possível, antes da realização do exame, aproveitávamos para realizar as quatro Manobras de Leopold, com o propósito de identificar o número de fetos, a apresentação, a posição e atitude fetal, o encravamento e o foco de auscultação (Cunningham et al., 2012). Em certas situações, tínhamos alguma dificuldade em interpretar os dados, como nos casos de grávidas obesas, maior quantidade de LA e placenta de implantação anterior (National Collaborating Centre for Women's, 2008). Após a realização destas manobras procedia-se à cardiocotografia. Este é um exame que permite a monitorização fetal externa e simultânea da frequência cardíaca fetal (cardiografia), da contractilidade uterina (tocografia), dos movimentos fetais (actografia) e dos movimentos fetais sentidos pela mãe. O tocodinamómetro era colocado no “fundo

uterino”, no sentido de se avaliar a contractilidade uterina. A sonda da cardiografia (eco-doppler) era colocada sobre o foco fetal, com o objetivo de se avaliar a frequência cardíaca fetal. E ainda, era solicitado à mulher que sempre que sentisse os movimentos do seu filho os registasse (Graça, 2017).

Após visualizar o início do gráfico, resultante deste procedimento, sugeríamos à grávida que adotasse a posição em que se sentisse mais confortável, preferencialmente em decúbito lateral esquerdo, já que o decúbito dorsal pode conduzir a uma compressão da veia cava inferior, afetando a perfusão uteroplacentária e a oxigenação fetal (Amorim, Porto & Souza, 2010). Esta monitorização era efetuada a todas as grávidas com idade gestacional superior ou igual a 28 semanas, durante 30 a 40 minutos. Usualmente era realizada uma vez por turno, conforme o protocolo instituído no serviço. Todavia, se existisse um traçado suspeito, prolongava-se a duração do mesmo e a equipa médica também era informada.

Um traçado é suspeito quando pelo menos um critério de normalidade não se encontra presente, sem apresentar características patológicas, como a linha de base inferior a 110 batimentos por minuto (bpm), variabilidade reduzida ou aumentada, padrão sinusoidal e a presença de desacelerações tardias e repetitivas ou prolongadas (D. Campos, Spong & Chandraharam, 2015). Um traçado patológico pode indicar o risco de hipoxia fetal.

Assim sendo, interessa aludir para o facto de um traçado de CTG poder ser classificado em normal, suspeito ou patológico. Este é considerado normal sempre que apresenta uma linha de base entre os 110 e os 160 bpm, variabilidade longa (5-25 bpm) e sem desacelerações repetitivas. No entanto, o CTG não nos fornecia uma avaliação exata do que estava a acontecer, mas sim uma probabilidade, de previsão. Tal situação poderia sugerir uma atitude demasiado interventiva, isto é, poderia ter um elevado valor preditivo negativo. De acordo com a evidência científica e sob a orientação da nossa tutora tivemos uma atitude expectante, mas ativa, tentando sempre identificar algo que pudesse condicionar aquela definição do traçado/registo. Por exemplo, no que concerne à APPT, deparávamo-nos algumas vezes com traçados com baixa variabilidade, uma vez que as grávidas se encontravam a realizar corticoides, dada a imaturidade do sistema nervoso central fetal (Campillos, Rodríguez & Cruz, 2011).

Acresce ainda, que a monitorização da FCF era efetuada todos os turnos, como forma de verificar o bem-estar fetal, através do estetoscópio de ultrassons *Doppler*, nas grávidas com idades gestacionais compreendidas entre as 12 e as 28 semanas. Essa auscultação era

realizada de forma intermitente e pretendia-se com a mesma obter valores de FCF normais (120 a 180 bpm em gravidezes inferiores a 28 semanas e 110 a 160 bpm após as 28 semanas) (Lowdermilk & Perry, 2008).

A preparação do regresso a casa era feita ao longo do internamento. Uma vez que, explicávamos à grávida/casal os cuidados a ter, de acordo com as suas necessidades, a consciencialização dos comportamentos que poderiam colocar em risco o seu estado, tais como: a atividade sexual, as viagens de longa distância, evitar a realização de tarefas domésticas pesadas, ter uma vida o mais tranquila possível, embora em algumas situações pudessem executar as suas atividades diárias, privilegiando períodos de repouso, bem como quais os motivos que deveriam justificar a sua vinda ao serviço de urgência.

Neste serviço também estavam internadas grávidas para indução do trabalho de parto. Esta consiste no desencadear de forma artificial as contrações uterinas, para que estas se tornem rítmicas e conduzam ao início do TP (DGS, 2015). Era realizada no término da gravidez por ser a opção que apresentava maior benefício e um desfecho perinatal mais positivo do que a sua continuidade. Esta é uma prática em crescendo e recorrente, estimando-se que represente cerca de 20% a 30% dos partos (West, Jozwiak & Dodd, 2017).

Constatámos que era frequente a indução do TP e a maturação cervical nas seguintes situações: gestações entre as 41 e as 42 semanas não complicadas, pré-eclâmpsia, diabetes *mellitus*, RPM, isoimunização Rh, oligoâmnios em gestação de termo, RCIU com alterações fluxométricas e óbito fetal (DGS, 2015). Acresce ainda que, este procedimento deve ser evitado antes das 39 semanas de gestação, exceto nos casos em que exista um risco de compromisso do bem-estar materno e/ou fetal (DGS, 2015). Além disso, Castán, Homs, Colás, e Colás (2013), sugerem que deve ser realizado com precaução, visto que aumenta o risco de desenvolvimento de traçados patológicos e da necessidade de instrumentalização do parto, realização de cesarianas de emergência, prolapso do cordão, distocia de ombros, rotura uterina e hemorragia pós-parto (HPP).

A maioria das mulheres que cuidamos e que tinham sido submetidas a esta prática tinham atingido as 41 semanas de gestação ou eram diabéticas gestacionais. No caso das diabéticas gestacionais controladas, somente com dieta, era-lhes induzido o TP pelas 40 semanas e as restantes controladas com antidiabéticos orais e/ou insulina às 39 semanas de gestação, conforme protocolado e em concordância com o consenso da diabetes e gravidez em 2011. Esta medida justificava-se pelo facto dos filhos de mães diabéticas apresentarem um risco acrescido de desenvolverem complicações associadas à

macrossomia fetal, como a distocia de ombros (M. Almeida, Dores, Ruas, Vicente & Paiva, 2017).

Verificamos, também algumas contraindicações para a realização da indução do TP, tais como: antecedentes prévios de rotura uterina, infeção ativa por herpes genital, placenta prévia, apresentação fetal não cefálica, prolapso do cordão umbilical, incompatibilidade feto-pélvica e carcinoma invasivo do colo (Wing, 2016). Na atualidade existem vários métodos de indução do TP. No entanto, os fármacos que a prescrição médica privilegiava, tinham em consideração o índice de *Bishop*, visto que este tem uma elevada correlação com a eficácia da terapêutica (ACOG, 2009). Perante uma pontuação inferior a sete era realizada a maturação cervical, recorrendo à aplicação de dinoprostona em dispositivo intravaginal de libertação lenta ou misoprostol em comprimidos intravaginais ou através de métodos mecânicos (aplicação de uma sonda de *Foley* dilatada com SF) (DGS, 2015). Quando o índice de *Bishop* fosse superior a sete, a opção da equipa médica era proceder à indução do TP, através da administração de ocitocina por via endovenosa, de acordo com o protocolo instituído. Nas situações em que as mulheres tinham sido submetidas a uma cesariana anterior, se o índice de *Bishop* fosse superior a sete pontos era prescrita a administração de ocitocina, mas se inferior a sete pontos, o TP era induzido mecanicamente com sonda de *Foley*, sem recurso a fármacos, conforme protocolo instituído no serviço.

Assim sendo, os focos de enfermagem por nós identificados foram a Consciencialização, o Conhecimento sobre a indução do TP e a Oportunidade de TP (ICN, 2019). Na sua maioria, os casais quando admitidos no serviço, questionavam sobre quais as razões para a indução do TP, apesar de verificarmos que a maioria possuía alguns conhecimentos que lhes permitiam uma consciencialização facilitadora, em alguns casos existiam mitos e falta de conhecimentos relativos à indução do TP. Nesta situação identificámos o Potencial para melhorar o conhecimento sobre a indução do TP, implementámos intervenções que visavam aumentar o conhecimento do casal grávido sobre este processo, através da explicação e do reforço da importância da vigilância do bem-estar materno e fetal.

Concomitantemente, procedíamos à monitorização através do CTG, de forma contínua durante duas horas, após a equipa médica ter administrado o fármaco para maturação cervical, conforme protocolado, e instruíamos a mulher sobre a necessidade de repouso durante esse período de tempo. Nesta fase tivemos sempre uma atitude proativa na vigilância, com o intuito de identificarmos possíveis complicações associadas ao uso deste

tipo de medicamentos, quer para a mulher, quer para o feto. Consideramos que foi de extrema importância monitorizar e controlar de forma permanente esta situação, pelo risco existente de taquissistolia e/ou hipertonia uterina resultantes da hiperestimulação do útero causada pelos fármacos indutores do TP ou da maturação cervical (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2008). Apesar de conscientes, destas possíveis complicações nunca nos deparámos com tais situações.

Por fim, estamos cientes que a nossa atuação como futura EESMO se pautou por agir e desenvolver não só uma prática crítica e consciente da exigência inerente ao desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, mas também manter uma conduta onde a mulher e o casal assumissem a centralidade dos nossos cuidados, como pessoa. A nossa preocupação com a consciencialização foi reforçada pela importância do seu envolvimento com esperança e confiança, no sentido de ajudar a desmistificar os medos. Pois, apesar deste período poder afigurar-se ameaçador, para o seu bem-estar e para o seu projeto de parentalidade, quisemos fazer-lhes sentir a tranquilidade e a confiança desejada. Assumimos o desafio de desenvolvermos práticas emancipatórias, no sentido de demonstrar que eram cuidados por uma equipa de profissionais especializada, nos quais nós nos integrávamos com competência para avaliar as intervenções à mulher, casal e família com patologia concomitante à gravidez, que na nossa perspetiva tiveram como foco primordial o bem-estar materno e fetal.

2. UM OLHAR RETROSPETIVO SOBRE O CUIDADO À MULHER, CASAL, FAMÍLIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

O ser humano passa a maior parte da sua vida em constante mudança, sofrendo ao longo do tempo eventos críticos, que determinam passagens de um estado para outro no seu ciclo de desenvolvimento, que confere sentido ao seu trajeto de vida, ao qual podemos atribuir a definição de transição. Esta ocorre devido a um evento significativo que exige que o indivíduo se reajuste, readapte e redefina novos padrões de resposta ao nível das capacidades, relações e papéis (Meleis, 2010). Enquadramos a transição para a parentalidade neste domínio, por ser uma das mais importantes transições desenvolvimentais da pessoa, não só marcada pelo nascimento do seu filho, mas também pelas mudanças de ordem física, emocional, relacional, familiar, social e organizacional que o papel parental acarreta.

Apesar da discórdia no que respeita à sua cronologia, todos concordam que esta transição transcende o momento do parto, sendo considerada um processo dinâmico de reajustamento e reorganização no sistema familiar e nas suas relações com o mundo exterior. Geralmente, esta vivência encontra-se associada a sentimentos de alegria e satisfação, uma vez que se atinge a realização pessoal e a pessoa se sente mais completa enquanto ser humano. Porém, a dificuldade desta reside no facto de haver uma necessidade constante de reajuste à medida que o filho cresce e se desenvolve (Walsh, 2016).

Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, realizar o parto num ambiente seguro, promover a saúde da parturiente e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, diagnosticar e prevenir complicações para a saúde de ambos constituiu a nossa maior preocupação, no sentido de dar resposta não só às necessidades em cuidados especializados, mas também cumprir os enunciados preconizados nesta etapa pela OE. Paralelamente, a OMS (2015), acresce ainda que aquele que cuida no parto normal, deve intervir o menos possível, preservar sempre as convicções e os desejos da mulher/casal e manter a segurança desta e do seu filho.

Ao longo deste módulo do estágio que decorreu no Bloco de Partos, do Hospital Pedro Hispano colaborámos, com a equipa multidisciplinar, em cinco partos eutócicos, 10 partos

distócicos por ventosa e três por fórceps e realizámos 41 partos eutócicos, conforme apresentado na tabela 2. Cada um constituiu um momento único de aprendizagem, pois pudemos partilhar a experiência vivida por cada parturiente/pessoa significativa.

103 Parturientes cuidadas			
46 Partos Eutócicos		13 Partos Distócicos	
41 Partos Realizados	5 Partos Participados	10 Ventosas	3 Fórceps

TABELA 2 - Número de parturientes cuidadas no Bloco de Partos

Neste contexto, desenvolvemos práticas e implementamos intervenções que vamos descrever ao longo deste capítulo, com o objetivo de promover uma transição para a parentalidade positiva e satisfatória. Partimos do pressuposto que este momento é dos mais significativos para o casal e que deixa marcas inabaláveis nas suas vidas, influenciadas por diversos fatores, tais como: as experiências anteriores, as expectativas, a cultura, o conhecimento sobre o trabalho de parto e parto, o suporte que lhes é dado pela rede familiar, amigos e profissionais de saúde (Emmanuel & St John, 2010; Velho, Santos, Bruggmann & Camargo, 2012).

Nesta linha de pensamento, importa realçar que esta preocupação com as parturientes, em que fossem acompanhadas pela pessoa significativa, foi uma tarefa muito fácil. Pois, o Hospital Pedro Hispano, tendo sido distinguido como um dos Hospitais Amigo dos Bebés tem incorporadas políticas que visam a promoção do bem-estar materno e fetal e posteriormente do RN, ao permitir a presença de um convivente significativo, durante 24 horas por dia, no decorrer do trabalho de parto, parto e período pós-parto, com o intuito de promover a ligação mãe/pai-filho, e, também, contribuir para a satisfação da mulher/casal, no sentido de garantir uma transição para a parentalidade saudável.

A estrutura física do Bloco de Partos permite a privacidade da parturiente/casal já que os quartos são individuais. Esta condição facilitava o cuidado centrado na individualidade de cada mulher/casal, imperando o respeito e o direito individual das pessoas à sua autodeterminação, enquanto seres únicos, através da compreensão e da centralidade da pessoa, tal como preconizam McCormack et al. (2015). Também no reconhecimento do seu lugar na parceria de cuidados através do seu envolvimento no processo de tomada de decisões. Nesta perspetiva, a nossa conduta caracterizou-se, essencialmente, por tentar dar resposta às necessidades específicas de cada casal como alvo dos nossos cuidados.

Outro dos aspetos essenciais em que pudemos colaborar foi na visita que o hospital promovia aos vários serviços que constituíam o departamento de saúde da mulher e da criança. Nesta visita acompanhamos os casais, dando-lhes a conhecer a estrutura, formas de organização e dinâmica dos vários espaços que poderiam vir a ocupar e/ou serviços a usufruir. Desmistificamos, também, aspetos ou situações que lhes poderiam vir a causar mais ansiedade. Esta visita como atividade promotora de tranquilidade aos casais, para minimizar o medo do desconhecido surtiu os efeitos desejados. Era perceptível que no dia em que davam entrada na unidade, para serem internados, se sentiam à vontade e que aquele espaço também já era seu, o medo do desconhecido e a desconfiança que poderiam gerar desconforto não eram demonstrados (Bellis, 2011). Ao acolhermos a parturiente e o seu acompanhante no serviço apresentávamos-lhes a equipa, bem como os seus direitos e deveres, explicitando as regras de funcionamento do serviço. O acolhimento revelou-se essencial para estabelecer uma relação terapêutica e de confiança (Diogo, 2017).

Após a sua chegada à admissão era realizado o exame físico e efetuados exames complementares de diagnóstico, para avaliar a sua situação e o bem-estar fetal através da cardiocografia. Face à presença de sinais e sintomas que indicassem que a mulher estava em fase ativa do TP era admitida e rumava ao Bloco de Partos. O internamento realizado nesta fase apresenta diversas vantagens, como um menor tempo de internamento, uma maior sensação de autocontrolo por parte do casal, em especial pela mulher e ainda um melhor desfecho perinatal (Institute for Clinical Systems Improvement, 2013). Caso a mulher se encontrasse numa fase latente do trabalho de parto e tivesse RPM era internada na Unidade de Grávidas de Risco, com o intuito de se proceder à vigilância e monitorização materna e fetal até ao início espontâneo ou indução do TP.

Após a acomodação da mulher e convivente significativo, no quarto procedíamos à colheita de dados através da entrevista, consulta do boletim de saúde da grávida e do seu processo clínico, no sentido de compreender detalhadamente a história da mulher (idade, profissão, antecedentes pessoais e obstétricos, medicação domiciliária, alergias, grupo sanguíneo e fator Rh), a idade do pai e o seu grupo sanguíneo e fator Rh, a história do casal, como decorreu a gravidez atual e anteriores (idade gestacional, índice obstétrico, análises sanguíneas, ecografias, complicações), quais eram as suas expectativas, como tinham sido as suas experiências anteriores (se existissem), as suas preferências alimentares, se tinham delineado um plano de parto e, ainda, se tinham realizado o curso de preparação para o parto e parentalidade.

Nesta fase, a parturiente era também, questionada sobre o seu padrão de eliminação intestinal e se pretendia realizar um enema de limpeza, conforme preconizado pelos protocolos instituídos no serviço. Tal procedimento somente seria feito se a mulher o desejasse e consentisse. Não obstante, tal intervenção encontra-se contraindicada, se realizada rotineiramente, uma vez que não apresenta quaisquer benefícios, no trabalho de parto e parto, podendo causar desconforto à mulher (OMS, 2018; Reveiz, Gaitán & Cuervo, 2013).

O respeito pela singularidade e o contexto cultural da mulher/casal foi privilegiado dada a importância de prestarmos cuidados culturalmente competentes, com o intuito de assegurar a qualidade dos cuidados. Pois, todos temos valores, crenças e práticas culturais, independentemente de grupos raciais ou étnicos, que influenciam a prestação de cuidados dos profissionais de saúde. Além disso, importa que cada um reflita sobre a sua própria cultura, as suas crenças e os seus valores, no sentido de se conhecer e pautar as suas intervenções pelo respeito pela singularidade de cada um (A. Sousa, 2015).

Neste contexto, tivemos experiências significativas que nos permitiram refletir sobre a relevância que a competência cultural assume face à diversidade cultural. Pudemos acompanhar o trabalho de parto de uma mulher cigana, cuja pessoa significativa era a sogra, em que todas as decisões que a parturiente tomava tinham que ter a sua aprovação. Por exemplo, a opção de realizar ou não a analgesia epidural. Por vezes, tais situações, poderiam ter causado alguma estranheza. Todavia, tal não sucedeu, já que recontextualizamos saberes, que suportam a nossa competência cultural baseada em modelos, e nos permitiram compreender a cultura das parturientes/casais e pessoa significativa a cuidar e a respeitar as suas crenças e valores, não tomando opções nem posições etnocêntricas que fossem impor os nossos ideais e valores. Acima de tudo, respeitámos e tentámos preservar a individualidade da pessoa e a sua cultura. O facto de termos tido a oportunidade de experienciar a prestação de cuidados em algumas e diferentes situações no que respeita à multiculturalidade, foi uma mais-valia para a nossa aprendizagem, uma vez que nos enriqueceu enquanto pessoas e enfermeiras.

Seguimos, também, a premissa de que o apoio contínuo durante o TP tem como consequência uma menor incidência de partos distócicos, bem como da sua duração, aumento da eficácia da amamentação, estabelecimento da ligação mãe/pai-filho e no final uma maior satisfação da experiência do parto (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa, & Cuthbert, 2017). A escolha do acompanhante significativo era sempre feita pela mulher,

sendo que a maioria escolhia o pai do filho/companheiro. Esta preferência era respeitada por todos os profissionais de saúde. A presença do pai ao longo de todo o processo desperta sentimentos e emoções de satisfação e até validação do seu papel, enquanto pai, apoiando a parturiente em todas as suas necessidades e transmitindo-lhe uma maior sensação de conforto (OMS, 2018). Não obstante, procurámos em todas as nossas intervenções promover a autonomia e incentivar o apoio do acompanhante na prestação de cuidados à parturiente. Por exemplo, na aplicação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, procuramos proporcionar um ambiente acolhedor para que ambos se sentissem à vontade para expressarem os seus sentimentos e emoções. Esta atitude permitiu que verbalizassem as suas necessidades e que não se sentissem impotentes perante a dor e/ou esforço da parturiente, nem excluídos nesta fase. E ainda, foi incentivada a sua participação no corte do cordão umbilical, a fotografar o momento do parto e a tocar no RN, se ambos o desejassem.

Tivemos, também em conta que as expectativas e experiências anteriores de parto podem influenciar a forma como a mulher encara o parto. Podem, assim, emergir sentimentos ambivalentes como alegria e entusiasmo, mas também medo e ansiedade, que por si só, se constituem como fatores facilitadores ou inibidores do processo de transição. Nesta perspetiva, foi uma das nossas preocupações, de acordo com cada situação, conhecer quais os fatores que podiam influenciar a experiência do parto, entre os quais se destacam: possíveis problemas obstétricos, o tipo de parto, a duração do TP, a perceção da dor, o uso de métodos não farmacológicos e farmacológicos no alívio da dor, o primeiro contacto com o filho, o peso do RN, a antecipação do parto, a presença ou não de uma pessoa significativa, o apoio dado pelos profissionais de saúde, a perceção de autocontrolo, principalmente nas tomadas de decisão (A. Sousa, 2015). Assim, uma vez que uma das competências do EESMO é proporcionar uma experiência de parto positiva, as nossas intervenções foram delineadas não só tendo por base a evidência científica, mas também as expectativas da mulher, os seus sentimentos e emoções, bem como o respeito pelas suas decisões, no sentido de promover o seu encorajamento na participação ativa em todo o TP e parto.

Uma das situações que pudemos constatar é que a maioria das parturientes que cuidamos não tinha elaborado um plano de parto, embora algumas manifestassem o desejo, se possível, de o concretizar, desde que o bem-estar materno e fetal estivesse assegurado. O facto deste desejo fazer parte integrante da filosofia da organização e da equipa, facilitou a sua concretização. De entre as várias preferências dos casais

destacavam-se: estar acompanhada e em que fases queria a presença dessa pessoa; o recurso a métodos não farmacológicos de controlo da dor associada ao TP; o uso de analgesia epidural quando o solicitassem; evitar os toques vaginais desnecessários, restringir o número de pessoas que o faziam; evitar a realização da episiotomia por rotina; permitir a ingestão de líquidos durante o TP; poder realizar o corte do cordão umbilical; fazer o contacto pele a pele e promover a amamentação na primeira hora de vida. Importa referir que a maioria destes casais tinha frequentado o curso de preparação para o parto e parentalidade, sobretudo na ULSM, o que era notório pela forma como verbalizavam as suas expectativas. Eram muito interventivos e questionavam-nos com segurança e assertividade. Neste contexto, esta postura predominava naqueles que possuíam um maior grau académico e nível socioeconómico.

O plano de parto consiste num documento escrito elaborado pela mulher/casal grávido em que se encontram expressos os seus desejos, preferências e expectativas, no que respeita ao seu trabalho de parto, parto e pós-parto. Este plano é individual, intransmissível e a OMS propõe que o mesmo seja realizado pela mulher com o seu companheiro, envolvendo até mesmo a sua família, se assim o desejar, conferindo confiança ao casal, permitindo a criação de um ambiente seguro (OE, 2019). Além disso, para que as mulheres/casais possam delinear o mesmo necessitam de apoio por parte dos profissionais de saúde, no sentido de terem na sua posse conhecimentos suficientes para que possam tomar decisões de forma informada e consciente. Assim, o plano de parto era sempre negociado com os casais, bem como todas as intervenções de enfermagem que eram implementadas, sendo previamente questionados sobre o seu conhecimento acerca de determinado assunto/intervenção e qual a sua tomada de decisão em relação aos benefícios e riscos que essa intervenção poderia ter para a díade, nessa fase tão sensível (OE, 2012).

Este tipo de suporte era por nós fornecido, sendo sempre respeitada a vontade da díade, mostrávamos disponibilidade, ouvíamos, esclarecíamos e desconstruíamos algumas ideias menos corretas ou que tinham suscitado maior confusão. Ou seja, desenvolvemos intervenções no sentido de promover o empoderamento para esta fase e para desenvolver capacidades de controlo e determinação no processo de tomada de decisão para a sua participação ativa durante todo o processo de nascimento, em que ambos são protagonistas (Mouta, Silva, Melo, Lopes & Moreira, 2017). Como já foi referido, o plano de parto contém orientações que poderão ser ou não seguidas, dependendo da forma como o TP decorre. Partimos do pressuposto que o parto é um evento na vida de uma mulher/casal

repleto de imprevisibilidade e em que o risco e a incerteza estão sempre presentes. Assim sendo, todos os casais grávidos com quem colaborámos e cuidámos, foram alertados para o facto de o plano de parto ser extremamente importante e respeitado por todos nós, apesar de não ser um conjunto de regras seguido completamente à risca, dado que cada pessoa é singular, bem como o seu trabalho de parto e o parto (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2017).

Esta experiência foi para nós muito gratificante e tornou-se ainda mais desafiante, pois houve uma partilha contínua e discussão sobre as melhores opções para cada parturiente e casal. Assim, estabelecemos um plano de cuidados individualizado procurando que este fosse ajustado a cada mulher/casal, de forma a envolvê-los no controlo da situação, pois este é um fator chave para a perceção destes sobre o seu parto e a vivência destas experiências está intimamente ligada ao nível de satisfação da mulher/casal em relação ao trabalho de parto e parto, interferindo no futuro com a capacidade destes para cuidarem do seu filho e estabelecerem a ligação mãe/pai-filho (A. Silva, Nascimento & Coelho, 2015).

Posteriormente ao acolhimento da mulher e seu acompanhante estruturámos o processo de enfermagem já iniciado, identificamos os focos de atenção e formulamos os diagnósticos de enfermagem adequados a cada casal, delineando as nossas intervenções, com vista a atingirmos os melhores resultados em saúde e satisfação do casal e família. Para além de estruturarmos e desenvolvermos as nossas práticas, tendo por base a centralidade da pessoa, de acordo com A. Sousa (2015), também respeitamos as normas e protocolos do serviço.

O recurso ao partograma era extensível a toda a equipa, médicos e EESMOS. Este permitiu um acompanhamento mais esquematizado de todo o trabalho de parto, possibilitando a identificação de intervenções, tais como: a realização do toque vaginal (dilatação, extinção), o plano de *Hodge*, em que se encontrava a apresentação fetal, a situação de integridade ou não das membranas, a frequência cardíaca fetal e a contratilidade uterina. Estes dados permitiam identificar a situação e contribuíam para um menor número de intervenções obstétricas consideradas desnecessárias (I. Rocha, Oliveira, Schneck, Riesco & Costa, 2009). A utilização deste registo é controversa quando comparamos os seus benefícios com as suas falhas. No entanto, cabe a cada instituição de saúde decidir pelo seu uso ou não (Lavender, Hart & Smyth, 2013). No nosso entender, o partograma foi-nos bastante útil, pois simplificou a obtenção da informação necessária

para delinear as intervenções, de acordo com a especificidade da situação e das exigências inerente aos cuidados especializados.

Tendo em conta o processo de cuidados já referido, identificámos como principais diagnósticos de enfermagem: Potencial para trabalho de parto ou Trabalho de parto (ICN, 2019), dependendo se a mulher se encontrava ou não numa fase ativa do TP.

O trabalho de parto pode ser espontâneo ou induzido e compreende um conjunto de fenómenos fisiológicos, como a extinção cervical, a dilatação do colo do útero e a progressão do feto no canal de parto até à sua expulsão para o mundo extrauterino (Fraser & Cooper, 2010). Neste módulo do estágio presenciámos um caso em que a indução do TP foi feita com recurso a uma sonda de Foley. Este método, de acordo com Marujo, Rosado, Correia, Machado e Campos (2017), revelou-se como um dos mais eficazes e seguros na indução do TP, existindo um menor risco de rotura uterina e hiperestimulação do útero associados ao uso de prostaglandinas. O facto de só termos constatado uma situação deste tipo deve-se em muito à discordância que existe entre os vários elementos da equipa médica no seu uso.

De acordo com o ICN (2019, p. 127), o trabalho de parto é definido como sendo um conjunto de “processos perinatais do organismo, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta”. O início do trabalho de parto representa o fim da gravidez e o corpo da mulher vive diversas mudanças, adaptando-se a este fenómeno, sendo influenciado por muitos fatores, entre os quais se destacam: o tamanho do feto, as contrações uterinas, as condições da placenta, a posição da mulher, o seu estado emocional, a presença de uma pessoa significativa, a preparação para o parto, o plano de parto, o suporte do profissional de saúde que a acompanha, entre outros (Montenegro & Rezende Filho, 2017). Este conceito não gera total consenso entre os vários autores, porém a maioria destes concorda com esta definição e podemos considerar que este se divide em quatro estádios.

O primeiro período do trabalho de parto compreende o início das contrações uterinas (endurecimento da musculatura do segmento superior do útero) rítmicas e regulares que provocam a extinção do colo (encurtamento) e termina com a dilatação completa. Este pode ainda ser dividido em três fases distintas (latente, ativa e transição). A primeira designa-se por fase latente, caracterizando-se pela percepção das contrações uterinas ainda irregulares e pouco duradouras e de intensidade leve a moderada, extinção do colo do útero (50%) e dilatação até aos três centímetros, a apresentação encontra-se no primeiro ou segundo

planos de *Hodge*, pode durar até 20 horas nas primíparas e 14 horas nas múltiparas (Graça, 2017). A fase ativa corresponde a uma contratilidade uterina regular, de maior intensidade e duração, em conjunto com a extinção do colo do útero (100%). A dilatação desde os quatro até aos sete centímetros e a apresentação fetal entre o segundo e o terceiro planos de *Hodge*. Nesta altura é provável que ocorra a rotura de membranas. A última fase intitulada de transição é aquela em que a mulher percebe um menor espaço de tempo entre as contrações, a dilatação vai desde os oito até aos dez centímetros e a apresentação fetal está no terceiro ou quarto planos de *Hodge* (NICE, 2017). Por sua vez, o segundo estadio do trabalho de parto também conhecido como período expulsivo, compreende a dilatação completa do colo uterino até ao nascimento do feto. Relativamente ao terceiro período do TP designado de dequitação tem início na saída do feto até à expulsão completa da placenta e membranas. Tem uma duração provável até 30 minutos (Graça, 2017). O último e quarto estadio do TP pode ser definido como aquele período que ocorre após a expulsão da placenta até duas horas após o parto, também conhecido como o período de hemóstase (Marshall & Raynor, 2014).

Tivemos a oportunidade de experienciar uma situação de trabalho de parto estacionário, em que a mulher, durante seis horas não apresentou alterações, quanto à dilatação do colo do útero, mantendo-se nos oito centímetros, nem quanto à extinção, que ficou nos 70%, apesar de lhe ter sido administrada uma perfusão ocitócica, conforme protocolo e prescrição médica. Tal situação por decisão da equipa médica terminou em cesariana. De acordo com a DGS (2015), estamos perante uma situação de TP estacionário quando: a fase latente tem uma duração superior a 20 horas em nulíparas e superior a 14 horas nas múltiparas; numa fase ativa quando se verifica a ausência de alterações cervicais durante quatro horas, antes dos seis centímetros de dilatação, ou duas horas depois dos seis centímetros de dilatação; no período expulsivo diz-se prolongado, se a duração for superior a duas horas nas nulíparas e maior do que uma hora nas múltiparas, caso a mulher esteja sob analgesia epidural este período pode ir até um máximo de quatro horas. As causas para esta situação são diversas e relacionam-se com o feto e/ou com a parturiente. Por exemplo, os diâmetros da bacia não permitirem que haja progressão do feto no canal de parto ou por apresentar disfunção da contractilidade uterina (OMS, 2015). Esta última parece ter sido a causa do TP estacionário que experienciamos neste contexto.

Face ao diagnóstico Trabalho de parto (ICN, 2019), a vigilância do bem-estar fetal assumiu, neste nosso percurso de aprendizagem, uma das nossas principais atividades. A monitorização cardiotocográfica foi o recurso mais utilizado, uma vez que este permite o

registro da FCF, da contractilidade uterina e dos movimentos fetais e pode ser utilizada de forma contínua ou intermitente (Santo, 2018). A monitorização da FCF pelo CTG de forma contínua, apesar de parecer vantajosa, por transmitir uma sensação de maior facilidade na vigilância de várias parturientes e fetos, em simultâneo, todavia, limita a mobilidade da mulher, acabando inevitavelmente por aumentar o seu desconforto e limitar a sua autonomia. Ora, tendo em conta que parir é movimento, a cardiocografia encontra-se contraindicada no seu uso rotineiro (Alfirevic, Devane, Gyte & Cuthbert, 2017; Bayes & Whitehead, 2018). Assim sendo, é recomendado que a monitorização da FCF seja realizada de forma intermitente nas gravidezes de baixo risco, em que não tenha sido utilizada ocitocina e/ou prostaglandinas.

Durante a nossa prática clínica, foi seguido o protocolo do serviço que corrobora as normas da NICE (2017), sendo executada uma monitorização intermitente na fase latente do TP, nas situações de trabalhos de parto em que o risco de um desfecho negativo era baixo. Ou seja, a monitorização por CTG era realizada a cada duas horas durante 30 a 45 minutos. Em contrapartida, nas situações em que existia um risco acrescido de hipoxia fetal, devido a complicações na gravidez ou em situações em que o TP era induzido com fármacos e numa fase ativa do TP, a monitorização cardiocográfica era contínua (D. Campos, Spong & Chandraharam, 2015). Nesse sentido, tranquilizávamos os casais e explicávamos a importância da monitorização, o seu funcionamento e que mesmo não estando junto deles observávamos o traçado cardiocográfico através de um monitor que se encontrava na sala da entrada. E ainda, a relevância de encontrarmos estratégias com o casal que permitissem o seu movimento, numa fase ativa do TP, em que havia a necessidade de monitorização contínua.

Perante situações de traçados suspeitos ou patológicos procurávamos identificar a causa da alteração e procedíamos delineando intervenções no sentido de a reverter. Muitas vezes, a alternância de posicionamento da parturiente revertia a situação de uma forma favorável. Neste contexto experienciámos alguns casos de hiperestimulação uterina com consequentes alterações da FCF (desacelerações repetitivas e/ou prolongadas) registadas no CTG, em parturientes às quais tinha sido induzido o TP com ocitocina. Face a estas situações identificadas suspendíamos, de imediato, a perfusão ocitócica e posicionávamos as parturientes em decúbito lateral esquerdo, com o intuito de melhorar a perfusão uteroplacentária. Todavia, nem sempre estas medidas foram suficientes para reverter as alterações verificadas através do traçado CTG. Num dos casos, houve necessidade de implementarmos o protocolo de tocólise (administração de cinco

miligramas de salbutamol em 500 mililitros (ml) de soro fisiológico a 150 mililitros por hora durante o período máximo de cinco minutos), conforme prescrição médica, monitorizando a frequência cardíaca da parturiente, visto que este medicamento pode causar taquicardia materna (D. Campos, Santos & Costa, 2011). Num outro caso, como causa do traçado patológico estava um prolapso do cordão, tendo a parturiente sido submetida a uma cesariana de emergência. Perante estas e outras situações, que fossem além das nossas competências, era sempre comunicado ao médico obstetra.

O toque vaginal revelou-se como uma intervenção muito útil, quando estabelecido o diagnóstico de trabalho de parto, permitiu a vigilância e a avaliação da progressão do TP, através da verificação do estado das membranas, das características do colo do útero, quanto à extinção, dilatação, posição e consistência, e ainda, a avaliação dos indicadores da estática fetal, como a apresentação (cefálica, pélvica ou espádua), posição (esquerda ou direita), atitude (flexão ou deflexão), variedade (anterior, posterior ou transversa), progressão (através dos planos de *Hodge*) e situação (longitudinal, transversa ou oblíqua) (Federacion de Asociaciones de Matronas de España, 2008). Nas situações em que as parturientes apresentavam RPM eram observadas as características do LA (cor, cheiro e quantidade). Os dados recolhidos, através do toque vaginal, permitiam que auxiliássemos a parturiente no seu posicionamento, no sentido de favorecer a rotação interna e a descida do feto pelo canal de parto, compreendendo também as características da bacia da mulher (Posner, Dy, Black & Jones, 2014).

Seguimos a perspetiva de Graça (2017) de que o toque vaginal deve ser realizado em certas situações e não por rotina, tais como: na admissão da mulher, se existir uma alteração significativa da contratilidade uterina, quando ocorre a rotura de membranas, se forem observadas desacelerações da FCF ou quando a parturiente sente pressão na região perineal ou vontade de puxar, visto que não existe evidência científica que apoie ou rejeite os benefícios do uso rotineiro do toque vaginal em relação aos desfechos maternos e perinatais (Downe, Gyte, Dahlen & Singata, 2013). Esta intervenção é muitas vezes percecionada pela mulher como uma invasão da sua privacidade, do seu corpo, trazendo-lhe emoções menos positivas, como o *stress* e a ansiedade, além do desconforto sentido pela mesma. Assim sendo, tivemos o cuidado de realizar esta intervenção, quando necessário, indo ao encontro das recomendações da OMS (2018), que indicam que deve ser realizado com um intervalo mínimo de cerca de quatro horas ou quando a mulher apresenta outras queixas, como as supracitadas.

A amniotomia ou rotura artificial de membranas era um dos procedimentos realizados com alguma frequência, e este consiste na rotura artificial das membranas amnióticas através da pinça de *Herff*, de forma asséptica, com o objetivo de induzir ou diminuir a duração do TP. Apesar da evidência científica não apresentar resultados conclusivos sobre a atuação deste mecanismo no corpo da mulher, prevê-se um aumento da produção e libertação de prostaglandinas e ocitocina, levando a que as contrações uterinas se tornem mais rítmicas e conseqüentemente a dilatação cervical seja mais rápida pela pressão que a apresentação fetal imprime nessas estruturas (Smyth, Markham & Dowswell, 2013). A mesma revisão de Cochrane concluiu ainda, que esta intervenção não deve ser feita rotineiramente, uma vez que existem poucas evidências de que um trabalho de parto de menor duração traga benefícios para a mãe ou para o feto, e ainda acarreta alguns riscos associados, como o prolapso do cordão umbilical e alterações da FCF (desacelerações). E pode, também, conduzir a uma maior intervenção por parte dos profissionais de saúde. Todavia, alguns autores referem que a amniotomia pode ser vantajosa nos casos de mulheres/casais que não pretendem o uso de fármacos durante o TP ou que apresentam hipersensibilidade aos mesmos, impossibilitando a sua administração ou perante situações de cesariana prévia (Bricker & Luckas, 2012).

A amniotomia foi um dos procedimentos que tivemos a oportunidade de realizar. Nesse sentido, tínhamos sempre em atenção a situação e a evolução do TP, a apresentação fetal se estava bem apoiada e encravada, ou seja, se se encontrava no terceiro plano de *Hodge*, com o propósito de minimizar o risco de laterocidência ou procidência do cordão, e ainda, se a mulher não apresentava qualquer contraindicação como a infecção por herpes genital ativo e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (OMS, 2015). Previamente, para além de solicitar o seu consentimento, eram sempre explicados à mulher/casal os benefícios e os riscos desta intervenção. Após a sua realização eram avaliadas as características do LA como: o cheiro, a quantidade e a coloração. Posteriormente, procedíamos ao registo das características do LA, bem como da data e hora da sua realização e monitorização do bem-estar fetal, através da cardiotocografia.

O diagnóstico Risco de infecção (ICN, 2019) foi um dos diagnósticos identificados ao longo deste módulo do estágio, uma vez que se encontra associado à presença do cateter venoso periférico e/ou do cateter epidural, assim como pode estar relacionado com a laceração perineal ou a presença de episiotomia e episiorrafia.

Na presença de rotura das membranas (artificial ou espontânea) superior a 12 horas, risco de PPT, febre intraparto e/ou resultado positivo ou desconhecido, no rastreio de SGB foi iniciada a profilaxia da infeção neonatal. A transmissão vertical do SGB durante o trabalho de parto, pode originar sépsis, pneumonia ou meningite no RN, na primeira semana de vida (OMS, 2015). Assim, as nossas intervenções tiveram em conta o protocolo instituído e, conforme prescrição médica, foi administrada penicilina endovenosa de quatro em quatro horas até ao parto. Caso a mulher apresentasse hipersensibilidade a este fármaco podia ser administrada cefazolina, clindamicina ou vancomicina. Nos casos de rotura de membranas espontânea e/ou artificial, administrávamos terapêutica antibiótica profilática 12 horas após tal situação suceder, conforme protocolo e prescrição médica. Todavia, NICE (2012) preconiza que nestes casos, a administração de antibióticos, seja realizada 18 horas após a rotura.

Dois dos focos de atenção fulcrais ao longo do TP foram a Dor de período de dilatação cervical “Dor de trabalho de parto: desconforto ligeiro a intenso durante a primeira fase do trabalho de parto” (ICN, 2019, p. 54) e a Dor de período expulsivo “Dor de trabalho de parto: desconforto ligeiro a intenso, durante a segunda fase do trabalho de parto, com a duração do desconforto constante enquanto o colo do útero dilata completamente” (ICN, 2019, p. 54).

A dor do trabalho de parto pode ter uma origem somática e visceral, uma vez que a dor associada ao primeiro estadio do TP provém das contrações uterinas, da distensão do segmento inferior e da dilatação cervical (visceral), localizando-se sobretudo na parte inferior do abdómen, irradiando para a região lombar, sagrada, cristas ilíacas, glúteos e coxas. Por sua vez, a dor durante o segundo período do TP, associada ao período expulsivo tem uma origem somática, visto que se centra no períneo, sendo intensa, bem localizada e provocada pelo estiramento dos tecidos perineais e do pavimento pélvico, bem como pela distensão de todas as estruturas deste e pela pressão criada pela cabeça do feto sobre as mesmas. Quanto ao terceiro e quarto estadios do TP, a dor que a mulher percebe é semelhante à do primeiro período do TP. A sua percepção e manifestação varia de mulher para mulher, estando sobre influência de diversos fatores, tais como: o medo do desconhecido, o *stress*, a ansiedade, a impotência, a separação da sua casa e das pessoas que lhe são queridas, podendo condicionar negativamente esta sensação (Nilsen, Sabatino & Lopes, 2011).

Neste sentido, o interesse em minimizar a dor incentivou-nos a questionar as parturientes sobre alguns aspetos que podiam ter algum impacto no controlo da dor. Nomeadamente, se tinham realizado o curso de preparação para o parto e parentalidade, se tinham feito a visita ao local do parto, quais eram os objetos significativos que queriam que as acompanhassem para o seu quarto, quem era a pessoa significativa que tinham escolhido como acompanhante, pois desta forma era mais fácil delinear as intervenções, no sentido de ajudar, ensinar, instruir e promover a confiança e, conseqüentemente, para que se sentissem mais empoderadas para o autocontrolo da dor.

A maioria das parturientes optava pelo controlo farmacológico da dor, através de analgesia epidural. Esta é considerada como a técnica analgésica mais eficaz no controlo da dor, associada ao trabalho de parto e com menos efeitos nocivos para a mãe e para o feto. Mas contraindicada nos casos em que a mulher tem coagulopatias, hipovolemia, infeções no local da punção e pressão intracraniana elevada (S. Teixeira, Abelha & Santos, 2016). De acordo com L. Pereira, Fernandes, Tavares e Cotrim (2014), o uso de fármacos opiáceos na analgesia epidural tem demonstrado estar associado ao prolongamento do segundo estadio do TP e ao aumento do número de partos instrumentados.

As nossas intervenções às mulheres submetidas à analgesia epidural consistiram no apoio, na preparação do material e no posicionamento da parturiente (sentada ou em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo em posição fetal), para que o anestesista pudesse proceder à colocação do cateter epidural. Após a sua colocação era administrada, uma primeira dose de fármacos (sufentanil e ropivacaína), sendo posteriormente administradas doses intermitentes de ropivacaína 0,2% (oito a 10ml), pelo anestesista e sempre que solicitado pela parturiente, respeitando o intervalo de segurança, cerca de uma hora, entre as doses e segundo o protocolo do serviço (NICE, 2017).

Uma das nossas intervenções foi manter a vigilância de possíveis reações, mais frequentes ao fármaco, tais como: a hipotensão, náuseas e vômitos, prurido, tremores, bloqueio motor e sensitivo e retenção urinária. De seguida, monitorizávamos a pressão arterial da parturiente de cinco em cinco minutos durante 15 minutos. Espaçado o tempo, era suspenso ao fim de 30 minutos. Se sem intercorrências, de acordo com a prescrição médica e protocolo, colocávamos fluidoterapia em curso para prevenir a hipotensão materna e fazíamos a avaliação do bem-estar fetal através do CTG, durante 30 minutos e após cada administração de bólus do fármaco. Das possíveis reações aos fármacos suprarreferidas, pudemos constatar que o prurido foi um dos efeitos secundários que teve

maior prevalência, após a administração dos opióides por via epidural. Apesar dos fármacos serem administrados intermitentemente através do cateter epidural, e estes poderem causar bloqueio das fibras motoras e conduzir a uma diminuição da função sensitiva e motora, a maioria das parturientes foi capaz de se mobilizar, deambular e usar a bola de pilates.

A Eliminação urinária (ICN, 2019) foi um dos nossos focos de atenção ao longo do TP, contudo, após a colocação do cateter epidural emergiu a necessidade de uma maior vigilância, pelo Risco de retenção urinária (ICN, 2019), dado que há uma diminuição da percepção relativa à eliminação urinária, comprometendo não só esta função da parturiente, mas também a progressão do feto no canal de parto pelo aumento vesical, que constitui uma barreira física à sua passagem (Graça, 2017). Assim sendo, as nossas intervenções passaram pelo incentivo da mulher a urinar de duas em duas horas (NICE, 2014), e em última instância procedíamos à algiação intermitente da parturiente até ao período expulsivo, se prescrita ou detetada uma situação de retenção urinária.

Apesar da analgesia epidural ter sido o método de alívio da dor mais adotado, pela maioria das parturientes cuidadas, o recurso aos métodos não farmacológicos para controlo da dor foi sempre por nós incentivado. A nossa intervenção ia sempre de encontro às estratégias que a mulher ou casal desejassem e reconheciam como úteis. A maioria das estratégias por nós implementadas foi a diminuição da intensidade das luzes do quarto, a deambulação, a utilização da bola de pilates e das básculas, a musicoterapia, a hidroterapia, a massagem, a técnica de imaginação guiada sempre em associação com a respiração, tal como preconizam Khianman, Pattanittum, Thinkhamrop e Lumbiganon (2012) e NICE (2017). Todas estas atividades ou estratégias mostraram-se eficazes no seu propósito e relevantes na progressão do TP e da apresentação fetal ao longo do canal de parto.

A deambulação e a adoção de posições verticais durante o TP em mulheres de baixo risco é recomendada pela OMS (2018), dado que estas promovem o encurtamento da primeira fase do TP, reduzem a necessidade de analgesia por via epidural, favorecem a descida fetal, ajudam a mulher a encontrar uma melhor posição para parir, reduzem as lacerações perineais e episiotomias e reduzem a taxa de cesarianas e partos instrumentados. Durante este módulo de estágio incentivámos a mulher a deambular e a adotar este tipo de posições. No entanto, tal intervenção revelou-se difícil de executar, na sua plenitude, pelo facto da parturiente estar a fazer soroterapia, pela presença do cateter

vesical, do saco coletor urinário, a monitorização contínua com CTG e a não aceitação por alguns elementos da equipa médica. Todavia, alguns destes constrangimentos foram ultrapassados. Cada situação foi sempre discutida com os elementos da equipa, de forma a alcançarmos um acordo favorável para aquela mulher/casal.

O uso da bola de pilates além de se ter mostrado eficaz na rotação e descida da apresentação fetal, principalmente quando associado às básculas, permitiu que a parturiente adquirisse uma posição mais confortável, aliviou o cansaço muscular do período em que estava deitada, e ainda, facilitou a adoção de uma postura mais correta (Gallo, 2014).

Quanto à massagem, o acompanhante foi instruído a colocá-la em prática, se ambos o desejassem, com o objetivo de promover o relaxamento e o alívio da dor. Esta pode ser realizada em qualquer parte do corpo em que a mulher sinta desconforto, tendo sido utilizada maioritariamente a técnica em que se aplica uma pressão contínua com o punho e a mão sobre a região sagrada, para o alívio da dor lombar (Tournaire & Theau-Yonneau, 2007).

Todas as salas de parto disponibilizavam música através de um rádio que a parturiente podia sintonizar conforme a sua preferência. No entanto, foram várias as situações em que o casal grávido se fazia acompanhar pela sua própria seleção musical. A musicoterapia revela-se importante na redução da percepção da dor e na duração do TP, devido à diminuição da produção de catecolaminas, cortisol e epinefrina, associados a elevados níveis de ansiedade, conduzindo a uma experiência mais positiva do parto (D. Silva, 2013).

Ao longo do trabalho de parto, essencialmente no primeiro estadio, incentivávamos, instruíamos e treinávamos a mulher a realizar os exercícios respiratórios, adequando-os aos períodos do TP. Estes, por vezes, eram associados a outras estratégias não farmacológicas como a deambulação e a técnica de imaginação guiada. Além disso, o uso dos diferentes tipos de respiração revelou-se fundamental durante as contrações uterinas, uma vez que conduziam a uma melhor oxigenação fetal e relaxamento da parturiente, funcionando como uma excelente técnica de distração, proporcionando-lhe uma maior sensação de autocontrolo (Gallo, 2014).

A administração de fluidoterapia não decorria somente da colocação do cateter epidural, mas sim, por prescrição médica, em detrimento da necessidade da mulher ficar em jejum, quando se encontrava numa fase ativa do TP. Esta indicação apoiava-se na evidência científica que afirma que existe um risco de broncoaspiração em casos de

cesarianas emergentes, principalmente se recorrerem a anestesia geral, que atualmente é pouco frequente (Amorim et al., 2010). Todavia são vários os estudos que defendem a administração de medicamentos, como os antiácidos, os antagonistas recetores de H2 e/ou metoclopramida para a diminuição do risco de aspiração (Singata, Tranmer & Gyte, 2013).

A OMS (2015) preconiza o consumo de alimentos e líquidos durante o TP, de acordo com as preferências da parturiente, nas situações de baixo risco, em que o TP esteja a decorrer dentro da normalidade. No contexto de estágio, as mulheres eram incentivadas a fazer refeições ligeiras, na fase latente, ingerindo sopa sem resíduos, fruta, gelatina e bolachas. Por sua vez, na fase ativa, recomendávamos e incentivávamos a ingestão de líquidos claros, como o chá, sumos sem resíduos e água. Mais do que satisfazer as necessidades nutricionais da mulher e prevenir a desidratação e cetoacidose, estes alimentos proporcionavam-lhe conforto (Hunt, 2013). Além disso, a administração de soroterapia em detrimento da alimentação da mulher tem sido associada a um aumento da incidência de hipoglicemia neonatal, assim como a uma maior tendência das mulheres para se manterem pelo leito, aumentando a presença de sentimentos negativos e o risco de sobrecarga hídrica (Singata et al., 2013).

Nos casos das parturientes que apresentavam diabetes gestacional ou prévia, tratadas com dieta, durante o TP, a monitorização da glicemia capilar era realizada a cada quatro horas, e administrada uma perfusão de soro glicosado a 125ml/hora até retomarem a alimentação oral. Dependendo dos valores de glicemia era seguido o esquema de insulina protocolado no serviço. Nas mulheres tratadas com insulina ou antidiabéticos orais, era administrado um soro glicosado a 125ml/hora e uma perfusão em seringa infusora com 50UI de insulina de ação rápida (actrapid) em 50 ml de soro fisiológico, a um débito variável segundo a glicemia capilar horária, conforme protocolado e prescrito pela equipa médica.

Nesta linha de pensamento, emergiu o foco Conforto (ICN, 2019), dada a importância de implementação de intervenções, como as supracitadas, que visassem a diminuição dos níveis de dor, ansiedade, *stress* e medo, promovendo o bem-estar físico e emocional da parturiente. Assim, intervimos de forma a proporcionar um ambiente seguro e confortável (calmo, aquecido, com luminosidade reduzida, sem ruídos e com privacidade) para a mulher e pessoa significativa; durante o TP e parto, promovemos a discussão do plano de parto; ouvimos as suas expectativas e oferecemos líquidos e diversos métodos não farmacológicos de alívio da dor (OMS, 2018), sempre com a intenção de contribuirmos para

uma experiência de parto satisfatória e positiva, em que a mulher sentisse que controlava o seu corpo e as suas emoções.

O segundo estadio do trabalho de parto ou período expulsivo inicia-se quando há dilatação completa, terminando com a expulsão do feto para o ambiente extrauterino (Graça, 2017). A duração deste varia de mulher para mulher, sendo importante ter em atenção a paridade desta, ou seja, nas nulíparas não submetidas a analgesia epidural é normal que este possa ir até três horas e nas múltiparas até uma hora, acrescentando sempre mais uma hora nos casos das parturientes que realizaram analgesia epidural, não devendo exceder as quatro horas em nenhuma das situações (NICE, 2017). Além da paridade e da realização ou não de analgesia epidural, existem outros fatores que podem condicionar a duração desta fase do TP, tais como: a eficácia das contrações uterinas, a posição em que a mulher se encontra, o estado físico e emocional da mulher, o tamanho do feto, a situação e variedade da apresentação fetal. Nas situações em que esta fase era mais demorada, a nossa conduta regeu-se pela vigilância da evolução do TP e do bem-estar materno e fetal. Não obstante, após as quatro horas sem evolução, a equipa médica intervinha, decidindo quase sempre instrumentar o parto.

Neste período, as contrações uterinas eram mais intensas e frequentes, e a mulher, na maioria dos casos, sentia vontade de puxar, pois estava presente o reflexo de *Ferguson*, em detrimento da pressão que a apresentação fetal fazia sobre o músculo elevador do ânus (NICE, 2017). Perante esta situação, incentivávamos a parturiente a puxar sempre que sentisse o reflexo, dado que o seu corpo lhe pedia o que ela deveria fazer e qual a melhor posição a adotar. No entanto, surgiram situações em que devido ao bloqueio sensitivo provocado pela analgesia epidural ou pela ineficácia dos esforços expulsivos incentivamos o puxo dirigido, apesar deste não ser recomendado pela OMS (2018). Pois, pode levar ao compromisso do bem-estar fetal causado pela redução da pressão arterial materna e oxigenação do sangue materno, tendo sido identificados em diversos estudos uma diminuição do índice de *Apgar*, um aumento da fadiga da parturiente e conseqüentemente uma maior instrumentalização dos partos (Cooke, 2010; Haseeb, Alkunaizi, Turki, Aljama, & Sobhy, 2014; Kelly et al., 2010).

Todas as mulheres, a quem prestámos cuidados, foram incentivadas a adotar a posição que lhes era mais favorável para a realização dos esforços expulsivos, bem como o seu acompanhante a proporcionar uma maior sensação de conforto, nesta fase através de massagens, oferecendo água, sempre respeitando os desejos da parturiente.

A realização dos esforços expulsivos permite que a apresentação fetal percorra o canal de parto, sendo expectável que haja uma adaptação e ajuste desta às estruturas maternas. A fim de se dar a passagem do feto pelo canal vaginal, importa que este realize seis movimentos (o encravamento, a descida, a flexão da cabeça, a rotação interna, a extensão da cabeça e a rotação externa). A vigilância da progressão do feto era realizada através do exame vaginal, com o intuito de identificarmos a posição e a variedade do pólo cefálico face à bacia materna, pesquisando a fontanela posterior, visto que o nosso ponto de referência era o osso occipital, percebendo que as variedades posteriores eram aquelas que levavam a períodos expulsivos mais demorados (Cunningham et al., 2012).

Um dos focos de atenção ao longo do TP foi a Fadiga (ICN, 2019). Atualmente as situações de indução TP, ou da admissão do casal em fase latente do TP, conduzem a longos internamentos onde são realizadas avaliações tocológicas sucessivas e vigilâncias cardiotocográficas contínuas, causadoras de cansaço e fadiga na parturiente, que podem condicionar os esforços expulsivos. Assim, implementaram-se intervenções como, explicar à parturiente que deve iniciar os esforços expulsivos após a dilatação completa e incentivar a mulher a realizá-los, aquando da percepção da vontade de puxo, durante a descida da apresentação (NICE, 2014).

Nesta fase, as posições verticais eram aquelas que mais incentivávamos a mulher a adotar, uma vez que tinham um maior impacto sobre a diminuição da duração do período expulsivo, exigindo menos intervenções obstétricas (instrumentalização dos partos e realização de episiotomia), promovendo a satisfação da mulher/casal. Por outro lado, apresentavam maior risco de lacerações de segundo grau e perda de sangue superior a 500 ml (Pridis, Dahlen & Schmied, 2012).

No que concerne, às posições de sentada ou semi-sentada, as suas vantagens iam de encontro às das posições verticais. Em relação à posição de quatro apoios esta permitia uma maior sensação de alívio da dor, principalmente na região lombar, favorecendo a descida do feto e encurtava a duração do período expulsivo. Por sua vez, o decúbito lateral atua como fator protetor do períneo e era facilitador nas situações em que a mulher não tolerava a posição vertical, apresentando hipotensão. Apesar da posição de litotomia ainda ser a mais utilizada, procuramos evitá-la, sempre que possível, salvo se a mulher a preferisse. Tal posição implicava uma menor liberdade de movimentos, dificultando a retroversão da articulação sacrococcígea, dado que a região sagrada se encontrava totalmente apoiada, limitando a progressão do feto (Calais-Germain & Parés, 2009). Após o

posicionamento da parturiente, preparávamos todo o material necessário para o parto e colocávamos o equipamento de proteção individual devidamente esterilizado.

Durante o período expulsivo a monitorização era realizada de forma contínua através do CTG (das contrações uterinas e a FCF); até à exteriorização da cabeça fetal, com o objetivo de vigiar possíveis alterações e prevenirmos situações de sofrimento fetal (NICE, 2017). Durante a exteriorização da apresentação protegíamos o períneo com as nossas mãos. De acordo com a OMS (2018), esta técnica conduz à manutenção da integridade do períneo. Logo, no momento do coroamento interessava avaliar as condições do períneo e decidir sobre a necessidade de executar a episiotomia. Previamente já tinha sido explicado e solicitado o consentimento à mulher/casal.

A episiotomia consiste na incisão cirúrgica do períneo, tendo como objetivo o aumento do diâmetro vaginal. Constatamos que esta já não era realizada rotineiramente no serviço, e sob a orientação da tutora evitávamos fazê-lo, pois tal intervenção apresenta como consequências futuras: o aumento de dispareunia, hemorragia pós-parto, disfunções sexuais e incontinência urinária (OMS, 2018). Todos os autores corroboram que a sua realização deve ser seletiva e bem ponderada e em casos como a presença de sofrimento fetal, nos partos instrumentados, nas situações de distocia de ombros, apresentação pélvica e/ou macrosomia e na iminência de laceração perineal de terceiro e/ou quarto grau, em que exista rigidez perineal e/ou altura do períneo inferior ou igual a três centímetros (Guimarães, Silva, Matos & Douberin, 2018). Nos 41 partos que realizamos apenas praticamos a episiotomia em 15, no momento do coroamento e durante o pico de uma contração uterina, médio-lateral esquerda, tal como recomendado pela OMS (2018), por estar associada a menor risco de lesão do esfíncter anal e mucosa retal, realizada do lado esquerdo com início na fúrcula vaginal em direção à tuberosidade isquiática num movimento único, com cerca de quatro centímetros. Tivemos como referência a vigilância das situações que poderiam constituir alterações da FCF sugestivas de sofrimento fetal e em alguns casos pelo facto dos períneos se apresentarem completamente rígidos, em que não havia distensão e uma maior probabilidade de se virem a verificar lacerações graves.

No momento da exteriorização da cabeça fetal, com uma das mãos protegíamos o períneo posterior e com a outra fazíamos movimentos suaves e controlados, para evitar a descompressão descontrolada da apresentação fetal.

Após a expulsão da cabeça fetal pesquisávamos a presença de circulares cervicais do cordão umbilical, pedindo à parturiente que parasse de puxar. Se as circulares fossem

largas passávamos as mesmas pela cabeça ou para trás dos ombros. Perante circulares apertadas, como pudemos experienciar em dois casos, laqueámos o cordão à vulva. Após a rotação externa e restituição da cabeça fetal, e quando o ombro anterior aparecia sob a sínfise púbica, procedíamos à sua libertação, aplicando uma leve tração em direção posterior até que este se exteriorizasse. De seguida, libertávamos o ombro posterior através do mesmo método, mas na direção anterior, facilitando assim a expulsão do corpo do feto (Cunningham et al., 2012).

Além dos 41 partos eutócicos realizados, participámos em 18, dos quais 13 foram distócicos e 10 desses foram realizados com recurso a ventosa e três com recurso a fórceps, pelo obstetra. Nestas situações a nossa intervenção foi apoiar a parturiente/casal e colaborar com a equipa médica, tal como preconizado pela OE (2010).

Após a expulsão do feto, a hora de nascimento era dita em voz alta e registada. Sempre que possível mostrávamos, de imediato, o RN à mãe e ao seu acompanhante e simultaneamente felicitávamo-los pelo nascimento.

A terceira fase do TP, compreende o momento após a saída do feto até à expulsão da placenta. Nesse intervalo o RN era colocado sobre o abdómen da mãe, embrulhado no campo e secávamo-lo com este, estimulando o dorso de baixo para cima, com o intuito de mobilizarmos as secreções que o RN pudesse apresentar, e ainda realizávamos a limpeza do nariz e da boca com uma compressa, permitindo uma melhor permeabilização das vias aéreas e evitávamos a aspiração de secreções brônquicas, tendo como referência que esse procedimento invasivo deveria ser executado somente se necessário. Também porque o RN perde calor por evaporação, e podia resultar numa diminuição abrupta da sua temperatura nos primeiros minutos de vida, procurávamos sempre mantê-lo embrulhado em lençóis previamente aquecidos. Estes eram substituídos sempre que estivessem molhados, durante o contacto pele a pele com a mãe (Hockenberry & Wilson, 2014). Ainda com o RN sobre o abdómen da mãe, o cordão umbilical era laqueado pela mãe/acompanhante, após este parar de pulsar. Constatamos que este era um dos momentos prediletos dos pais, uma vez que podiam cortar o cordão umbilical, se assim o desejassem. A alegria e o entusiasmo destes estava-lhes espelhado no rosto, sendo esta uma das formas de permitir uma ligação mais profunda mãe/pai-filho (Matos et al., 2010). Salvo raras exceções, se o RN necessitasse de cuidados especializados imediatos. Então, nessas situações éramos nós a fazer a laqueação.

A OMS (2013) recomenda a laqueação tardia do cordão, ou seja, fazê-lo somente quando este parar de pulsar ou no mínimo um minuto após o nascimento, uma vez que tal forma de atuação permite que o sangue passe da placenta para o RN, aumente as reservas de ferro, diminua o risco de suplementação até aos seis meses de vida, bem como reduzir a incidência de complicações, como a enterocolite necrosante e a sépsis neonatal, sobretudo em RN pré-termo. Contudo, alguns investigadores referem que tal intervenção pode levar ao aumento do risco de icterícia neonatal, favorecendo a policitemia (Rabe, Gyte, Díaz-Rossello & Duley, 2019).

Simultaneamente, ao primeiro minuto, e novamente ao quinto e décimo após o nascimento era também avaliado o índice de *Apgar* (cor, tônus muscular, irritabilidade reflexa, esforços respiratórios e frequência cardíaca). Este revelou-se um bom preditor da necessidade de prestação de cuidados imediatos ao RN, como a reanimação (Laptook, 2014). A maioria dos estudos revela que um índice de *Apgar* baixo ao nascimento sugere a necessidade de internamento do RN no serviço de Neonatologia, bem como prediz que tenha ocorrido uma situação de sofrimento fetal, porém não revela necessariamente problemas de desenvolvimento no futuro (Oliveira et al., 2012). Ao longo deste percurso assistimos somente a uma situação em que o RN apresentou um índice de *Apgar* inferior a cinco ao primeiro minuto, tendo sido realizada a clampagem imediata do cordão umbilical e prestados os cuidados necessários ao RN, não tendo sido necessária a ressuscitação cardiopulmonar, apresentando um *Apgar* de 9 ao décimo minuto.

Em certas situações o casal tinha decidido criopreservar as células do cordão umbilical, por isso, nesta fase, procedíamos à colheita do sangue do cordão umbilical para o Banco Público de Células do Cordão Umbilical ou para uma instituição privada, conforme indicação dos pais. Além disso, se a mulher fosse do grupo sanguíneo O e/ou com o fator Rh negativo colhíamos o sangue do cordão para ser identificado o tipo de sangue do RN, a fim de prevenirmos a doença hemolítica do mesmo.

O contacto pele a pele era incentivado, uma vez que este promove o estabelecimento da ligação mãe/pai-filho, aumenta os níveis de ocitocina circulante, permite uma mais rápida e consistente adaptação do RN ao meio extrauterino, regularizando a sua temperatura corporal e função cardiorrespiratória e promove a amamentação na primeira hora de vida (Siqueira & Colli, 2013). Ao longo deste módulo do estágio, nunca presenciámos nenhum caso em que as mães se recusassem a fazer este tipo de contacto com o seu filho.

O Hospital Pedro Hispano é um dos Hospitais Amigo dos Bebés, por isso o tipo de intervenções anteriormente citadas são privilegiadas na instituição, considerando sempre os desejos da mulher. Acresce, ainda que era incentivada a amamentação precoce pelo facto de ter como vantagens imediatas, a prevenção da morbidade e mortalidade neonatal conferindo um efeito protetor ao RN devido às propriedades imunológicas do colostro, e ainda, no caso da mulher favorece a contração uterina pela ação da sucção que estimula a libertação de ocitocina endógena, prevenindo a hemorragia pós-parto, que é a principal causa de morte materna no mundo (Hergessel & Lohmann, 2017).

Após a primeira mamada era colocada a pulseira eletrónica no RN e prestados todos os cuidados tendo por base o foco Desenvolvimento infantil (ICN, 2019). Desta forma, realizávamos uma avaliação cefalocaudal, através da palpação das suturas cranianas e fontanelas, observávamos se existia a presença de cefalohematoma, *caput succedaneum* e/ou escoriações do couro cabeludo, o coto umbilical e a existência de três vasos (duas artérias e uma veia) e confirmávamos se a clampagem estava segura, presença das características próprias da genitália masculina e feminina e a perfuração do ânus. As vigilâncias relativas à ocorrência da primeira micção e dejeção do RN foram associadas a este foco.

Quanto à avaliação antropométrica, a mesma era feita por um EESMO em conjunto com o pediatra, com recurso à monitorização do peso, comprimento e perímetro cefálico. E ainda, na primeira hora de vida, era administrada a vitamina K (um miligrama intramuscular), para prevenção de doenças hemorrágicas, conforme protocolo do serviço e prescrição médica. Concomitantemente, aplicada a pomada oftálmica com cloridrato de oxitetraciclina, em ambos os olhos, como profilaxia da conjuntivite neonatal (NICE, 2017). No caso dos RN, filhos de mães diabéticas ou com peso inferior a 2500g ou superiores a 4000g, realizávamos a monitorização dos valores de glicemia capilar ao nascimento.

Durante o terceiro estadio do TP ou dequitação mantivemos uma atitude expectante, aguardávamos até 30 minutos para a placenta descolar, pois após esse período de tempo poderíamos estar perante uma situação de retenção placentar (L. Araújo & Reis, 2012). A fim de verificarmos o descolamento da placenta, aguardávamos pelo sinal de *Kustner*, procedíamos à tração controlada do cordão umbilical, para tornar mais fácil a expulsão espontânea da placenta. Observávamos o tipo de dequitação (Schultze ou Duncan), fazíamos a sua rotação contínua/torção da placenta, com o objetivo de evitar a fragmentação das membranas, isto é efetuando a manobra de *Jacob-Dublin*. Assim,

agíamos perante uma abordagem passiva, em que não intervínhamos para que a saída da placenta fosse mais rápida. Neste período estava sempre subjacente o Risco de hemorragia (ICN, 2019). Logo, implementávamos intervenções como: desclampar o cordão umbilical após a secção do mesmo, para permitir a drenagem de sangue do cordão; tração controlada do cordão, como forma de controlo do descolamento e de diminuir a perda de sangue associada e realizar a manobra de *Jacob-Dublin*, durante a expulsão da placenta. Também procedemos à massagem uterina e administração de ocitocina endovenosa após a saída da placenta, conforme o protocolo do serviço.

Relativamente à massagem uterina, tivemos em conta que após a dequitação, esta não se encontra recomendada em mulheres que receberam ocitocina profilática, salvo exceções de HPP (OMS, 2013). Tal complicação é a maior causa de morbilidade e mortalidade materna nos países desenvolvidos e é definida como a perda de sangue superior ou igual a 500 ml nas 24 horas após o nascimento (OMS, 2014), tendo como causa mais frequente a atonia uterina. Apesar de não termos observado todas as complicações estivemos atentas a possíveis casos de rotura ou inversão uterina, placenta acreta, retenção de fragmentos de placenta, lacerações do canal de parto e alterações da coagulação. Presenciamos uma situação de placenta acreta, em que foi necessário o médico obstetra fazer a revisão manual para verificar a presença de cotilédones. Assim, as nossas intervenções passaram pela vigilância da perda sanguínea, sinais e sintomas de hemorragia (tonturas, cefaleias, palidez da pele e mucosas, hipotensão, taquicardia), involução uterina e formação do globo de segurança de *Pinard*.

O quarto estadio do trabalho de parto ou período da hemóstase inicia-se imediatamente depois da saída da placenta até duas horas após. Nesse período, mantínhamos a parturiente e o RN sob vigilância, pois é nesta fase que podem ocorrer rápidas e importantes alterações fisiológicas (OMS, 2018).

Após a saída da placenta observávamos a mesma, confirmando a sua integridade; tamanho e forma; a presença dos dois folhetos do córion e âmnios, reconstruindo a câmara âmnica; a reconstrução dos cotilédones e se existiam alguns que fossem aberrantes; o número de vasos do cordão (uma veia e duas artérias); o seu local de inserção e a presença de nós verdadeiros ou falsos do cordão. Neste percurso deparámo-nos algumas vezes com cotilédones aberrantes e com calcificações de duas placentas (uma de uma mulher fumadora e a outra de uma mulher com 40 anos de idade).

Posteriormente, examinávamos o canal de parto, e se necessário, procedíamos à correção de lacerações ou realizávamos a episiorrafia. Previamente, informávamos a puérpera sobre o procedimento, pedindo a sua colaboração e consentimento. Antes de iniciarmos o procedimento trocávamos o equipamento de proteção individual, protegíamos a zona perineal, com a colocação de um campo estéril e dispúnhamos todo o material de sutura necessário. Durante este módulo do estágio verificámos uma situação, de uma laceração de terceiro grau, causado pela latero-procedência da mão do RN. Nesse sentido, foi-nos dada a oportunidade de proceder à sua correção em colaboração com o médico obstetra, experiência esta, muito significativa, gratificante e profícua para a nossa aprendizagem, e, obviamente fundamental para enriquecer as nossas competências neste domínio.

Após esta intervenção procedíamos à verificação da involução uterina e formação do globo de segurança de *Pinard*, realizávamos os cuidados de higiene e conforto à mulher, removíamos o cateter epidural e desenvolvíamos intervenções no domínio do ensinar e instruir sobre os sinais e sintomas de alerta a que deveria estar atenta. Antes da transferência, oferecíamos-lhe, ainda, uma refeição ligeira.

A descrição sobre as atividades realizadas, identificação de focos e intervenções relativas ao trabalho de parto e parto foram feitas num registo de pertinência, oportunidade, e a mobilização de saberes de acordo com a evidência científica, deixando transparecer que tudo correu muito bem e que todas as experiências foram significativas. Pois, lidar com o parto e nascimento foi uma experiência que marcará o nosso percurso profissional num registo de alegria e felicidade! Todavia, nem sempre foi uma realidade que não tivesse sido perturbada pela angústia e pela tristeza, como quando foi por nós realizado o parto de um feto morto. Nesta situação em concreto, o casal tinha descoberto durante a tarde, quando foram realizar a ecografia do terceiro trimestre, que o seu filho estava morto. A vivência de todo o trabalho de parto foi dolorosa, pois quer o casal, quer a família se encontravam completamente devastados. Estivemos sempre presentes e com o casal, pois tínhamos como intervenção major atender sobretudo às necessidades emocionais de cada um deles. Pois, identificámos o foco Luto (ICN, 2019) e implementámos intervenções como: gerir o espaço físico, incentivar a expressão dos seus sentimentos e emoções, escutar ativamente, permitir o contacto com o filho perdido e dar espaço ao casal para ficar sozinho com o mesmo (por vontade do casal), informamos a restante equipa de cuidados sobre a presença de um casal em processo de luto. Deste modo, procurou-se

facilitar a transição da mulher/casal que experienciavam este acontecimento e procuramos promover a sua saúde e o seu bem-estar (Koch, 2014).

Em suma, diríamos que foi um período de aprendizagem repleto de experiências significativas que nos ajudou a saber como assistir a nascer! No entanto, ficamos com a sensação de que outras estratégias poderiam ser utilizadas, para ajudar a minimizar a dor no trabalho parto. Por esse motivo, face a esta inquietação, decidimos, durante este período, investir mais na pesquisa sobre esta problemática.

2.1. Revisão Integrativa da Literatura: A hidroterapia como método natural de alívio da dor durante o trabalho de parto

As últimas décadas foram marcadas por intensas transformações na organização do trabalho na área da saúde, inclusive na Enfermagem. Tais mudanças estão associadas às transformações sociais e culturais pelo desenvolvimento tecnológico que inevitavelmente envolvem o indivíduo. A inovação é uma constante na área da saúde, nos domínios da promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação na doença. Face a esta realidade social, o enfermeiro sente a necessidade de modificar as suas práticas não só no sentido de garantir a qualidade, mas também para dar resposta às exigências sociais que neste contexto implica repensar o seu processo de cuidar, que por si só exige uma constante atualização e aperfeiçoamento (Danski, Oliveira, Pedrolo, Lind & Johann, 2017). É nesta perspetiva que como futura EESMO procuramos as melhores evidências científicas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica com o objetivo de desenvolvermos uma prática baseada na evidência, através do recurso à realização de estudos ou como consumidores dos resultados de investigação que sirvam de estrutura e suporte às práticas inovadoras, e/ou também, sustentem ou venham a corrigir aquelas que estão implementadas, com o intuito de serem assegurados cuidados de enfermagem de qualidade (Pedrosa, Oliveira, Feijão & Machado, 2015). De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a PBE corresponde a um método de resolução de problemas, no âmbito da decisão clínica, incorporando uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências de cada indivíduo, no contexto do cuidar. Desta forma, a prática baseada na evidência torna-se fulcral para que haja evolução dos cuidados de enfermagem e possam ser associados às

necessidades das pessoas que transcendem o fisiológico, e tornarem-se numa das principais estratégias para o processo de tomada de decisão dos profissionais. Assim, a sua implementação inicia-se desde cedo no percurso académico que cada enfermeiro principia. Acresce ainda, que a PBE se refere à utilização dos resultados de pesquisas científicas como subsídio para a adoção de condutas durante a prestação de cuidados aos indivíduos. Neste sentido, corroboramos com a perspectiva de Danski et al. (2017), que o profissional deve utilizar evidência científica de pesquisas com rigor metodológico, boa validade interna e externa, com o propósito de as aplicar na sua prática clínica de forma consistente. Pois, a PBE em enfermagem constitui uma forma segura e organizada de estabelecer condutas profissionais, tendo como principal foco a identificação de problemas, implementar as intervenções necessárias para a sua resolução, baseando-se na melhor evidência científica. Não obstante, existem fatores como o ambiente, os recursos e as características intrínsecas de cada profissional que podem influenciar a sua incorporação na prestação de cuidados de enfermagem.

Nesta linha de pensamento, os enfermeiros devem sentir-se valorizados e incentivados a realizar ações formativas e a especializar-se, com o objetivo de melhorarem e otimizarem os cuidados de enfermagem mais diferenciados, indo de encontro às necessidades reais, em cuidados à mulher, casal e família, no sentido de ajudar a que estes possam vivenciar o parto e o nascimento como um acontecimento de vida, marcante em todas as dimensões do significado que assume a chegada de uma nova vida.

Apesar do trabalho de parto ser considerado um fenómeno natural, tem sido demonstrado que a dor que o acompanha é uma experiência subjetiva e complexa que varia de mulher para mulher, sendo influenciada pela sua própria percepção, tolerância, o seu contexto social e cultural, as suas crenças, o suporte de familiares, amigos e profissionais de saúde (Mafetoni & Shimo, 2014). A dor de trabalho parto é definida pelo ICN (2019, p.54) como “sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto”.

Após a análise e reflexão sobre aspetos inerentes ao poder de decisão sobre a utilização da hidroterapia como um meio não farmacológico para o alívio da dor, decidimos problematizar a temática em estudo, recorrendo a este método, com o intuito de tomarmos melhores decisões face a tal problemática, e contribuir para que se possam renovar as práticas no sentido de disponibilizar à mulher/casal, esta estratégia, que proporcione conforto e possa minimizar a dor do TP.

2.1.1. Introdução à Problemática em Estudo

Aliado ao desenvolvimento das competências, neste estágio de natureza profissional, tínhamos o desafio de não só basear a nossa prática na evidência científica, mas também desenvolver uma prática que fosse problematizadora dos resultados de investigação. Face a esta exigência, foi uma constante o recurso à evidência científica como suporte ao processo de tomada de decisão, na prestação de cuidados à mulher, casal, recém-nascido e família.

A dor associada ao trabalho de parto é temida por muitas mulheres e muitas vezes pode afetar negativamente as suas escolhas, sendo uma das principais causas de *stress*, ansiedade e medicalização do trabalho de parto e parto (Henrique, Gabrielloni, Rodney & Barbieri, 2018). Nesta fase, a mulher sente uma maior perda do controlo do seu próprio corpo. Esta situação, por si só, justifica a intervenção do EESMO, apresentando-lhe um conjunto de soluções para o alívio da dor, sejam estas centradas nos métodos farmacológicos ou não farmacológicos, para que de acordo com a vontade de cada parturiente possa, esta, escolher um ou incorporar vários, privilegiando aquele que lhe dê maior conforto, a faça sentir mais confiante e empoderada e lhe permita a autonomia na sua tomada de decisão ativa (Pérez, Rull & Riera, 2015).

Dos vários métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o TP podemos realçar os seguintes: a hipnose, o *biofeedback*, a injeção subcutânea ou intradérmica de água estéril, a hidroterapia, a aromaterapia, a musicoterapia, a técnica de imaginação guiada, a acupuntura, a massagem, a reflexologia e a estimulação neurológica transcutânea (Smith, Collins, Cyna & Crowther, 2006). Também de acordo com Gayeski e Brüggemann (2010), a hidroterapia, mais concretamente o banho de imersão deve ser incentivado, dado que resulta num relaxamento das fibras nervosas, permitindo um maior alívio da dor, quando comparado com a massagem e a aromaterapia.

A hidroterapia tem sido usada desde 1970 por Igor Tjarkovsky na Rússia Soviética, e um pouco mais tarde, Michel Odent popularizou a imersão em água noutros países europeus (Cluett, Burns & Cuthbert, 2018). O aquecimento da superfície corporal a aproximadamente 37°C está associado a várias situações, tais como: adaptação ao *stress*, redução da dor e ansiedade, melhoria da perfusão uterina, otimização do progresso do trabalho de parto e

redução da analgesia durante o mesmo (Henrique et al., 2018). Por sua vez, a água quente induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, conduzindo a um relaxamento das fibras musculares (Lehueur, Strapasson, & Fronza, 2017). Atualmente existem vários estudos que indicam que a hidroterapia durante o primeiro e/ou segundo estádios do trabalho de parto potencia a capacidade das mulheres para controlarem a dor e terem um parto eutócico sem aumentar o risco de complicações, nomeadamente, as infeções nas mulheres e/ou recém-nascidos e as lacerações (Jones et al., 2012).

Na maioria das instituições hospitalares, o recurso à analgesia epidural constitui o principal método de alívio da dor para as suas parturientes. Todavia, existem várias mulheres que por sua opção, por alterações da pele ou devido ao seu estado de saúde lhes está contraindicado. Estas situações implicam uma crescente procura de medidas alternativas, e por isso, consideramos que faz parte das competências do EESMO informar e assistir a parturiente no controlo da dor. Pelo que se configura como uma oportunidade de investimento para os EESMO, com o objetivo de que a parturiente obtenha uma maior satisfação do seu trabalho de parto e parto.

A literatura revela que entre os vários métodos não farmacológicos de alívio da dor, a hidroterapia como medida alternativa é atualmente muito difundido. Além disso, são vários os países que possuem uma banheira nas suas salas de parto, pois está comprovada a eficácia e a segurança do uso da hidroterapia ao longo do trabalho de parto (Pérez et al., 2015). A flutuabilidade que a água oferece no trabalho de parto pode reduzir a perceção que a mulher tem da dor e, também o facto desta se sentir mais calma, reduz a probabilidade de existirem demasiadas intervenções obstétricas no decorrer do trabalho de parto e parto (Cluett et al., 2018).

No início deste módulo do estágio ficamos com uma vontade férrea de utilizar este método. Desta forma interrogámo-nos: porque é que não implementámos a hidroterapia como uma estratégia de controlo da dor? Os profissionais não estão despertos para esta situação? A evidência científica não comprova os seus benefícios? Posto isto, decidimos realizar este estudo para obter uma resposta a estas questões e explorar melhor este assunto e problematizá-lo.

Apesar da literatura revelar mais-valias da hidroterapia, ao longo deste percurso apenas conseguimos implementar esta estratégia recorrendo ao banho no chuveiro e/ou aplicação de jatos de água quente, visto que este era o recurso que estava ao nosso alcance. O projeto que previa a colocação de uma banheira no serviço, não chegou a

concretizar-se, por não reunir, sobretudo, o consenso de toda a equipa médica. Assim sendo, ao constatar-mos que este era um problema que carecia ser clarificado através da evidência científica, foi então que decidimos problematizar as potencialidades da hidroterapia, como um método natural de alívio da dor, durante o trabalho de parto.

A escolha e pertinência deste tema justifica-se pelo facto deste ser um assunto pertinente e atual, em intenso debate na prática clínica dos EESMO, bem como da população em geral que cada vez mais pretende cuidados baseados no respeito pela fisiologia do parto (Pérez et al., 2015).

Este estudo tem como finalidade conferir evidência científica às boas práticas, no trabalho de parto e parto, no sentido de contribuir para que o leque de estratégias de minimização da dor possa vir a facilitar o processo de tomada de decisão em enfermagem, no sentido de serem prestados cuidados de enfermagem que respeitem as opções de cada mulher/casal e que se adequem às suas necessidades, já que o regulamento das competências da OE (2010) preconiza que o EESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações consideradas de baixo risco, ou seja, aquelas em que estão envolvidos, processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher.

2.1.2. Opção Metodológica

A prática baseada na evidência encoraja a utilização dos resultados da pesquisa na assistência de enfermagem e coloca grande ênfase na pesquisa como forma de aperfeiçoamento das práticas. Nesta linha de pensamento, a nossa opção metodológica foi a revisão integrativa da literatura. A RIL comporta-se como a única abordagem que permite a integração e a combinação de diversas metodologias, permitindo, deste modo, ter um conhecimento mais abrangente sobre um determinado fenómeno em estudo, tornando-se mais relevante para a Enfermagem (L. Sousa, Vieira, Severino & Antunes, 2017). Este método de pesquisa inclui a análise crítica de estudos relevantes, adotando um método sistemático e rigoroso de procura nas bases de dados, levando ao conhecimento de

determinados assuntos para a prestação de cuidados de enfermagem seguros e baseados na melhor evidência (K. Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

A nossa escolha centrou-se, ainda, na sua pertinência pelo facto deste método poder dar contributos para que seja feita uma síntese do conhecimento, conduzir a generalizações precisas sobre um determinado tema, que neste estudo é a eficácia e a segurança da implementação da hidroterapia como método não farmacológico no alívio da dor da parturiente e facilitar a tomada de decisão do EESMO, no sentido de resultar num cuidado mais efetivo e com melhor relação custo/benefício (C. Soares et al., 2014). Permite, ainda a procura, a avaliação crítica e a síntese de evidências existentes sobre um determinado tema, onde o “produto final é o estado de conhecimento do tema investigado” (L. Sousa et al., 2017, p. 20), e detetar fragilidades, que podem conduzir ao desenvolvimento de novas investigações.

Após dissecado o conceito e termos feito uma análise sobre a sua pertinência e as suas características, face ao objetivo delineado, seguimos a estrutura do método da revisão integrativa da literatura sob as seis etapas: identificação do tema e a seleção da hipótese ou questão de pesquisa, o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura, a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, a interpretação dos resultados e a apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Os vários autores consideram a definição desta etapa como sendo fundamental e norteadora da condução da revisão integrativa da literatura. Logo, deve ser definido de forma clara e objetiva, identificando a questão de partida, bem como toda a estrutura necessária para uma possível pesquisa bibliográfica posterior.

No sentido de chegar à melhor evidência possível sobre o fenómeno de interesse formulámos uma questão de pesquisa, recorrendo à mnemónica PICO (Joanna Briggs Institute, 2014), sendo que este acrónimo representa os Participantes do estudo, tipo de população a estudar, um indivíduo ou um grupo (P), o fenómeno de Interesse (I) e Co refere-se ao Contexto do estudo (Karino & Felli, 2012). Após a aplicação desta estratégia obtivemos a nossa questão de investigação: Qual a pertinência do recurso à hidroterapia pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, como método natural, para promover o controlo da dor durante o trabalho de parto? A aplicação da estratégia PICO à temática para melhor compreensão encontra-se espelhada na tabela 3.

P (Participantes do estudo)	I (Fenómeno de Interesse)	Co (Contexto do estudo)
Parturientes	A hidroterapia como estratégia no controlo e alívio da dor	Trabalho de Parto

TABELA 3 - Definição da questão de pesquisa através da mnemónica PICO

Depois de formulada a questão de partida foram definidos os descritores *Mesh*, com o intuito de darmos resposta à pergunta PICO, tendo sido identificados os seguintes: “hydrotherapy”, “labor”, “pain” e “labor pain”, utilizando os caracteres booleanos “and” para conjugarmos os diferentes descritores, bem como o símbolo “”, uma vez que permite a pesquisa de uma frase, séries ou palavras específicas.

A pesquisa bibliográfica realizou-se entre novembro de 2018 e outubro de 2019, tendo incluído todos os trabalhos científicos existentes nesse mesmo período e desenvolvida através da utilização da base de dados *The Cochrane Library*, *PubMed*, *Nursing Reference Center*, *Scielo* e das bases de dados disponíveis na plataforma *EBSCO host: Academic Search Complete; CINAHL Complete; MEDLINE with Full Text e MedicLatina*.

A etapa seguinte correspondeu à definição dos critérios de inclusão e exclusão para as publicações selecionadas. Assim sendo, os artigos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ano de publicação (últimos cinco a dez anos); idioma (português, inglês e espanhol) e textos completos. Além disso, os artigos que constituíam revisões sistemáticas foram privilegiados, pelo elevado nível de evidência e rigor. Os critérios de exclusão tiveram em atenção: artigos escritos em línguas não definidas nos critérios de inclusão, estudos não indexados às bases de dados das ciências da saúde, artigos em que o ano de publicação era superior a 10 anos, estudos que não estavam relacionados com o tema e o objetivo do estudo, artigos que não abordavam a hidroterapia como a principal estratégia, ou uma das principais, no controlo da dor durante o trabalho de parto.

2.1.3. Apresentação e Discussão dos Resultados

Posteriormente à pesquisa bibliográfica foram organizados os estudos pré-selecionados, tendo sido selecionados mediante a análise do título, a leitura dos seus resumos e as palavras-chave utilizadas (Botelho, Cunha & Macedo, 2011; L. Sousa et al., 2017).

Numa primeira pesquisa realizada nas bases de dados, obtivemos 68 artigos, dos quais 14 eram repetidos e os restantes 39 foram rejeitados após submetermos os critérios de inclusão anteriormente estabelecidos. Desta forma, foram pré-selecionados 15 estudos para leitura integral e desses selecionados sete, nomeadamente uma revisão sistemática da literatura, uma revisão integrativa da literatura, quatro ensaios controlados randomizados e um estudo de coorte retrospectivo, como se encontra explanado na tabela 4.

Nº total de artigos: 68			
Rejeitados: 39		Repetidos: 14	
Artigos selecionados: 7			
1 Revisão sistemática da literatura	1 Revisão integrativa da literatura	4 Ensaaios controlados randomizados	1 Estudo de coorte retrospectivo

TABELA 4 - Seleção dos artigos resultantes da pesquisa para a RIL

Os níveis de evidência (NE) das produções científicas analisadas foram avaliados segundo o modelo preconizado pelo Joanna Briggs Institute (2014) que dispõe dos seguintes níveis de evidência: o primeiro nível corresponde à evidência obtida a partir de desenhos experimentais. No nível II aborda a evidência obtida a partir de desenhos quasi-experimentais. O terceiro nível corresponde aos desenhos observacionais-analíticos. Relativamente ao nível IV está subjacente a evidência obtida a partir de desenhos observacionais descritivos e o quinto nível corresponde às opiniões de peritos e de consenso.

De acordo com L. Sousa et al. (2017), a quinta etapa da realização da revisão integrativa da literatura diz respeito à análise e interpretação dos resultados obtidos que se encontra retratada de seguida, onde estão expostos os vários artigos e nos quadros mencionados o título, o(s) autor(s), ano de publicação, o país, o(s) objetivo(s), a metodologia, o desenho do estudo, o nível de evidência, os resultados e as principais conclusões referentes aos mesmos.

Primeiro Artigo	A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain
Autor(s)	Silva, F., Oliveira, S., & Nobre, M.
País e Ano de Publicação	Brasil/2009
Desenho do Estudo e NE	Estudo controlado randomizado NE: I
Objetivo(s)	Avaliar o efeito do banho de imersão no controlo da dor durante o primeiro estadio do trabalho de parto.
Metodologia	<p>O estudo foi realizado entre outubro de 2002 e junho de 2003 no Centro de Parto Normal, Amparo Maternal em São Paulo. Local onde se realizam em média 1000 partos por mês.</p> <p>A amostra era composta por 108 parturientes, sendo que o grupo de controlo e o grupo de intervenção tinham 54 mulheres cada um.</p> <p>Os critérios de inclusão foram: mulheres nulíparas com gestações únicas de termo, gravidezes de baixo risco, apresentação fetal cefálica, dilatação do colo do útero menor ou igual a seis centímetros no momento da admissão, rotura de membranas não superior a seis horas antes da admissão da parturiente ou bolsa intacta e duas ou mais contrações uterinas a cada 10 minutos.</p> <p>A magnitude da dor foi avaliada pela escala comportamental da dor (Bonnel and Boureau, 1985) e pela escala numérica.</p>
Resultados	As mulheres que usaram o banho de imersão (grupo experimental) apresentaram valores relativos à dor significativamente mais baixos do que as mulheres que não foram sujeitas à intervenção (grupo controlo), avaliados em dois momentos: quando apresentavam seis a sete centímetros de dilatação e uma hora após a primeira avaliação.

Conclusões	O presente estudo explorou os efeitos do banho de imersão em água no controlo da dor durante o TP. As vantagens deste método não farmacológico incluem uma redução do nível da dor percebida pelas parturientes e um atraso no uso de fármacos para o controlo da dor, permitindo que as mulheres tenham um papel mais ativo durante este processo.
-------------------	---

Segundo Artigo	Inmersión en agua durante el parto: revisión bibliográfica
Autor(s)	Pérez, L., Rull, C., & Riera, M.
País e Ano de Publicação	Espanha/2015
Desenho do Estudo e NE	Revisão bibliográfica NE: II
Objetivo(s)	Avaliar os benefícios e possíveis complicações da hidroterapia para as mulheres em trabalho de parto e seus fetos.
Metodologia	A pesquisa foi realizada nas bases de dados <i>PubMed</i> , <i>Cinahl</i> , <i>Cochrane Library</i> , <i>Scopus</i> e ainda uma investigação nos documentos do Sistema Nacional de Saúde, entre 2004 e 2014, tendo sido selecionadas 30 referências bibliográficas (uma tese de doutoramento, duas revisões sistemáticas, dois estudos randomizados, três revisões bibliográficas, 14 estudos observacionais, três casos clínicos e cinco publicações de associações profissionais. Os critérios de inclusão foram: estudos com metodologia quantitativa, revisões bibliográficas e pareceres de associações profissionais. Os critérios de exclusão foram: estudos com metodologia qualitativa, estudos realizados fora do ambiente hospitalar e estudos em que não era possível aceder ao texto completo.
Resultados	Com o uso da hidroterapia durante o trabalho de parto, não foram detetados efeitos nocivos para a parturiente, havendo

	<p>uma diminuição na percepção da dor e no uso de analgesia no decorrer do primeiro estadio do TP, uma menor necessidade de realizar episiotomias, não aumentando o risco de infeção e promovendo a satisfação da mulher nesta fase.</p> <p>O uso da hidroterapia no período expulsivo não afetou os valores de pH do sangue do RN nem o índice de <i>Apgar</i>, sendo que um dos estudos revelou a obtenção de melhores resultados quando o parto ocorria na água. Porém, a morbidade neonatal é o aspeto que gera maior controvérsia, sendo que alguns estudos referem que existem poucos benefícios para o RN quando utilizada a hidroterapia no segundo período do TP, salientando o risco acrescido de infeções neonatais. Por outro lado, não existem diferenças nem preocupações relativamente ao uso deste método no primeiro estadio do TP.</p>
Conclusões	<p>A eficácia e segurança do uso da hidroterapia durante o primeiro período do TP parecem revelar-se demonstradas para a dade. No entanto, em relação ao período expulsivo os resultados são inconclusivos, especialmente no que respeita ao RN. Nesse sentido, todos os autores recomendam a realização de mais estudos sobre a imersão na água durante o primeiro e segundo estadios do TP.</p>

Terceiro Artigo	Immersion in water during labour and birth
Autor(s)	Cluett, E., Burns, E., & Cuthbert, A.
País e Ano de Publicação	Reino Unido/2018
Desenho do Estudo e NE	Revisão Sistemática NE: I
Objetivo(s)	Avaliar os efeitos da imersão em água durante o trabalho de parto e/ou nascimento (primeiro e segundo estadios do TP) nas mulheres e RN.

<p>Metodologia</p>	<p>A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: <i>Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register</i>, <i>ClinicalTrials.gov</i> e <i>WHO International Clinical Trials Registry Platform</i> a 18 de julho de 2017.</p> <p>Os critérios de inclusão foram: ensaios clínicos randomizados que comparavam a imersão em água ou outras formas não farmacológicas de controlo da dor durante o trabalho de parto e/ou nascimento em mulheres saudáveis com gestações de baixo risco a termo com um feto único e ainda estudos quase randomizados, mas nenhum destes últimos foi identificado.</p> <p>Os critérios de exclusão foram: ensaios clínicos cruzados.</p> <p>Esta revisão incluiu 15 ensaios realizados entre 1990 e 2015 (3663 mulheres): oito envolveram imersão em água durante a primeira etapa do TP; dois apenas na segunda etapa; quatro durante o primeiro e o segundo estádios do TP e um comparou a imersão precoce versus a imersão tardia durante o primeiro estadio do TP. Todos os estudos foram realizados em ambiente hospitalar sob o cuidado de uma equipa diferenciada, não sendo somente constituída por EESMO.</p> <p>A maioria dos autores dos estudos não especificou a paridade das mulheres.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Relativamente ao primeiro estadio do TP foram comparados oito estudos em que as parturientes do grupo de intervenção eram imersas na água e as do grupo de controlo não. Assim, concluiu-se que não houve diferenças no desfecho relativo ao tipo de parto. Porém, as mulheres do grupo experimental revelaram melhor controlo da dor, solicitando muito menos a realização de analgesia epidural. Em relação à perda de sangue que ambas experienciaram, as diferenças foram pequenas, sendo ligeiramente inferiores no grupo de intervenção.</p> <p>A morte perinatal não foi relatada e não existiram diferenças claras entre os grupos, no que respeita à infeção neonatal e admissão dos RN no serviço de Neonatologia.</p> <p>No que concerne ao segundo estadio do TP foram comparados dois estudos em que as mulheres do grupo de intervenção</p>

	<p>eram imersas na água e as do grupo de controlo não. Nestes casos não houve diferenças claras em relação ao tipo de parto nem ao uso de analgesia. Além disso, ocorreu uma morte perinatal no grupo de intervenção, mas sem capacidade para se estabelecer uma correlação direta com a imersão na água. E ainda, não existiram diferenças significativas entre os RN de ambos os grupos relativamente ao risco infeccioso.</p> <p>Num dos estudos, as mulheres do grupo de imersão relataram um nível mais elevado de satisfação com a experiência do parto.</p> <p>Um estudo comparou a imersão precoce versus a imersão tardia durante o primeiro estadio do TP e a única alteração que se revelou significativa foi o menor uso de analgesia regional nas mulheres em que a imersão foi tardia.</p>
Conclusões	<p>Em mulheres saudáveis, com baixo risco de complicações, há evidências de que a imersão em água durante o primeiro estadio do TP tem pouco efeito sobre o tipo de parto e o trauma perineal. Por outro lado, comprovou-se a diminuição do uso de analgesia regional, o que revela um melhor autocontrolo da dor.</p> <p>As evidências de imersão durante o segundo estadio do trabalho de parto são limitadas e não mostraram diferenças nos resultados maternos ou neonatais, não existindo evidência de que haja um aumento de complicações para o RN nem para a mulher.</p> <p>Todavia, as evidências disponíveis são limitadas pela variabilidade clínica e heterogeneidade entre os estudos.</p>

Quarto Artigo	Warm shower aspersion, perineal exercises with Swiss ball and pain in labor
Autor(s)	Barbieri, M., Henrique, A., Chors, F., Maia, N., & Gabrielloni, M.
País e Ano de Publicação	Brasil/2013

Desenho do Estudo e NE	Estudo controlado randomizado NE: I
Objetivo(s)	Avaliar de forma isolada e combinada a utilização do banho quente e os exercícios perineais realizados com a bola de pilates durante o trabalho de parto e a percepção da dor.
Metodologia	<p>O estudo realizou-se entre março e abril de 2010 num hospital de São Paulo.</p> <p>Foram recrutadas 15 parturientes e posteriormente divididas em três grupos de intervenção: banho quente de chuveiro (5), exercícios com a bola de pilates (5) e o terceiro grupo combinava os dois métodos (5).</p> <p>Os critérios de inclusão foram: mulheres sem patologias prévias à gravidez nem obstétricas conhecidas, encontrar-se na fase ativa do TP (duas a três contrações em 10 minutos, dilatação do colo do útero igual ou superior a três centímetros), idade gestacional entre as 37 e as 42 semanas, gestação com feto único, apresentação fetal cefálica, realização de pelo menos seis consultas durante a gravidez e apresentar valores de dor iguais ou superiores a cinco, segundo a Escala Visual Analógica da dor.</p>
Resultados	Os resultados indicam que existe uma diminuição mais significativa da percepção da dor no grupo que utilizou o banho de chuveiro de água quente comparativamente com aquele que usou a bola de pilates, de forma isolada. Porém, quando associados os dois métodos não farmacológicos de alívio da dor a redução desta foi ainda mais notória.
Conclusões	O estudo permitiu concluir que a utilização do banho de chuveiro com água quente de forma isolada e o uso deste com a bola de pilates de forma combinada reduzem a percepção que a mulher tem da dor durante o TP, promovendo em unísono o relaxamento e diminuindo a ansiedade, sendo estratégias baratas, seguras e eficazes.

Quinto Artigo	Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage
Autor(s)	Lee, S., Liu, C., Lu, Y., & Gau, M.
País e Ano de Publicação	China/2012
Desenho do Estudo e NE	Estudo controlado randomizado NE: I
Objetivo(s)	Avaliar a eficácia do banho quente no controlo da dor e nas experiências das mulheres durante o primeiro estadio do TP.
Metodologia	<p>O estudo foi realizado entre 10 de julho de 2010 e 12 de janeiro de 2011 na maternidade de um hospital regional da cidade de Taipei, local onde ocorrem aproximadamente 220 a 250 nascimentos por mês.</p> <p>A amostra era composta por 80 mulheres, sendo que 41 constituíam o grupo de controlo e 39 o grupo experimental.</p> <p>As participantes do grupo de intervenção realizaram banhos de chuveiro com água quente (37°C) durante 20 minutos na casa de banho privada do seu quarto. Por sua vez, as mulheres inerentes ao grupo de controlo receberam os cuidados padrão que a instituição proporcionava, como por exemplo deambular.</p> <p>A dor do trabalho de parto e a experiência do parto foram avaliadas através da Escala Visual Analógica da Dor e da Escala <i>Labor Agency</i>, respetivamente.</p>
Resultados	<p>As mulheres do grupo experimental relataram valores da escala da dor utilizada significativamente mais baixos quando apresentavam uma dilatação do colo do útero entre os quatro e os sete centímetros comparativamente com as parturientes do grupo de controlo.</p> <p>As participantes do grupo de intervenção apresentaram valores mais elevados, relativamente à escala <i>Labor Agency</i>, ou seja, relataram sentimentos mais positivos e uma experiência de parto mais satisfatória do que as mulheres do grupo de</p>

	controlo.
Conclusões	Além dos efeitos positivos que esta intervenção teve sobre o autocuidado, revelou-se importante no controlo da dor da parturiente durante o primeiro estadio do TP e ainda potenciou sentimentos de maior autocontrolo, conforto e satisfação. Esta alternativa não farmacológica de alívio da dor é económica e deve ser adotada como uma estratégia importante neste processo. Assim, os EESMO devem continuar a diferenciar-se e a implementar tal estratégia, com o intuito de proporcionarem às parturientes mais opções além dos fármacos para que estas possam ter um maior controlo da dor associada ao TP.

Sexto Artigo	Retrospective cohort study of hydrotherapy in labor
Autor(s)	Vanderlaan, J.
País e Ano de Publicação	Estados Unidos da América/2017
Desenho do Estudo e NE	Estudo de coorte retrospectivo NE: III
Objetivo(s)	Descrever o uso da hidroterapia no controlo da dor durante o trabalho de parto.
Metodologia	O estudo foi realizado entre 2006 e 2013 numa maternidade em Atlanta que possuía uma banheira de hidromassagem em todas as salas de parto para serem usadas durante o primeiro estadio do TP. Os critérios de inclusão foram: parturientes com gravidezes sem complicações e de um feto único, idade gestacional igual ou superior a 37 semanas. Os critérios de exclusão foram: as mulheres que apresentavam infeções transmissíveis conhecidas, como o herpes genital ativo e suspeita de fetos macrossómicos. A nuliparidade foi um dos critérios de

	exclusão utilizados pela equipa médica.
Resultados	<p>Das 327 participantes incluídas, 268 (82%) iniciaram a hidroterapia. Assim, 80 (29,9%) foram removidas da água por atenderem aos critérios de exclusão e 24 (9%) evoluíram para o tratamento farmacológico da dor.</p> <p>A duração média do uso da banheira foi de 156 minutos.</p> <p>Neste estudo, 57,5% das participantes não progrediu para o tratamento farmacológico da dor após iniciarem a hidroterapia.</p>
Conclusões	Os resultados deste estudo fornecem evidências de que a hidroterapia pode ser implementada com sucesso no tratamento da dor no TP para parturientes de baixo risco. Além disso, podem ser utilizados pelos EESMO, com o intuito de ajudar as mulheres a verem a hidroterapia como um método não farmacológico de alívio da dor eficaz. Pois, pouco menos de metade destas, optou por iniciar um método farmacológico antes de recorrer à hidroterapia, ficando a dúvida sobre o conhecimento que as mesmas teriam sobre este método.

Sétimo Artigo	Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado
Autor(s)	Cavalcanti, A., Henrique, A., Brasil, C., Gabrielloni, M., & Barbieri M.
País e Ano de Publicação	Brasil/2019
Desenho do Estudo e NE	Estudo controlado randomizado NE: I
Objetivo(s)	Avaliar o efeito do banho quente de chuveiro e exercício perineal com bola de pilates isolados e de forma combinada, sobre a percepção da dor, ansiedade e progressão do trabalho de parto.

<p>Metodologia</p>	<p>O estudo decorreu entre junho de 2013 e fevereiro de 2014 em dois hospitais da cidade de São Paulo. Ambos realizavam, em média, 250 partos por mês e possuíam as mesmas características de atendimento quanto ao perfil da população assistida e incentivavam a presença do acompanhante.</p> <p>As 128 parturientes foram alocadas aleatoriamente em três grupos de intervenção: banho quente de chuveiro (44), exercícios com a bola de pilates (45) e o terceiro grupo combinava os dois métodos (39).</p> <p>Os critérios de inclusão foram: parturientes sem patologias médicas prévias ou decorrentes da gravidez, idade gestacional entre as 37 e as 42 semanas, gestação de feto único e com apresentação cefálica, encontrar-se na fase ativa do TP (duas a três contrações em 10 minutos, dilatação do colo uterino igual ou superior a três centímetros e com um máximo de oito centímetros), idade mínima de 18 anos e apresentar um valor da dor, de acordo com a Escala Visual Analógica superior ou igual a cinco.</p> <p>Os critérios de exclusão foram: as parturientes com indicação de cesariana, presença de analgesia durante o TP, fumadoras, toxicod dependentes, patologia psiquiátrica, terem ingerido cafeína nas últimas 10 horas, submetidas a corticoterapia e que realizaram menos do que seis consultas durante a gravidez.</p> <p>A percepção da dor e ansiedade foi avaliada antes e trinta minutos após a intervenção terapêutica por meio de Escala Visual Analógica.</p>
<p>Resultados</p>	<p>Houve um aumento dos valores da dor de acordo com a escala aplicada e uma redução significativa da ansiedade em todos os grupos, sobretudo naqueles que utilizaram o banho no chuveiro com água quente. Ainda em relação à hidroterapia, as parturientes também referiram um aumento da sensação de bem-estar associado ao relaxamento e decorrente da liberdade de movimentos e privacidade, e como coadjuvante um maior controlo da dor comparativamente ao momento em que se encontravam no leito.</p>

	O TP evoluiu mais rapidamente em todos os grupos, especialmente naquele que combinou as duas técnicas.
Conclusões	As terapias estudadas contribuem para a adaptação e bem-estar materno e favorecem a evolução do trabalho de parto, auxiliam na minimização da dor, promovem a vivência participativa e um maior controlo da mulher em relação às suas ações e emoções.

TABELA 5 - Matriz síntese dos artigos selecionados

Com o objetivo de darmos resposta à nossa questão de investigação importa analisar e interpretar os dados dos vários estudos apresentados. Assim sendo, a dor do trabalho de parto é interpretada e percebida de diferentes formas pelas mulheres, sendo influenciada por diversos fatores, tais como: a sociedade, cultura, história familiar, ansiedade, medo e experiência anterior. Nesse sentido, a função do EESMO assume uma importância relevante, ao prestar cuidados de enfermagem de qualidade e individualizados que promovam o bem-estar da parturiente, tornando-a mais ativa no seu papel ao longo deste processo, com uma maior sensação de autocontrolo e confiança (Barbieri, Henrique, Chors, Maia & Gabrielloni, 2013; Lee, Liu, Lu & Gau, 2012).

Nesse sentido, o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o TP revela-se fundamental como intervenção a ser implementada pelos EESMO. Na atualidade torna-se cada vez mais visível a sua procura, como um recurso que supostamente se pensa estar disponível. As mulheres/casais também se encontram mais informados e mais recetivos a novas experiências e procuram ser participantes ativos no seu trabalho de parto e parto. Pretendem um parto o mais fisiológico possível, e por isso questionam os profissionais de saúde mais assertivamente, exigindo da parte destes um desempenho exequível, para que os mesmos atendam às suas necessidades (F. Silva, Oliveira & Nobre, 2009). De entre as várias estratégias destacamos a hidroterapia que como método não farmacológico para o alívio da dor tem vindo a alcançar um maior estatuto, comprovando a sua eficácia e segurança, quando aplicada durante o TP (Pérez et al., 2015).

Todos os investigadores dos diferentes estudos são unânimes ao dizerem que a parturiente apresenta um melhor controlo da dor quando utiliza a hidroterapia, à exceção de Cavalcanti, Henrique, Brasil, Gabrielloni e Barbieri (2019) que não discordam completamente, mas afirmam que no decorrer da sua investigação, as mulheres do grupo experimental que usaram o banho no chuveiro com água quente, como intervenção, referiram valores mais elevados da dor quando aplicada a Escala Visual Analógica, comparativamente com os grupos em que tinha sido aplicado o uso da bola de pilates. Todavia, a dor que sentiam quando aplicada a hidroterapia era muito inferior àquela que experienciavam quando deitadas no leito.

De entre as várias investigações podemos notar uma diferença, no que concerne à forma como a hidroterapia foi empregue, ou seja, autores como Barbieri et al. (2013), Cavalcanti et al. (2019) e Lee et al. (2012) optaram pelo uso do chuveiro e os restantes, Cluett et al. (2018), Pérez et al. (2015), Silva et al. (2009); Vanderlaan (2017) pela imersão. No entanto, a temperatura da água foi consensual, tendo sido mantida nos 37°C, com o objetivo de reduzir os níveis de catecolaminas e aumentar os níveis de endorfinas, tornar as contrações uterinas mais rítmicas, reduzir a ansiedade, promover o relaxamento e a sensação de leveza e movimento que a água proporciona.

No estudo controlado randomizado de Silva et al. (2009), realizado numa maternidade de São Paulo, entre outubro de 2002 e junho de 2003, 108 parturientes que se encontravam no primeiro estadió do TP foram divididas aleatoriamente em dois grupos com 54 mulheres cada um, sendo que o grupo experimental pôde adotar o banho de imersão durante 60 minutos como estratégia não farmacológica de controlo da dor em comparação com o grupo de controlo que não experienciou tal situação. Todas as participantes dos dois grupos foram questionadas sobre a perceção da dor em dois momentos distintos: quando apresentavam seis a sete centímetros de dilatação e uma hora após a primeira avaliação através da Escala Numérica da Dor e da escala comportamental da dor. Assim, foi possível concluir que as mulheres que usaram o banho de imersão, como técnica de alívio da dor, apresentaram valores relativos a este parâmetro significativamente mais baixos do que aquelas que não foram sujeitas à intervenção.

Por sua vez, o estudo realizado por Pérez et al. (2015) vem corroborar os resultados supracitados e ainda acrescentar que uso da hidroterapia durante o trabalho de parto, não acarreta efeitos nocivos para a parturiente, conduz a uma menor necessidade de se realizarem episiotomias, não aumenta o risco de infeção da díade e promove a satisfação

da mulher nesta fase. Por outro lado, o banho de imersão no período expulsivo gera alguma controvérsia, entre vários investigadores, quanto à morbidade neonatal. Uma vez que, alguns enfatizam o risco acrescido do RN desenvolver infeções e outros comprovam que os valores de pH do sangue do RN e o índice de *Apgar* não sofrem alterações quando comparados com os outros RN. Assim, a eficácia e segurança do uso da hidroterapia durante o primeiro período do TP parecem estar demonstradas, havendo no entanto a necessidade de se realizarem mais estudos sobre a imersão na água durante o primeiro e segundo estadios do TP, especificamente no período expulsivo.

A revisão sistemática realizada por Cluett et al. (2018) teve como principal objetivo avaliar os efeitos da imersão em água, durante o primeiro e segundo estadios do trabalho de parto, em mulheres e RN, vindo no seguimento da revisão da literatura anteriormente citada e realizada em Espanha. Os autores em questão acrescentam que o tipo de parto não é influenciado pelo uso da hidroterapia, por parte da parturiente, nem se associam a comorbilidades quer para a mulher, quer para o RN, destacando a vantagem inequívoca do controlo da dor que estas mulheres tiveram comparativamente àquelas que não foram submetidas à experimentação, solicitando muito menos a realização de analgesia epidural, como já tinha sido salientado por Pérez et al. (2015).

Importa ainda destacar que as mulheres que foram submetidas à imersão mais tardiamente durante o primeiro estadio do TP revelaram um menor uso de analgesia regional. Relativamente ao segundo estadio do TP foram comparados dois estudos em que as mulheres do grupo de intervenção eram imersas na água e as do grupo de controlo não, não se tendo verificado diferenças significativas nem no tipo de parto nem no controlo da dor. Além disso, ocorreu uma morte perinatal no grupo de intervenção, mas sem capacidade para se estabelecer uma correlação direta com a imersão na água, e também não se verificaram diferenças significativas entre os RN de ambos os grupos relativamente ao risco infeccioso (Cluett et al., 2018).

No estudo de coorte realizado por Vanderlaan (2018), nos Estados Unidos da América, ao longo de sete anos, contabilizando 327 participantes foi possível concluir que 82% desejaram usar como método não farmacológico de alívio da dor, a hidroterapia, havendo uma percentagem superior a metade do grupo que não teve necessidade de realizar nenhum método farmacológico após a imersão na água. Porém, foram diversas as participantes que optaram inicialmente pelo uso da analgesia epidural e só depois pela

hidroterapia, instalando a dúvida sobre o conhecimento que as parturientes tinham sobre esta estratégia e se a intervenção do EESMO estava a ser bem implementada.

Relativamente ao banho de água quente no duche, tal estratégia foi utilizada em três estudos diferentes, sendo que um deles nos remete para a China e para surpresa nossa, pois, verificamos que este país não só se encontra em evolução, no que diz respeito aos métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o TP, mas também apresentam condições quanto ao espaço físico que proporcionam maior privacidade e conforto à mulher/casal, implementando nas maternidades salas de parto individualizadas com casas de banho privativas, onde se encontra o duche (Lee et al., 2012). Neste estudo controlado randomizado de Lee et al. (2012), a dor no trabalho de parto e a experiência do parto foram avaliadas através da Escala Visual Analógica da Dor e da Escala *Labor Agency*, respetivamente. As mulheres do grupo experimental relataram valores da escala da dor utilizada significativamente mais baixos, quando apresentavam uma dilatação do colo do útero entre os quatro e os sete centímetros, comparativamente com as parturientes do grupo de controlo. E ainda, relataram sentimentos mais positivos e uma experiência de parto mais satisfatória do que as mulheres do grupo de controlo.

Dois dos estudos analisados neste processo (Barbieri et al., 2013; Cavalcanti et al., 2019) tinham como objetivo avaliar de forma isolada e combinada a utilização do banho quente e os exercícios perineais realizados com a bola de pilates durante o trabalho de parto e a perceção da dor, sendo que um deles vai mais além e avalia também a ansiedade e progressão do trabalho de parto (Cavalcanti et al., 2019). Este último, focou-se mais no relaxamento, na redução dos níveis de ansiedade que se mostraram presentes nos três grupos, ou seja, nos que utilizaram a hidroterapia, os que recorreram à bola de pilates e aquele em que as duas técnicas foram combinadas. No entanto, a sensação de maior bem-estar, associado ao relaxamento e decorrente da liberdade de movimentos e privacidade foi maior nas participantes que usaram, somente, o banho no chuveiro. Por consequência, o TP evoluiu mais rapidamente em todos os grupos, especialmente naquele que combinou as duas técnicas. Porém, a redução da duração do TP surge como efeito do uso da hidroterapia, comum a todos os estudos analisados.

Num estudo semelhante ao anterior efetuado por Barbieri et al. (2013), os resultados mostraram-se ligeiramente diferentes, indicando uma diminuição mais significativa da perceção da dor no grupo que utilizou o banho de chuveiro de água quente comparativamente com aquele que usou a bola de pilates, de forma isolada. Porém,

quando associados os dois métodos não farmacológicos, a redução desta foi ainda mais notória.

Terminada a análise dos estudos verificamos que o recurso à hidroterapia como um método seguro e eficaz é corroborado pela maioria dos autores. Esta confirmação pode traduzir alguma esperança em que, brevemente, deixemos de nos interrogar porque desvalorizamos a hidroterapia como método de alívio da dor durante o trabalho de parto.

2.1.4. Conclusão

A realização desta revisão integrativa da literatura revelou-se crucial para o desenvolvimento de competências no domínio da investigação em enfermagem e na área de saúde materna e obstétrica. Tornou-se uma forte aliada ao despoletar questões, com alguma racionalidade sobre um aspeto que agora fica mais clarificado, mas que nos provocava alguma inquietação. Outro aspeto, muito interessante, é que este estudo nos veio demonstrar que o nosso crescimento enquanto enfermeiros é fundamental e que a prática baseada na evidência deve ser encarada como uma ajuda e eixo estruturante para suportar todas as nossas intervenções, no sentido de tomarmos as melhores decisões e prestarmos cuidados de enfermagem mais significativos para as pessoas.

A escolha do tema, a hidroterapia, como método natural de controlo e alívio da dor durante o trabalho de parto, surge como uma necessidade emergente, de fazer face às necessidades das mulheres e no contexto específico, do serviço de Bloco de Partos do Hospital Pedro Hispano, no sentido de se dar continuidade a algo que já existe e se tem revelado extremamente importante, ou seja, a realização de sessões de preparação para o parto em meio aquático.

Assim, após a análise e interpretação dos artigos científicos incluídos nesta revisão integrativa da literatura, pudemos concluir que a hidroterapia, seja através do banho no chuveiro ou na imersão numa banheira com água quente, conduz a mulher ao alívio da dor no primeiro estadió do trabalho de parto, fazendo com que esta tenha mais possibilidade de escolha em detrimento à imposição da analgesia epidural, ou opte pela mesma numa fase mais tardia do seu TP.

Durante este processo pudemos constatar que este método também acarreta consigo outros benefícios, como a promoção do relaxamento, a diminuição dos níveis de ansiedade e *stress*, maior e melhor mobilidade, e ainda, maior satisfação com a experiência do trabalho de parto e parto. Esta entre outras conclusões que emergiram da análise dos estudos realizados, permite-nos afirmar que pode ser oportuno o EESMO investir nesta área, procurar apoio na formação, se necessário, para que seja capaz de prestar melhores cuidados de enfermagem como sugerem Cavalcanti et al. (2019), Lee et al. (2012) e Vanderlaan (2017).

Esta investigação, reforça a necessidade de combater os motivos pelos quais os EESMO não se diferenciam na prestação de cuidados em relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor. Tendo em conta que o interesse pelo objeto de estudo partiu da identificação de alguma controvérsia em relação à não concordância da colocação de uma banheira no serviço, com o objetivo de implementarem a hidroterapia através da imersão, alegando razões como complicações que tal método poderia causar no feto, de acordo com os estudos avaliados, em geral e de uma forma particular, Cluett et al. (2018) referem que essa ideia é obsoleta e sem sentido. Desta forma, podemos afirmar que explorámos vários estudos, tendo elegido aqueles que melhor se correlacionavam com a temática e de nível de evidência elevada, como uma revisão sistemática e vários estudos controlados randomizados. Todavia, todos os autores referem a necessidade de uma maior investigação sobre o tema e correlação entre este e os seus benefícios.

Em suma, este estudo permite-nos incentivar os profissionais de saúde a refletir sobre as suas práticas, e que estes se tornem mais competentes e autónomos, com o propósito de potenciar o uso da hidroterapia durante o trabalho de parto, como forma da mulher ser empoderada para controlar a dor que percebe, capacitando-a, tornando-a mais autónoma e interventiva no seu trabalho de parto e parto, tal como refere Meleis et al. (2000), na tão imaculada etapa desta transição desenvolvimental.

3. O PÓS-PARTO E A TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE QUE SE TORNOU REAL

Para cuidar a mulher, casal e família, neste módulo, partimos de alguns pressupostos que nos ajudaram a desenvolver uma prática mais ajustada às necessidades. Trazer ao mundo um novo ser, exige uma enorme responsabilidade e um nível elevado de comprometimento, desencadeando nos demais uma oportunidade de crescimento. O nascimento é encarado como o ex-líbris da vida de muitas mulheres, casais e famílias. A mulher torna-se mãe e o homem pai, a aquisição de um novo estatuto social emerge. Para o EESMO fazer parte desta vivência pode ser sinónimo de alegria, mas sobretudo de responsabilidade, a fim de contribuir para que todos experienciem uma transição para a parentalidade mais positiva, sendo capazes de no futuro lidarem com resiliência perante os momentos de crise (Felgueiras & Graça, 2013). Nesse sentido, uma das competências primordiais do EESMO centra-se no cuidado à mulher inserida na família e comunidade, durante o período pós-natal, com o intuito de promover a saúde e prevenir complicações relativas à puérpera e ao recém-nascido, apoiando todo este processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2010).

O período pós-parto, denominado de puerpério, pode ser definido como o período que se inicia imediatamente após o nascimento, prolongando-se durante as seis semanas seguintes (Cunningham et al., 2012). Durante este tempo, o corpo da mulher tende a recuperar de todas as modificações que a gravidez lhe provocou, retomando ao estado não gravídico. Este pode ser categorizado em três fases: pós-parto imediato (desde o nascimento até às primeiras 24 horas), pós-parto precoce (decorre até ao final da primeira semana) e o pós-parto tardio (termina na sexta semana após o nascimento) (Graça, 2017).

Este período engloba diversas transformações que vão muito além das físicas, pois a mulher experiencia mudanças na sua estrutura familiar e social, uma vez que assume um novo papel, tornar-se mãe. Não obstante, o homem também se vê nesta fase como o pai e este pode ser considerado um ponto de viragem na vida do casal e de toda a família que os rodeia. Este período de desenvolvimento do ciclo vital apresenta a cada um daqueles, que o vivencia, tarefas específicas com as quais tem que lidar, que podem ser condicionadas por

diversos fatores que podem influenciar a adaptação a esta fase, entre os quais se destacam os pessoais (significados, expectativas, nível de conhecimento e de capacidade) e os ambientais (nível de planeamento e bem-estar, estatuto socioeconómico e o bem-estar físico e psíquico). Tais condições podem facilitar ou dificultar a transição (Meleis et al., 2000).

A Adaptação à parentalidade (ICN, 2019) pode ser facilitada, se a mulher/casal se sentirem apoiados por aqueles que os rodeiam e lhes são mais queridos (Felgueiras & Graça, 2013). Além disso, o seu contexto socioeconómico, a gravidez ter sido ou não planeada e/ou desejada, ter frequentado o curso de preparação para o parto e parentalidade, o tipo de parto e a sua (in)satisfação com o mesmo e ainda, este ser o seu primeiro filho podem ser consideradas variáveis que interferem com a forma com lidam com este processo (Meleis, 2010). Posto isto, tais dados foram relevantes para a avaliação deste foco da nossa atenção.

A transição para a parentalidade, relativamente ao tornar-se mãe, compreende três fases ímpares: a primeira é caracterizada por comportamentos dependentes, ocorrendo nas primeiras 24 a 48 horas após o parto, tem como principal foco a satisfação das necessidades básicas da mulher, confiando no seu companheiro, mãe e/ou profissional de saúde para a ajudar, encontra-se entusiasmada e deseja relatar a experiência do parto; a segunda diz respeito ao comportamento dependente-independente, surge ao segundo ou terceiro dia de puerpério e dura entre dez dias a várias semanas. Nesta altura a mulher dá ênfase aos cuidados ao seu filho e às suas competências enquanto mãe, deseja assumir a responsabilidade, mas sob orientação dos outros, demonstra uma vontade enorme em aprender, tornando-se na altura ideal para o EESMO intervir; a terceira e última intitula-se de interdependente, uma vez que se centra na interação dos vários elementos da família como unidade, existindo um reajuste dos papéis (Lowdermilk & Perry, 2008).

O papel do homem, agora pai, é descrito por vários autores como essencial, não devendo ser colocado de parte pelos profissionais de saúde. Este foi por nós considerado como alguém que também está a viver uma transição e que influencia diretamente a transição que a mulher está a experienciar (Nogueira & Ferreira, 2012). Procurámos promover a interligação pai-filho, pois o envolvimento e integração do companheiro neste processo, desde a gravidez até aos cuidados ao RN, permite que o pai e o seu filho estabeleçam uma maior ligação. Esta nossa postura perante, este foco de atenção não foi difícil de conseguir. Seguimos as diretrizes, do Hospital Pedro Hispano, como Hospital

Amigo dos Bebés, já que este permite que a mulher seja acompanhada ao longo do seu trabalho de parto, parto e pós-parto, durante 24 horas por dia, por alguém que lhe seja significativo, se assim o desejar, para promover a Ligação mãe-pai/filho (ICN, 2019). Graças a esta experiência, pudemos constatar que as mulheres que se encontravam acompanhadas ao longo do internamento, no serviço de obstetrícia, se revelaram menos inseguras e mais satisfeitas com o desempenho do seu novo papel, uma vez que o seu acompanhante significativo as apoiava e minimizava o impacto e a perceção de muitas das adversidades, com as quais aquelas mulheres se deparavam no momento (Felgueiras & Graça, 2013).

Por sua vez, o alojamento conjunto da mãe e do RN no local onde realizamos este módulo de estágio é também uma das políticas do hospital. Permite que ambos partilhem o mesmo quarto até ao momento da alta, exceto se o RN tiver a necessidade de cuidados no serviço de Neonatologia. Esta política tem como principal intuito promover a ligação da mãe com o filho e a vinculação do RN com a mãe. Assim, à mulher é mais fácil suprir as necessidades do seu filho, estando mais disponível para o amamentar, desenvolvendo treino e habilidades para lhe prestar os cuidados necessários, tornando-a mais confiante e apta aquando do regresso a casa.

A transição para a parentalidade representa assim, um período vulnerável à ocorrência de crise, devido às profundas transformações intra e interpessoais que ocorrem na mulher/família, face à delimitação entre o perdido (gravidez) e o adquirido (o filho) (Meleis, 2010). Tal vulnerabilidade acarreta riscos para a saúde das pessoas envolvidas neste processo e pode comprometer a sua qualidade de vida. Assim sendo, a intervenção do EESMO revela-se essencial, no sentido de prestar cuidados de enfermagem especializados que visem a promoção de uma transição para a parentalidade saudável (OE, 2015).

Neste módulo do estágio que decorreu, no serviço de Obstetrícia, cuidamos de 112 puérperas. Destas, 32 foram puérperas de risco. Também tivemos oportunidade de cuidar de 69 RN sem riscos associados e 43 de risco, como se encontra descrito na tabela 6 abaixo identificada.

112 Puérperas Cuidadas		112 Recém-Nascidos Cuidados	
80 sem complicações	32 com complicações	69 sem risco	43 risco

TABELA 6 - Número de puérperas e RN cuidados no serviço de Obstetrícia

Foi com grande satisfação que constatamos que este hospital segue as normas preconizadas pela OMS (2013), quanto ao período de internamento da puérpera e do RN, que corresponde a um período de 48 horas nos partos eutócicos e distócicos assistidos com recurso a ventosa ou fórceps, sem complicações associadas. Nos partos distócicos por cesariana é um período de 72 horas. Assim, tendo em conta a situação de cada mulher e casal, o planeamento da alta começava desde logo quando a puérpera e o RN eram admitidos na unidade (Cunningham et al., 2012).

O primeiro contacto com a puérpera, RN e acompanhante decorreu, maioritariamente, poucas horas após o parto, ou seja, durante o puerpério imediato. Aquando da sua chegada, focávamo-nos na vigilância e monitorização do estado de saúde da mulher e do RN, dando especial importância às necessidades percebidas pela puérpera/casal.

Na admissão da tríade, os dados transmitidos pelo EESMO do Bloco de Partos, que transferia a puérpera e o RN, eram tidos em consideração, com particular atenção: aos antecedentes pessoais e/ou obstétricos relevantes, alergias, medicação domiciliária prévia e feita ao longo da gravidez, hábitos e estilos de vida, grupo sanguíneo e fator Rh, presença ou ausência de SGB, participação em curso de preparação para o parto e parentalidade, ao seu trabalho de parto (duração, medicação administrada, rotura de membranas), ao tipo de parto (data e hora, presença de ferida cirúrgica e/ou laceração, formação do globo de segurança de *Pinard*, involução uterina, lóquios, complicações). Relativamente ao RN, colhíamos os dados, de igual forma: o sexo, peso, perímetro cefálico, comprimento, índice de *Apgar*, aspeto do coto umbilical, presença de anomalias ou complicações peri-parto, realização de contacto pele a pele, tipo de alimentação e hora a que a efetuou, eliminação vesical e intestinal. Além disso, procurávamos saber se a díade se encontrava acompanhada por uma terceira pessoa.

O momento do acolhimento da mulher/casal e RN constituiu para nós uma preocupação relevante em que se estabelecesse uma relação terapêutica com os mesmos (M. Silva, 2010), para tal apresentávamos a equipa, o espaço físico do serviço, informávamos sobre as regras de funcionamento do mesmo, incluindo os seus direitos e deveres. Após serem instalados no seu quarto, procedíamos à consulta do processo clínico da puérpera e do RN. De imediato, validávamos os dados que nos tinham sido transmitidos e identificávamos outro tipo de informações pertinentes, com o objetivo de procedermos à colheita de dados necessários à avaliação inicial, para posteriormente conseguirmos identificar os nossos focos de atenção, bem como os diagnósticos de enfermagem. De

seguida, procedíamos à realização do exame físico cefalocaudal da puérpera, que incluía a avaliação: estado de consciência, parâmetros vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, dor e temperatura), pele e mucosas, mamas e mamilos, lóquios (cor, quantidade e cheiro), contração uterina, presença de ferida perineal (episiorrafia ou perineorrafia) ou ferida cirúrgica abdominal, nos casos de cesariana, presença de edema do períneo e membros inferiores, eliminação vesical e intestinal (Montenegro, Rodrigues, Ramalho & Campos, 2014). Nesta avaliação, o bem-estar emocional da puérpera e do seu acompanhante também eram avaliados, no sentido de entendermos como foi a sua experiência do trabalho de parto e parto, as suas expectativas, a sua consciencialização e envolvimento no processo.

Por vezes, a experiência de parto tinha ido de encontro às expectativas da mulher/casal, sendo positiva, mas nem sempre isso acontecia. Desse modo, desenvolvemos intervenções no domínio do escutar e orientar, para compreender os sentimentos e emoções que a puérpera estava a experienciar, para que esta os verbalizasse, aceitasse e ultrapassasse, sendo capaz de cuidar de si e do seu filho, vivenciando uma transição para a parentalidade saudável (A. Sousa, 2015).

A avaliação dos sinais vitais assume um papel elementar no diagnóstico de diversos problemas relativos ao puerpério imediato. Importa destacar o Risco de hemorragia pós-parto (ICN, 2019), uma vez que a perda sanguínea abundante se caracteriza por palidez, taquicardia, taquipneia e hipotensão (Graça, 2017). Todavia, na maioria das puérperas os parâmetros vitais mantinham-se estáveis. Nos casos, em que esteve presente a hemorragia intermitente ou tardia, ligeira ou moderada, foi essencial prestar atenção aos sintomas que a puérpera referia, como a sensação de vertigem, cefaleias e fraqueza na posição supina. A avaliação da pressão arterial era importante na deteção de possíveis complicações como a supracitada, esta permite também identificar sinais de hipertensão, tornando-se fundamental a monitorização da mesma nas situações de puérperas com antecedentes de hipertensão crónica ou gestacional ou pré-eclâmpsia.

Por sua vez, a monitorização da temperatura corporal, uma vez por turno, também se revelou importante pelo Risco de infeção (ICN, 2019). Porém, este parâmetro vital, por vezes, estava ligeiramente aumentado nas primeiras 24 horas após o parto, decorrente dos esforços expulsivos, e por isso somente eram valorizados os valores acima dos 38°C, que persistissem por dois dias. Não obstante, interessa realçar o facto de estarmos mais atentos

a este sinal vital, nos casos em que as mulheres tivessem apresentado elevação da temperatura corporal intraparto (NICE, 2014).

A Dor (ICN, 2019) era um dos focos da nossa atenção, além de quinto sinal vital, era avaliada todos os turnos, de acordo com a Escala Numérica da Dor (Graça, 2017). A nossa intervenção variava de acordo com a localização e intensidade da dor. A maioria das puérperas referia dor no períneo por trauma perineal e/ou hemorroidas, no abdómen, associado à presença de ferida cirúrgica, nas mamas e/ou mamilos, decorrente da amamentação e músculo-esquelética, devido à duração e posicionamento durante o trabalho de parto e parto. Relativamente à dor perineal, procedíamos à observação da ferida, inspecionávamos a presença de sinais inflamatórios e se existiam hemorroidas.

Nas situações em que a parturiente apresentava edema, aconselhávamos o uso da crioterapia, por um período nunca superior a 15 minutos, sempre que sentisse necessidade, uma vez que este método auxilia na minimização do processo inflamatório, através da vasoconstricção, diminuindo o edema e a equimose (Nunes & Vargens, 2014). Quanto às hemorroidas, além da aplicação de gelo, com o objetivo de reduzir o edema e a dor, instruíamos a adoção de posições antiálgicas que aliviassem o desconforto, bem como o uso de uma pomada anti-hemorroidária e laxantes, conforme prescrição médica.

As mulheres submetidas a cesariana referiam uma dor abdominal mais intensa quando contraíam o abdómen (Lages, 2012). Nesse sentido, era-lhes demonstrada a necessidade que poderia existir de fazer contenção abdominal com a mão, aquando da deambulação ou do levante nos primeiros dias, e ainda administrada a terapêutica analgésica prescrita. Posto isto, a maioria das puérperas privilegiou os métodos não farmacológicos de alívio da dor, contudo quando estes se revelavam insuficientes optavam pelo uso de analgésicos, que eram administrados, conforme protocolo e prescrição.

No que concerne à pele e às mucosas, as estrias eram um dos maiores motivos de preocupação das mulheres, sendo-lhes nesta fase explicado que estas podiam ser atenuadas na sua intensidade, mas que eram permanentes. Enquanto, o cloasma podia mesmo desaparecer (Lowdermilk & Perry, 2008). Porém, a observação da pele e mucosas, nos primeiros dias pós-parto, tinham como principal ênfase o despiste da HPP.

A OMS (2014) define a HPP como a perda de 500 ml de sangue ou mais, após a dequitação, durante as primeiras 24 horas após o parto vaginal e igual ou superior a 1000 ml nos casos de cesariana, sendo esta a principal causa de mortalidade materna, em países em desenvolvimento e de cerca de um quarto das mortes das puérperas a nível mundial. A

prevalência desta complicação pós-parto é reduzida significativamente com a administração profilática de fármacos que estimulem a contração uterina logo após a dequitação, sendo a mais usual a ocitocina por via endovenosa e com a clampagem tardia do cordão umbilical (realizado um a três minutos após o nascimento) (OMS, 2014). A HPP pode ser classificada em primária ou precoce, ou seja, aquela que ocorre durante as primeiras 24 horas após o parto ou como secundária ou tardia desenvolvendo-se a partir da vigésima quinta hora após o parto até às 12 semanas (Montenegro & Rezende Filho, 2017). As suas principais causas são a atonia uterina, as lesões do canal de parto, mais concretamente as lacerações vaginais e/ou cervicais, a rotura e a inversão uterina, a retenção de restos placentares e as alterações de coagulação, tornando-se fulcral a inspeção do canal de parto, bem como a vigilância da perda sanguínea (Cunningham et al., 2012). Cerca de 80% dos casos de HPP estão diretamente relacionados com a atonia uterina, como resultado da incapacidade das fibras do miométrio contraírem ou de se manterem contraídas após a dequitação, levando à hemorragia contínua dos vasos sanguíneos (Graça, 2017). Alguns dos fatores de risco associados ao risco de atonia uterina são a multiparidade, a gravidez gemelar, a macrosomia associadas à distensão abdominal aumentada, o parto precipitado ou prolongado, o uso de anestesia geral e a infeção do líquido amniótico (Montenegro & Rezende Filho, 2017). No sentido de prevenirmos tal complicação, nas primeiras horas após o parto procedíamos à avaliação dos sinais vitais (hipotensão, taquicardia e taquipneia), como referido anteriormente; observação da pele e das mucosas (palidez); vigilância da involução uterina; identificação da presença do globo de segurança de *Pinard*; observação da ferida perineal e abdominal e lóquios (quantidade, cor e cheiro) (Jacob, 2015).

A palpação do fundo uterino permitiu-nos identificar precocemente situações de atonia uterina, sendo expectável que o fundo uterino se encontrasse a rasar a linha umbilical, nas primeiras horas após a dequitação. Ao fim das primeiras 24 horas, abaixo da linha da cicatriz umbilical, sendo este dado relevante para confirmar que o processo de involução uterina estava a decorrer dentro da normalidade (Montenegro & Rezende Filho, 2017).

A avaliação da involução uterina e formação do globo de segurança de *Pinard* são intervenções recomendadas para todas as mulheres, a fim de se prevenir a HPP, por sua vez, a massagem uterina encontra-se atualmente desaconselhada, por vários autores, incluindo pela OMS (2014), pelo desconforto que causa à mulher e por não ter relação com a prevenção efetiva da HPP. Assim sendo, a nossa intervenção face a algo que podia comprometer tão gravemente a puérpera passava pelo ensino e instrução da mulher sobre

os sinais de involução uterina, observação das características dos lóquios e do processo de cicatrização da ferida perineal ou cirúrgica (caso existisse), tornando a puérpera mais ativa e empoderada nos cuidados que lhe eram prestados (Beckmann et al., 2010).

A vigilância das características e evolução dos lóquios e do processo cicatricial da ferida perineal tinham como principal objetivo o diagnóstico e prevenção da hemorragia pós-parto. Os lóquios dizem respeito à perda sanguínea, por via vaginal, que ocorre após o parto, apresentando um fluxo semelhante ao período menstrual e diminuem gradualmente, podendo persistir até cerca de três a seis semanas após o parto (Montenegro & Rezende Filho, 2017). Nesse sentido, as nossas intervenções foram desenvolvidas no domínio do ensinar, instruir e orientar sobre as características dos lóquios (cor, quantidade e cheiro) e a sua evolução durante o puerpério e como proceder. O cheiro dos lóquios foi uma das características mais importantes que tivemos em atenção e em que orientamos a puérpera para estar atenta às possíveis alterações, visto que os lóquios podem apresentar um cheiro fétido e este indicar uma infeção puerperal (Graça, 2017).

As lesões do canal de parto também eram foco da nossa atenção. No exame físico, dada a sua correlação direta com o risco de HPP e de infeção puerperal, procedíamos à inspeção do períneo, para verificar a presença de lacerações e/ou ferida cirúrgica e o processo de cicatrização das mesmas (Petter, Farret, Scherer & Antonello, 2013). Face ao exposto, as nossas intervenções focavam-se na prevenção deste possível problema, ensinando e instruindo as mulheres sobre os cuidados de higiene perineal (a sua frequência, os produtos de higiene a utilizar; a limpeza perineal, no sentido ântero-posterior e a troca frequente dos pensos higiénicos); a importância da lavagem das mãos, antes e depois do contacto com o períneo; os sinais e sintomas associados a complicações decorrentes do processo de cicatrização perineal; as características dos lóquios e a sua evolução esperada (NICE, 2006; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2012).

No caso de ferida cirúrgica abdominal, as intervenções passavam pelo ensino sobre os esforços e como realizá-los e observação do penso (Montenegro & Rezende Filho, 2017). Durante este módulo do estágio não identificámos nenhum caso de HPP nem de infeção puerperal, todavia foram sempre implementadas as medidas de prevenção e promoção já explanadas ao longo do internamento, para que no momento da alta, a mulher se sentisse mais empoderada e capaz de identificar situações sugestivas de complicações decorrentes do puerpério.

A eliminação urinária foi um dos nossos focos de atenção, associada ao Risco de retenção urinária (ICN, 2019), devido aos traumatismos causados pelo parto, aumento da capacidade vesical e fármacos administrados durante o TP e parto. O aumento da diurese potencia o risco de distensão da bexiga, podendo conduzir a situações como a atonia uterina, e conseqüentemente à hemorragia, e ainda ao risco de infecção urinária (Johnson, 2011). Nesta fase, as nossas intervenções depreendiam-se com a vigilância da primeira micção espontânea, sendo que esta deveria ocorrer até seis horas após o parto ou remoção do cateter vesical (OMS, 2013), bem como a observação das características e quantidade de urina e o desconforto da mulher ao urinar.

Na ausência de micção espontânea implementámos intervenções como: a audição da queda de água, o contacto com água morna e colocar água no períneo. Durante este módulo do estágio, tais intervenções foram suficientes, não tendo sido registada nenhuma situação de retenção urinária. Todavia, se se tivesse verificado alguma situação em que a primeira micção não ocorresse seis horas após o parto, faríamos drenagem vesical com um cateter urinário de forma intermitente. Por outro lado, pode surgir como complicação transitória, a incontinência urinária após o parto vaginal, visto que os músculos estão mais laxos devido ao aumento do peso corporal decorrente da gravidez, aumentando a pressão sobre os músculos do assoalho pélvico (J. Rocha et al., 2017). Apesar de nunca presenciada nenhuma situação destas, as nossas intervenções passariam pelo ensino e instrução sobre exercícios promotores de fortalecimento do assoalho pélvico (Bernardes et al., 2012).

A eliminação intestinal revelou-se como foco da nossa atenção durante o período puerperal, pelo Risco de obstipação (ICN, 2019), uma vez que a função intestinal se encontra alterada na maioria das mulheres, devido ao repouso relativo no pós-parto imediato, à dor causada pela presença de hemorroidas ou ferida perineal, ao efeito de hormonas (progesterona), à suplementação com ferro durante a gravidez, ao relaxamento da musculatura abdominal e perineal, à dieta da puérpera durante os primeiros dias e à desidratação (Graça, 2017). Tal complicação encontrava-se aumentada nas mulheres submetidas a cesariana, pois apresentavam uma motilidade gastrointestinal mais lenta (Vieira, Bachion, Salge & Munari, 2010). Não obstante, questionámos todas as mulheres sobre o seu padrão intestinal anteriormente à gravidez e durante a mesma, com o intuito de atuarmos convenientemente na prevenção deste problema. As intervenções de enfermagem por nós implementadas passaram por informar as puérperas sobre as alterações esperadas no padrão de eliminação intestinal, incentivar as mulheres a aumentar a ingestão hídrica e de alimentos ricos em fibras e incentivar a mobilidade. Nos

casos em que estas medidas não foram eficazes, foi administrado um laxante de contacto, de acordo com a prescrição médica.

Nas primeiras horas após o parto, as mulheres submetidas a cesariana tinham indicação de repouso no leito durante 12 horas, conforme protocolo da instituição, por sua vez, aquelas que tinham tido um parto por via vaginal podiam fazer o primeiro levante quando o desejassem, desde que estivessem sobre a nossa vigilância ao fazê-lo. Assim, identificámos os diagnósticos Capacidade para o autocuidado comprometida e Conforto alterado (ICN, 2019), pelo facto da mulher se encontrar em repouso e não poder assumir o seu próprio autocuidado de forma autónoma. Logo, os cuidados de higiene e conforto foram-lhes prestados no leito, assegurando o seu bem-estar.

O repouso no leito é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de tromboembolismo venoso periférico e pulmonar no pós-parto (Pontes, Pimentel & Carvalho, 2013). Assim, quando a mulher era admitida no serviço recomendávamos que esta mobilizasse os membros inferiores (flexão e extensão alternada dos pés e das pernas, movimentos de rotação da articulação tibiotársica e a hiperextensão do joelho sobre a superfície da cama seguida de relaxamento) até fazer o primeiro levante (NICE, 2014). Associamos a esta situação o Risco de processo vascular comprometido (ICN, 2019).

A vigilância de sinais inflamatórios nos membros inferiores uni ou bilateralmente (dor, calor, rubor e edema) intensificava-se nesta fase, visto que estes são fortes indicadores de tal complicação. Quanto ao sinal de *Homans*, caracterizado por dor ou desconforto na pantorrilha, após dorsiflexão passiva do pé quando se encontra presente, nunca o pesquisámos durante o exame físico, uma vez que a sua utilização rotineira no pós-parto se encontra contraindicada (C. Almeida et al., 2015). Relativamente a este foco, intervimos de forma a incentivar o levante e a deambulação precoces, após o período de repouso indicado e assim que o efeito analgésico e anestésico tivesse desaparecido (Presti et al., 2015).

O primeiro levante foi realizado progressivamente, sendo avaliados os parâmetros vitais (pressão arterial e frequência cardíaca), a presença de tonturas, cefaleias, visão turva, palidez da pele e mucosas, sudorese. Na ausência de tal sintomatologia, bem como sinais vitais dentro da normalidade procedíamos à execução do levante e a puérpera era acompanhada durante a deambulação. Logo, o Risco de hipotensão (ICN, 2019) foi um diagnóstico identificado, aquando do primeiro levante da mulher, pois existe um risco acrescido de hipotensão ortostática quando a mulher se senta, levanta ou deambula nas

primeiras 48 horas após o parto (Lowdermilk & Perry, 2008). Esta situação verificou-se em duas ocasiões durante este módulo, levando ao adiamento do levante.

No que concerne à observação das mamas, avaliávamos a presença de edema, tensão e/ou rubor, colostro, integridade da pele, constituição do mamilo relativamente à sua integridade, sensibilidade e tipo (proeminente, raso, invertido), todas estas atividades contribuíam para o diagnóstico diferencial inerente à amamentação, permitindo-nos antever potenciais dificuldades que a mãe poderia experienciar (Mannel, Martens & Walker, 2011).

A Amamentação foi um dos focos relevantes da nossa atenção, sendo definida como “Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos: alimentar uma criança oferecendo leite materno” (ICN, 2019, p. 39). A amamentação permite, ainda, nutrir os laços emocionais que se estabelecem entre a mulher e o RN e o estabelecimento da vinculação do RN com a mãe (OMS, 2018). O Hospital Pedro Hispano prima por ter instituídas políticas para a promoção e suporte da amamentação, que vão de encontro às diretivas que a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) defendem.

Amamentar é uma decisão de cada mulher, por isso, aquando do acolhimento, questionávamos se esse era o seu desejo. Perante uma resposta negativa tentávamos compreender o que a motivou a não amamentar, se existia alguma experiência anterior, que tipo de conhecimento tinha em relação à amamentação, se tinha crenças que interferissem na forma como ela percecionava a amamentação, entre outras questões que poderiam ser pertinentes para formular o diagnóstico de enfermagem. Porém, se a puérpera se mostrasse irredutível em não amamentar o seu filho, apoiávamo-la, sem juízos de valor, e identificávamos o diagnóstico Lactação interrompida (ICN, 2019). Perante esta situação, comunicávamos ao médico assistente, que na maioria dos casos, prescrevia um inibidor da produção láctea, como a bromocriptina, que nós de seguida ministrávamos (Rosa, 2014). As nossas intervenções continuavam no domínio do instruir sobre a técnica de alimentação com leite adaptado, incluindo a preparação e administração de leite artificial, e do ensinar e orientar sobre os cuidados a ter com o material.

As primeiras experiências de amamentação foram sempre presenciadas, no sentido de avaliarmos os conhecimentos e habilidades sobre o processo de amamentação. Por conseguinte, de acordo com as necessidades de orientação e ajuda, as nossas intervenções relacionaram-se com o ensino sobre a composição do leite materno, o mecanismo de produção e ejeção de leite, sinais de fome e saciedade, sinais de ingestão nutricional

suficiente, sinais de boa pega, posição da mãe e RN, frequência e duração das mamadas, critérios para a escolha da mama, estimulação do RN, estratégias de prevenção de complicações, cuidados com as mamas e mamilos e colocar a eructar, entre outras, de acordo com as questões ou défices de conhecimento demonstrado.

No que respeita ao foco Amamentação, a maior dificuldade observada foi a adaptação do RN à mama. Com o intuito de promover uma pega adequada foi explicado e instruído à mulher/casal que o RN é que é “levado” até à mama e não o contrário, assim sendo o RN deve estar bem apoiado e com a cara voltada para a mama. O contacto pele a pele pode favorecer tal situação, permitindo que os lábios do bebé toquem no mamilo, fazendo com que este abra bem a boca, que o lábio inferior deve estar voltado para fora e não se deve observar aréola abaixo deste lábio, mas somente acima do lábio superior, com o queixo encostado à mama e as bochechas redondas aquando da sucção, sendo audível e visível a deglutição lenta e profunda (Cardoso, 2011). Uma pega adequada tem vários benefícios, pois proporciona o esvaziamento da mama, evita problemas como fissuras nos mamilos e na zona alveolar envolvente, permite que o RN ingira o leite inicial e final, levando a um aumento de peso e consequentemente fazendo com que a sua mãe se sinta competente e capaz de satisfazer as necessidades do seu filho (Levy & Bértolo, 2012).

Após a experiência vivida ao longo deste módulo do estágio podemos afirmar que a produção de leite insuficiente e a satisfação do RN são dois dos maiores fatores geradores de *stress* para os pais, essencialmente para a mulher. Alguns familiares, amigos e profissionais de saúde, podem constituir um fator que condiciona uma vivência da amamentação positiva, visto que, transportam consigo experiências prévias e fazem com que a mulher se sinta menos competente no seu papel. A fim de ajudar a superar este constrangimento, uma das nossas intervenções passou pela desmistificação de certas crenças, insistindo que todas as mulheres produzem leite e que a sua produção aumenta de acordo com o estímulo do RN, atentando a uma pega correta que facilita todo o processo e a evitarem estar junto de muitas pessoas naquele que é um momento tão íntimo, escolhendo um ambiente tranquilo, acolhedor e confortável para ambos (Castán, Homs, Colás & Colás, 2013).

Aquando da mamada observávamos também a mama da puérpera, com o propósito de prevenir prováveis problemas, como a presença de fissuras. Desta forma, potenciámos a aquisição de competências da puérpera, a fim de evitar tal complicação, incentivando-a a aplicar colostro sempre que o RN finalizasse a mamada, dadas as suas propriedades

cicatrizantes; a observar se o seu filho fazia uma pega correta; deixar o RN largar a mama espontaneamente, mas caso não o fizesse, deveria colocar um dedo suavemente na boca deste, no sentido de interromper a sucção; expor os mamilos ao ar; manter uma higiene adequada das mamas e dos mamilos, utilizando apenas água, uma vez que os sabonetes levam a uma diminuição da lubrificação da pele e a adotar um soutien apropriado para a amamentação, que sustentasse bem as mamas, que não fosse apertado e tivesse alças largas. Nos casos em que a puérpera apresentava Fissura (ICN, 2019) do mamilo aconselhávamos a aplicação de lanolina diariamente, o uso de analgésicos, conforme prescrição, como coadjuvantes de todas as outras medidas supracitadas (Levy & Bértolo, 2012).

Segundo o ICN (2019), o ingurgitamento mamário corresponde à tumefação das mamas, com sensação de dor e peso, que ocorre com a acumulação de leite após o nascimento de uma criança. Nestas situações, a mulher apresenta distensão e edema da mama acompanhada de dor, o que resulta na dificuldade do RN em realizar uma pega adequada, não permitindo que seja efetuado um esvaziamento completo da mama (Cirico, Shimoda & Oliveira, 2016). Apesar de não termos verificado nenhuma situação de ingurgitamento mamário, a nossa intervenção foi no sentido de empoderar a mulher para a prevenção e orientá-la para que soubesse como agir, se tal acontecesse em casa, ensinando-a e instruindo-a a extrair manualmente o leite, a aplicar compressas mornas e a realizar uma massagem antes da mamada para estimular o reflexo de ejeção do leite, retirando apenas a quantidade de leite suficiente, para que o RN conseguisse realizar uma pega adequada, aconselhar a mamada em horário livre e instruir a aplicação de compressas frias ou gelo após a mamada para diminuir o edema e a dor, de acordo com Levy e Bértolo (2012), com o propósito desta se sentir capaz de lidar com tal situação, que ocorre por volta do terceiro dia após o parto, coincidindo com a subida do leite.

As puérperas que tinham os seus filhos internados no serviço de Neonatologia também eram alvo da nossa atenção no que respeita à amamentação. O nosso apoio foi fulcral ao esclarecermos a mulher nas suas dúvidas em como extrair manualmente e mecanicamente o leite materno. Assim sendo, explicávamos-lhes, instruímos e treinámos com estas todo o processo, bem como a conservação e estimulação da produção do leite, incentivando-as a levarem o leite extraído para junto do RN, onde o alimentavam, promovendo a ligação mãe-filho (Cross, 2015).

Um dos focos ao qual também demos particular atenção foi ao estado emocional da mulher e do seu companheiro, com o objetivo de identificar e prevenir precocemente situações do foro mental e promover uma transição para a parentalidade positiva e saudável.

O puerpério caracteriza-se por ser um período de maior vulnerabilidade do ciclo de vida da mulher, podendo conduzir ou agravar transtornos do foro psiquiátrico (Costa & Reis, 2011). Esta fase faz-se acompanhar de alterações hormonais, psicológicas, familiares, sociais, bem como da reorganização e assunção de novos papéis. Posto isto, ao longo do módulo identificámos uma situação de *blues* pós-parto numa puérpera que se encontrava internada há quatro dias, pois o seu filho apresentava icterícia, tendo sido prolongada a estadia de ambos no serviço até ao quinto dia após o nascimento do RN. Segundo a American Psychiatric Association (2013), este é um dos problemas mais comuns no puerpério, assim como a depressão pós-parto e a psicose puerperal. Esta complicação tem uma incidência de 50 a 85% e ocorre geralmente nos primeiros dias de puerpério, com pico entre o terceiro e o quinto dias, caracterizando-se por labilidade emocional, choro fácil, ansiedade, fadiga, irritabilidade face ao companheiro, dificuldade na adaptação a esta nova fase e alterações na atenção e memória. Tem como causa as alterações hormonais extremas que a mulher sofre associadas a este período, em que existe uma confrontação do imaginado com o real e a exaustão após o parto (Braha, 2011). Face a esta problemática, as nossas intervenções passaram pelo apoio psicológico, envolvimento da rede de apoio e suporte para ajudar nos cuidados ao RN e organização das tarefas diárias, incentivando a mulher a autocuidar-se, a expressar as suas emoções e sentimentos (NICE, 2014).

Uma das exigências da diretiva é, também, cuidar das puérperas de risco. Na nossa experiência no âmbito de cuidar puérperas com patologia associada, destacamos com maior prevalência no decurso deste módulo do estágio a diabetes gestacional, a quem prestamos cuidados diferenciados, e cujo foco de atenção por nós identificado foi o Metabolismo energético (ICN, 2019).

Segundo M. Almeida et al. (2017), a diabetes gestacional pode ser definida como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detetada pela primeira vez no decurso da gravidez. De acordo com o protocolo instituído no serviço, às puérperas com DG tratadas somente com dieta após o reinício da alimentação oral e suspensão da soroterapia, avaliávamos os sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia e monitorizávamos a glicemia capilar antes do pequeno-almoço, almoço e jantar. Caso

apresentassem valores inferiores a 120 miligramas por decilitro (mg/dl), em três medições sucessivas, suspendíamos tal procedimento. Perante valores de glicemia compreendidos entre 120 e 200mg/dl, ao fim das primeiras 24 horas após o parto, mantínhamos a monitorização da glicemia capilar antes das três principais refeições. Neste caso e no caso da puérpera apresentar valores superiores a 200mg/dl, em duas pesquisas consecutivas, estas situações eram comunicadas ao médico assistente.

Nas mulheres com DG tratadas com antidiabéticos orais ou insulinoaterapia, depois de iniciarem a alimentação oral, monitorizávamos as glicemias capilares pré e pós-prandiais (duas horas após o início da refeição) das três principais refeições realizadas e se apresentassem valores inferiores a 100mg/dl durante 48 horas após o parto, suspendíamos a pesquisa de glicemia capilar. Porém, se apresentassem valores superiores a 140mg/dl em duas medições consecutivas ou valores superiores a 140mg/dl em jejum e/ou superiores a 180mg/dl pós-prandial, iniciávamos a administração de insulinoaterapia conforme prescrição médica.

Relativamente ao RN, são vários os autores que sustentam a afirmação de que a hiperglicemia materna pode induzir a hiperglicemia fetal e conseqüentemente levar ao hiperinsulinismo, sendo este responsável pela maioria das complicações fetais e neonatais, tais como: o síndrome de dificuldade respiratória, as anomalias congénitas, a hipoglicemia, a hiperbilirrubinémia e as lesões causadas no parto devido à macrosomia. Posteriormente, vários estudos apontam para o risco acrescido de desenvolver diabetes, obesidade e atrasos no desenvolvimento psicomotor e cognitivo (M. Almeida et al., 2017).

Nos casos dos RN filhos de mães diabéticas, era identificado o diagnóstico Risco de hipoglicemia (ICN, 2019) e as nossas intervenções depreendiam-se com a monitorização da glicemia capilar, cujos valores de referência protocolados eram valores considerados normais, se glicemia superior a 40mg/dl nas primeiras 24 horas e acima de 50mg/dl após as 24 horas de vida e a vigilância de sinais e sintomas sugestivos de hipoglicemia neonatal, tais como: sonolência, hipotonia, tremor, irritabilidade, letargia, choro gritado, recusa alimentar, taquipneia, hipotermia e convulsões, conforme diretiva da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2013). Nesse sentido, o contacto pele a pele e a amamentação eram incentivados, pois tais intervenções podem minimizar o risco de hipoglicemia neonatal. Importa acrescentar que a pesquisa de glicemia capilar foi realizada em RN sintomáticos e não assintomáticos mas com presença de fatores de risco, não sendo realizada em RN saudáveis a mamar regularmente (cerca de oito a dez mamadas por dia).

O recém-nascido é um dos principais intervenientes na história da parentalidade, logo é um dos alvos da atenção do EESMO. Dada a sua vulnerabilidade e adaptação ao mundo extrauterino, exige que o EESMO seja seu aliado, com o intuito de manter o seu bem-estar e promover a autonomia e aquisição de conhecimentos e habilidades dos seus pais, a fim de satisfazerem as suas necessidades.

Na admissão do recém-nascido era sempre confirmada a sua identificação através da verificação de pulseira eletrónica, onde constava o seu número do processo, data de nascimento e o nome da mãe. Era, também realizado o exame físico cefalocaudal (respiração, pele e mucosas, coto umbilical, desenvolvimento infantil, reflexos primitivos, eliminação vesical e intestinal). Posteriormente, identificávamos os seguintes focos de enfermagem: Eliminação urinária, Eliminação intestinal e Desenvolvimento infantil (ICN, 2019). A monitorização das micções e dejeções era fundamental, visto que estes são indicadores da adaptação extrauterina e do aporte nutricional adequado, sendo por isso vigiados em todos os turnos. A primeira micção do RN ocorre normalmente nas primeiras 24 horas de vida, por sua vez, a eliminação intestinal poderá ocorrer nas primeiras 48 horas (A. Cardoso, Silva & Marín, 2015).

O tornar-se mãe e tornar-se pai constituem processos de mudança que encerram em si transições, não sendo algo inato nem natural. A transição para a parentalidade além de corresponder a um processo de mudança na vida dos indivíduos intervenientes pode ser caracterizada como um evento crítico determinado pela reorganização individual, conjugal e profissional, exigindo a aprendizagem dos cuidados inerentes à criança, representando uma transição no ciclo de vida daquelas pessoas (Cardoso, 2011). O facto do período de internamento nesta unidade ser muito curto, levou a que um dos nossos principais objetivos fosse tornar os pais autónomos, determinados e confiantes no desempenho do seu papel, assim atribuímos grande ênfase às intervenções implementadas, no âmbito das competências parentais (A. Cardoso et al., 2015).

Posto isto, um dos focos da nossa atenção estava relacionado com a promoção do bem-estar do RN, mulher, casal e família, esse de acordo com o ICN (2019, p. 71) designa-se de Papel parental “Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente”.

Neste contexto, avaliámos os conhecimentos e habilidades dos pais, no que respeita aos seguintes cuidados ao RN: assegurar a higiene e manter a pele saudável; vestir/despir; tratar do coto umbilical; lidar com problemas comuns na criança; garantir a segurança e prevenir acidentes; reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normal e promover e vigiar a saúde da criança (Cardoso, 2011). Nesta mesma avaliação procurámos compreender se se tratava de um primeiro filho, ou se os casais tinham experienciado algum contacto ou prestado cuidados a outros RN, ou frequentado o curso de preparação para a parentalidade. O papel do pai tem-se assumido fundamental, por isso este também foi alvo dos nossos cuidados e integrado na prestação dos mesmos, sobretudo no que concerne aos cuidados relativos ao RN (C. Silva & Carneiro, 2014).

Relativamente aos casais que já tinham filhos, planeámos os cuidados ao RN, com o propósito de facilitar a adaptação do irmão mais velho ao mais recente membro da família (D. Oliveira & Lopes, 2010). Logo, quando os filhos mais velhos do casal demonstravam vontade de interagir com o RN, eram incentivados e elogiados por o fazerem, não sendo obrigados a estabelecer contacto, caso não fosse a sua vontade. Numa das situações, o irmão mais velho participou no momento do banho ao RN, tendo sido perceptível o envolvimento deste com o irmão. De acordo com a idade do filho mais velho, os pais também foram orientados a negociar algumas regalias com o mesmo, bem como a evitar alterações súbitas nas rotinas anteriormente mantidas (Hockenberry & Wilson, 2014). E ainda, foram aconselhados a preparar a chegada do RN a casa, caso existissem animais de estimação que fossem estar em contacto com este.

Ao longo deste módulo do estágio observámos que as maiores dificuldades da mãe/pai diziam respeito à frequência do banho, aos critérios para escolherem os produtos de higiene, aos cuidados a terem na mudança da fralda e à desinfeção do coto umbilical.

Um dos primeiros cuidados prestados pelos pais ao RN foi a muda da fralda. Neste momento auxiliámos o casal na técnica inerente à troca da fralda, bem como os produtos a utilizar e a realização dos cuidados perineais, de acordo com o género sexual do RN. Assim, foram aconselhados a usar compressas embebidas em água em detrimento dos toalhetes húmidos; limpem a região perineal no sentido da vagina para o ânus, a fim de não contaminar o trato urinário com bactérias da flora intestinal, no caso das meninas e a limpem a zona do prepúcio deslocada da glândula, sem fazer retração deste, limpando o ânus de seguida, nos rapazes; evitar o uso de cremes barreira por rotina, por estes predispor ao aparecimento do eritema da fralda (Johnson & Johnson, 2013). Aquando

desta intervenção esclarecíamos também os pais quanto ao padrão de eliminação vesical e intestinal do RN e a sua relação direta com a adequada ingestão nutricional. E ainda, algumas das situações fisiológicas que podiam ocorrer, no caso das meninas, relacionadas com a presença ocasional de cristais de urato e/ou pseudomenstruação (Cardoso, 2011).

O banho do RN foi o momento em que os casais apresentaram mais questões e o que suscitou maior ansiedade, proporcionando-nos uma oportunidade privilegiada para avaliarmos os conhecimentos e habilidades do casal sobre várias condicionantes envolvidas na realização deste cuidado ao RN. O banho foi realizado após o RN perfazer 24 horas de vida, pelo risco de hipotermia, permitindo que o vernix caseoso cumprisse as suas funções de proteção química e mecânica da pele (OMS, 2013), mediante a presença do pai ou outro convivente significativo e da mãe da RN, sendo o primeiro banho demonstrado e o banho seguinte dado por um destes (Martins, Abreu & Figueiredo, 2014). Dependendo das necessidades de cada casal, as nossas intervenções depreenderam-se com o ensino e instrução dos pais sobre a importância de organizarem tudo de forma sequencial, com o propósito de nunca deixarem o RN sozinho e gerirem o ambiente em casa (a temperatura ambiente deve estar entre os 24/25°C, longe de janelas ou locais onde seja previsível a ocorrência de correntes de ar) (Cannizzaro & Paladino, 2011).

Relativamente à banheira, esta deveria ser colocada sobre uma superfície plana e estável, preferencialmente ao nível da sua altura, para que se tornasse mais agradável e segura a manipulação do RN durante o banho. Nesse sentido, o banho de imersão era o recomendado, uma vez que levava a uma menor perda de calor, contribui para o conforto do RN, permite o contacto táctil entre a tríade e não se relaciona com o risco de infeção (Dyer, 2013). Os pais eram aconselhados sobre a duração curta do banho (no máximo cinco minutos), não existia a necessidade de o RN tomar banho todos os dias (dois a três banhos por semana eram suficientes) e que o momento em que era realizado dependia do efeito que tinha sobre o RN, ou seja, se o banho fosse um momento relaxante para o RN poderiam optar por prestar os cuidados de higiene ao final do dia, com o intuito de induzir o sono do mesmo, se fosse estimulante poderiam privilegiar a sua realização durante o dia (J. Fernandes, Rivitti-Machado & Oliveira, 2011).

Aos casais foi recomendado o uso somente de água para lavar o RN durante o primeiro mês de vida, pelo risco de desenvolver reações alérgicas e destruir a camada natural protetora da pele que este possui (Bowden & Greenberg, 2010). Quando os casais pretendiam utilizar produtos de higiene no banho, aconselhámo-los a utilizarem *syndets*,

(sabão sem sabão), isentos de parabenos, álcool e perfumes, ou produtos de limpeza e emolientes para hidratação da pele, com pH neutro e concebidos para utilização na pele do RN (J. Fernandes et al., 2011).

Quanto à roupa esta deveria ser colocada junto ao local do banho e ordenada para que conseguissem vestir o RN rapidamente, não contendo etiquetas.

Antes do banho do RN, os pais eram instruídos a observarem a fralda, a fim de perceberem se esta estava suja. Na presença dessa situação, explicávamos-lhes que deveriam fazer a limpeza dos genitais, em primeiro lugar e só depois darem o banho. A técnica do banho foi ensinada e instruída, no sentido cefalocaudal, sendo os genitais, a última parte do corpo a ser lavada. Posteriormente, realizava-se a secagem imediata do RN, começando pela face e cabeça, pelo risco acrescido de perda de calor através da cabeça. E ainda, a limpeza dos olhos era feita com soro fisiológico utilizando compressas individualizadas para cada olho com um movimento único do canto interno para o canto externo (Hockenberry & Wilson, 2014). As questões de segurança também foram enfatizadas: a confirmação da temperatura da água pelo cotovelo ou parte interna do pulso ou com termómetro, sendo que esta deve estar entre os 36°C e os 37°C; a quantidade de água não deveria exceder os 20 centímetros de altura; o aquecimento da roupa do RN, sendo que a maioria das roupas possui molas metálicas que, quando aquecidas, poderão provocar queimaduras na sua pele.

Este era um momento propício para a desinfecção do coto umbilical, após o RN já estar seco, com a fralda colocada e quase totalmente vestido, evitando a perda de calor. Nesse sentido, abordávamos os conhecimentos e habilidades da mãe/pai, no que respeita a este cuidado, e conforme as suas necessidades, instruíamos os casais sobre a variação das suas características ao longo do processo de mumificação; o intervalo de dias em que é esperada a sua queda; a técnica, a frequência de limpeza e o treino da mesma; o material a utilizar e os sinais que poderiam indicar uma possível infeção, onfalite (Luís, Costa & Casteleiro, 2014). A limpeza era feita com recurso a compressas esterilizadas e álcool a 70%, conforme protocolo hospitalar, embora a evidência científica mais atual recomende o método *dry care*, que consiste em manter o coto umbilical limpo e seco, após o banho ou após a limpeza parcial do local, sem aplicação de solutos por rotina. Este é um método seguro e eficaz e não acresce o risco de infeção quando comparado com a aplicação de solutos, como o álcool a 70%, representando pelo contrário uma diminuição no tempo de queda do coto umbilical (OMS, 2013).

Durante a realização dos cuidados de higiene era sempre feito o exame físico do RN, permitindo-nos esclarecer algumas questões dos pais face ao crescimento e desenvolvimento infantil adequados. Nesse sentido, abordávamos a aparência esperada e os achados normais da pele do RN, como a presença de vérnix caseoso, lanugo, a mancha mongólica, o eritema tóxico, a acne miliar ou acrocianose, a capacidade dos órgãos dos sentidos e os reflexos presentes ao nascimento, como o reflexo de busca, sucção, preensão, marcha, moro e de *babinski* (Lopes, Nascimento, Souza, Mallet & Argimon, 2010).

O foco de enfermagem Ligação mãe/pai-filho (ICN, 2019) foi sempre tido em consideração. Esta ligação tem início, muitas vezes, com a confirmação da gravidez e desenvolve-se ao longo dos meses subsequentes. Nesse sentido, considerou-se fulcral a avaliação de determinados indicadores que estabelecem a efetividade desta ligação. Assim, está-se perante um processo de ligação efetiva, quando o casal sorri para o RN e emite sons comunicando com ele, usa o contacto face a face, sorri e atribui-lhe características positivas, elogia e verbaliza sentimentos positivos em relação ao RN, brinca e interage com este, mantêm-no confortável, bem alimentado e seguro, toca, massaja e tenta consolar o seu choro. Felizmente, nunca verificámos nenhuma situação em que esta ligação estivesse comprometida (Hockenberry & Wilson, 2014).

Por outro lado, os pais que veem os seus filhos separados de si apresentam maiores sentimentos de angústia e medo de perder aquele que deu outro sentido às suas vidas. Ao longo deste caminho pudemos intervir junto dos casais que tinham os seus filhos internados na unidade de Neonatologia, identificando os diagnósticos Risco de ligação mãe/pai-filho comprometida e Ansiedade por separação (ICN, 2019), assim as nossas intervenções foram no sentido da promoção da ligação da tríade através das visitas ao serviço, incentivando o envolvimento dos pais nos cuidados ao seu filho; da lactação, através da extração manual e mecânica do leite materno e da verbalização dos seus sentimentos e do apoio emocional (N. Fernandes & Silva, 2015).

Durante este módulo do estágio presenciámos 15 casos de icterícia neonatal em RN com dois ou três dias de vida, com necessidade de fototerapia durante 24 horas em 10 casos e ao longo de 48 horas nos restantes cinco. A icterícia neonatal é definida como a coloração amarelada da pele e das escleróticas, provocada pela acumulação da bilirrubina, atingindo níveis séricos superiores a 5mg/dl, tendo uma progressão cefalocaudal (S. Silva, 2011). A icterícia pode ser fisiológica ocorrendo entre o segundo e o quarto dias de vida, ou patológica, sendo a sua forma mais grave aquela que aparece nas primeiras 24 horas após o

nascimento, uma vez que resulta da hemólise, podendo progredir para o sistema nervoso central (I. Araújo, Oliveira, Santos & Moraes, 2014). Alguns dos fatores de risco major que podem conduzir a tal problema são as incompatibilidades sanguíneas (grupo ABO), o teste de *Coombs* positivo, a idade gestacional entre as 35 e as 36 semanas, a presença de cefalohematoma, a raça asiática, ter um irmão que tenha necessitado de fototerapia e o aleitamento materno exclusivo. Com o objetivo do diagnóstico precoce da icterícia neonatal, foi realizada em todos os turnos a observação cefalocaudal do RN, sob luz natural, e na presença de sinais de coloração amarelada da pele e das membranas escleróticas, foi informada a equipa médica e realizada a colheita de sangue para posterior avaliação sérica dos níveis de bilirrubina, conforme prescrição.

Nos RN com diagnóstico de icterícia neonatal, o tratamento de eleição foi a fototerapia durante 24 horas, sendo posteriormente feita reavaliação através de nova colheita de sangue, segundo prescrição. Este tratamento era implementado nas situações que assim o exigissem, ficando o RN sempre na companhia da mãe, mesmo após a alta da puérpera. Assim, identificámos os diagnósticos de enfermagem Risco de integridade da pele comprometida (ICN, 2019), relacionado com os efeitos colaterais da fototerapia sobre a retina; Risco de hipotermia/hipertermia (ICN, 2019), devido à exposição do RN durante o tratamento e o Risco de volume de líquidos comprometido (ICN, 2019), associado ao aumento insensível da perda de líquidos pelo aumento do trânsito gastrointestinal (SPN, 2013).

Face ao exposto, as nossas intervenções relacionaram-se com o controlo dos possíveis efeitos colaterais e complicações da fototerapia: informar os pais sobre a importância de retirar apenas o RN para realizar os cuidados, mantendo-o o resto do tempo na fototerapia, inclusive na presença de visitas; informar sobre o uso de protetores oculares adequados durante a permanência do RN no sistema de fototerapia; aconselhar os pais a não usar óleos, cremes ou loções na pele do filho, para evitar queimaduras; aconselhar a mudança de decúbito de duas em duas horas; manter o RN apenas com a fralda para proteger as gónadas; vigiar os olhos do RN para despiste de lesões oculares; vigiar a temperatura axilar; vigiar as características da eliminação pelo risco de desidratação; vigiar alterações na pele; promover o aumento da frequência das mamadas; promover o contato pele a pele durante as pausas para mamar; vigiar o estado geral e reflexos do RN (SPN, 2013).

Por vezes, os pais relatavam a sua dificuldade em acalmar o RN quando este chorava, não compreendendo o que ele lhes queria transmitir, sendo um dos maiores desafios por si

enfrentados. As nossas intervenções foram no sentido de capacitar o casal na identificação e gestão dos diferentes tipos de choro e utilização de estratégias eficazes para a gestão do desconforto do RN. Perante o choro de dor ou de desconforto, após verificadas a fralda, a temperatura e a roupa do RN, a maioria dos casais apresentava como estratégia o uso da chupeta. A introdução da chupeta durante o internamento foi desaconselhada até o processo de amamentação estar bem estabelecido (OMS, 2017), mas a decisão final era dos pais. O recurso à técnica dos 5 S's de Harvey Karp (Karp, 2003), a massagem infantil e o banho revelaram-se intervenções fundamentais na promoção do relaxamento do RN, acalmando-o, tendo estas técnicas sido ensinadas, instruídas e treinadas pelos casais (Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante o internamento, sempre com o consentimento dos pais, todos os RN com peso igual ou superior a 2000g, eram vacinados contra a hepatite B (VHB), conforme o Plano Nacional de Vacinação. Nesse momento, os casais eram informados sobre os potenciais efeitos adversos e os cuidados a ter. Por vezes, éramos questionadas sobre a administração da vacina contra a tuberculose (BCG), tendo informado os pais que esta deixou de ser recomendada de forma universal desde junho de 2016, passando para uma estratégia de vacinação de grupos de risco, e que deviam informar-se junto do seu centro de saúde se se enquadravam nesses grupos (DGS, 2017).

Após o RN completar 24 horas de vida eram realizados o rastreio auditivo neonatal por otoemissões acústicas (SPP, 2007), bem como o rastreio de cardiopatias congénitas através da avaliação da oximetria de pulso (Morais & Mimoso, 2013). Se por algum motivo, o RN não pudesse efetuar os rastreios no internamento, eram agendados os mesmos em data posterior em ambulatório.

Após o parto, a mulher experiencia um turbilhão de emoções e sentimentos. O cansaço do TP e parto, a presença de desconfortos físicos, a exigência dos cuidados que o RN acarreta e a presença de visitas frequentes podem levar ao compromisso do repouso, e consequentemente do padrão de sono. Assim sendo, foram identificados, muitas vezes, os diagnósticos Padrão de sono e repouso alterado e Risco de fadiga (ICN, 2019). As intervenções de enfermagem implementadas visaram a promoção de um sono reparador, fazendo com que a mulher se sentisse restabelecida após acordar e aconselhámos o casal a limitar as visitas durante o dia, a gerir o ambiente físico e a aproveitar os períodos de sono do RN para descansar, diminuindo assim a fadiga.

Nos momentos que antecederiam a alta hospitalar foi preparado o regresso a casa da tríade, informamos o casal dos recursos existentes na comunidade e reforçamos a importância destes se dirigirem ao centro de saúde da sua área de residência, como o local certo, onde teriam um acompanhamento adequado, através das consultas de enfermagem e médicas. Além disso, grande parte dessas unidades tem a visita domiciliária programada, por parte da equipa de enfermagem, com o objetivo de realizar o diagnóstico precoce ao RN e detetar possíveis complicações decorrentes do puerpério (M. Pereira, 2012). Por vezes, o diagnóstico precoce era realizado no internamento, quando este se prolongava ou a pedido dos pais, no entanto se tal não acontecesse, estes eram informados que o mesmo deveria ser realizado entre o terceiro e sexto dia de vida do RN, de que forma era realizado, bem como a sua importância relativa às doenças rastreadas e como teriam acesso ao resultado do teste. Acresce ainda, que os casais eram informados sobre o apoio que os profissionais de saúde do hospital lhe poderiam fornecer relativamente à amamentação, através da linha telefónica de apoio à amamentação, 24 horas por dia, e do cantinho da amamentação localizado na consulta externa.

No que concerne à vigilância da saúde da mulher, os casais eram informados sobre a importância da consulta de revisão do puerpério, que se realiza às seis semanas após o parto, com o objetivo de se avaliar a recuperação física e emocional da mulher, bem como a realização do exame ginecológico e colpocitologia, o exame da mama e planeamento da contraceção (DGS, 2015). Além disso, foram identificados os focos de atenção Satisfação conjugal, Processo sexual no pós-parto, o Uso do contraceptivo e a Recuperação física e emocional no pós-parto (ICN, 2019). Perante a transição para a parentalidade existe uma reavaliação e reestruturação da relação do casal, nesse sentido, reforçamos a importância da comunicação das dificuldades e necessidades de cada um, em partilhar experiências, dúvidas e angústias e muitas vezes a ansiedade sentida, com o intuito de potenciarmos uma transição para a parentalidade saudável. Muitos casais deparam-se com problemas, relacionados com a sexualidade após o parto. Posto isto, tal temática foi discutida com os casais antes da alta clínica, num ambiente propício a esta intervenção. Este assunto foi muito pouco abordado pelos casais, mas criámos momentos de forma a ganharem a confiança necessária para partilharem as suas dúvidas e preocupações, de forma a que pudessem falar abertamente sem preconceitos ou *tabus*.

O interesse da mulher pela relação sexual modifica-se depois do parto. Este facto está relacionado com as alterações hormonais, mas também pode ter na sua génese fatores, como: distúrbios emocionais, baixa autoestima, amamentação, alterações físicas

(preocupação com a recuperação perineal/muscular), dispareunia e exigências como mãe. Alguns homens também partilham este *stress* emocional e psíquico que os influencia no seu desejo e disponibilidade sexual. Nesse sentido, explicámos ao casal que a comunicação é a chave para a resolução dos seus problemas, incluindo os que se relacionam com o processo sexual. Também avaliámos os seus conhecimentos quanto aos métodos de contraceção a utilizar, assim como, os recursos que poderiam ser particularmente úteis na sexualidade pós-parto: o diálogo sobre os medos/mitos relativos ao retomar da atividade sexual e esclarecimento de dúvidas. Informámos, também que a atividade sexual podia ser reiniciada quando o desejassem, apesar de ser recomendado que o fizessem três a seis semanas após o parto. Consequentemente, a dispareunia pode estar presente, relacionando-se com a diminuição de produção de estrogénios, devido ao aumento da prolactina durante a amamentação, o que leva à secura vaginal e posterior dor sentida no retorno à atividade sexual. No sentido de minimizar este desconforto recomendámos o uso de lubrificante juntamente com o preservativo, como o único método contraceptivo aconselhado durante as primeiras seis semanas após o parto, com o intuito de prevenir uma nova gravidez e diminuir o risco de infeção (DGS, 2008). Também aconselhámos a pílula progestativa, a ser utilizada apenas nas seis semanas após o parto, por ainda não serem conhecidos os seus efeitos sobre o desenvolvimento cerebral ou hepático do RN, apesar da DGS (2008) conferir que esta não influencia a qualidade e quantidade do leite materno.

A administração da imunoglobulina Anti-D (300ug por via intramuscular) em puérperas com fator Rh negativo não sensibilizadas (teste de *Coombs* indireto negativo), cujos filhos apresentavam fator Rh positivo era por nós executada até 72 horas após o parto (DGS, 2007).

O foco de atenção Gestão do regime medicamentoso (ICN, 2019), foi tido em consideração, uma vez que algumas mulheres tinham alta com a prescrição de fármacos analgésicos, laxantes e/ou heparina de baixo peso molecular. Nesse sentido questionávamos a mesma sobre o efeito terapêutico dos medicamentos, bem como os seus efeitos colaterais. Em relação à heparina de baixo peso molecular, avaliávamos também a administração do fármaco, explicando ao casal todos os cuidados a ter na sua administração, instruindo-os e treinando com os mesmos.

Aquando da saída da família do serviço era inspecionada a cadeira de transporte do RN, percebendo se a mesma era adequada para o seu peso e idade, e se cumpria as normas

estabelecidas, de acordo com Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2015). Desta forma, no âmbito do foco Papel parental (ICN, 2019), os pais foram instruídos a colocarem corretamente o RN na cadeira, bem como os cintos de segurança e a sua colocação no carro, no sentido contrário ao da marcha até por volta dos dois anos de idade.

Agora, que chegamos ao fim deste módulo de estágio, compreendemos o quanto é importante o trabalho que desenvolve o EESMO que presta cuidados especializados à mãe, pai, RN e família! Pois, assume um papel privilegiado e crucial, no decurso da transição para a parentalidade, ao cuidar da mulher que atravessa um conjunto de alterações físicas e psicológicas, ao ajudar o recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina, ao envolver o pai nos cuidados, ao apoiar o casal com sabedoria e potenciar a aquisição de conhecimentos e habilidades para desenvolver as competências parentais com mestria.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DURANTE O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Ao longo deste percurso formativo intenso de dois anos, demos um passo gigante em direção à primeira etapa deste caminho, que era atingir os objetivos, e conseqüentemente desenvolver e adquirir as competências nos diversos domínios de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, através do acompanhamento da mulher, casal e família, numa das mais importantes transições do seu ciclo vital, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2010).

Este estágio de natureza profissional permitiu que desenvolvêssemos conhecimentos e habilidades nos domínios da gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e autocuidado pós-parto e parentalidade, ao cuidar mulheres, casais, recém-nascidos e famílias no decurso da transição que cada um destes estava a vivenciar, permitindo que fossem fortalecidas as competências adquiridas, ao longo do primeiro ano de formação académica, e tivessem emergido outras. Assim, face às mais diversas experiências ocorridas neste contexto e ao facto de cada cliente se revelar diferente e com as suas características individuais, esta aprendizagem tornou-se mais enriquecedora e impulsionadora da prestação de cuidados de enfermagem especializados mais significativos para as pessoas.

Não obstante, interessa realçar o trabalho desenvolvido com os diferentes profissionais da equipa multidisciplinar que em todo o processo nos incentivaram e impulsionaram à reflexão crítica de forma constante, e, também a reconhecer a importância das intervenções implementadas, tendo por base uma prática baseada na evidência, no sentido de nos conduzir a um processo de tomada de decisão mais consistente e à formulação de um plano de cuidados diferenciado mais adequado, útil e culturalmente competente (Coutinho et al., 2019).

Face ao exposto, é possível afirmar convictamente que este estágio contribuiu para uma melhoria da prestação de cuidados, quer pelo conhecimento e crescimento que nos proporcionou, quer pela partilha de saberes com a equipa, pois estamos certos que a problematização das práticas suscitou alterações. Por vezes, o facto da nossa reflexão

aliada à evidência científica problematizar rotinas, práticas e protocolos, tornou-se um projeto a concretizar muito desafiante. Todavia, a perseverança e a investigação científica em enfermagem permitiram demonstrar a pertinência de alterar algumas das práticas instituídas e protocoladas. Assumimos, nesta vertente que, o conhecimento tem muita força e poder e que se nos tornarmos mais conhecedores desta área, tão vasta que é a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, seremos capazes de mudar paradigmas que se encontram obsoletos. Porém, apesar de “silenciosamente” incentivarmos à mudança que pretendíamos, importa evidenciar que foi sempre mantida uma atitude de humildade, proativa, reflexiva e de autoavaliação, com o objetivo de pugnar por melhores cuidados (Caldwell & Grobbel, 2013).

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências do EESMO teve sempre por base o Regulamento de Competências Específicas do EESMO, publicado pela Ordem dos Enfermeiros em 2010, em consonância com as exigências da diretiva de 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de sete de setembro de 2005, transposta para direito interno, lei nº 9/2009, de quatro de março, ensino prático e clínico, tendo sido cumprida a orientação de que o formando deveria realizar o acompanhamento de 100 grávidas; prestar cuidados a 40 parturientes; realizar 40 partos eutócicos ou, por falta de oportunidades de aprendizagem, 30 partos eutócicos e 20 assistidos; participar em partos de apresentação pélvica ou situação simulada em contexto de sala de aula; realizar a prática de episiotomia e iniciação à sutura; vigiar e prestar cuidados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco; manter a vigilância e prestação de cuidados a pelo menos 100 puérperas e recém-nascidos saudáveis; observar e prestar cuidados a RN de risco e mulheres com situações patológicas do foro obstétrico e ginecológico. Posto isto, tais competências foram alcançadas com sucesso não só no que respeita aos números que se encontram detalhados em cada um dos capítulos anteriores, mas também no que concerne às valorações apresentadas pelas diferentes EESMO que tutelaram todo este percurso.

A ordem cronológica pela qual os diferentes módulos do estágio decorreram não se tornou um fator dificultador da aprendizagem. Tal poderia ter acontecido, visto que não seguiu a ordem natural da transição para a parentalidade, ou seja, o último módulo realizou-se no âmbito do trabalho de parto e parto e não no puerpério, por questões logísticas dos serviços comportarem poucos estudantes em estágio, em simultâneo.

Relativamente ao módulo respeitante à gravidez com complicações, o maior desafio passou pela resposta de intervenções que se revelassem facilitadoras e/ou para minimizar

os constrangimentos face à vivência de um processo patológico que vem despoletar e intensificar sentimentos e emoções, como a ansiedade, o *stress*, o medo e a perda de autocontrolo na grávida, e conseqüentemente, no seu companheiro e família. Nesse sentido, o trabalho em equipa, o estar com, estar perto e apoiar cada mulher/casal e a procura de estratégias, com o recurso à melhor evidência científica, levaram à concretização de intervenções que se mostraram importantes para minimizar tais sentimentos e emoções menos positivas.

No que diz respeito, ao módulo que decorreu no Bloco de Partos, podemos salientar que este foi o mais desafiante e aquele que, por vezes, se tornou mais difícil, não só pela complexidade dos cuidados e por se centrarem em atos novos, impregnados de grande responsabilidade e habilidade, mas também, porque havia o número de partos eutócicos que tínhamos que realizar. No entanto, tais dificuldades foram ultrapassadas com êxito com a ajuda da equipa, em geral, mas de uma forma particular com competência da nossa tutora. Porém, as experiências obtidas neste módulo do estágio revelaram-se tão gratificantes quer pessoal, quer profissionalmente, que para além de termos atingido as competências, estas permitiram-nos proporcionar às mulheres, casais, RN e família uma vivência e experiência única e positiva do trabalho de parto e parto. A confirmar tal facto, ainda hoje, algumas das famílias nos procuram para partilhar a sua satisfação, como se encontram e como estão a crescer e a desenvolver os seus filhos. Diria que este é um reconhecimento muito gratificante e aquele que nos motiva a prosseguir. A satisfação dos casais que cuidamos!

A realização da revisão integrativa da literatura foi uma mais-valia neste processo formativo. Pois, permitiu através do método científico concretizar a finalidade de contribuir para a implementação de um método natural, de controlo e alívio da dor no trabalho de parto. Também, não só nos permitiu adquirir competências em investigação, como pudemos experienciar e sermos produtores e consumidores dos resultados de investigação para podermos desenvolver uma prática baseada na evidência.

Uma das maiores dificuldades neste contexto foi saber onde procurar, como o fazer e quais os estudos que apresentavam a melhor evidência, daí a nossa frequência às aulas das unidades curriculares inerentes à investigação em enfermagem e todo o apoio dado pela docência ter sido a âncora para ultrapassar os constrangimentos.

Quanto ao módulo Autocuidado pós-parto e parentalidade interessa aludir que a manutenção do bem-estar da tríade foi o ponto fulcral e todas as nossas intervenções se

desenvolveram tendo por base essa premissa, facilitando a vivência de uma transição para a parentalidade saudável e que tudo aquilo que a mesma acarreta fosse desempenhado com mestria. Contudo, o maior obstáculo à prestação de cuidados, neste âmbito, foi o tempo de internamento, traduzindo-se como essencial o acompanhamento das famílias em contexto domiciliário através de equipas com EESMO nos diversos centros de saúde do país.

Em suma, a elaboração deste relatório permitiu que fosse realizada de uma forma mais consistente, pertinente e pormenorizada uma reflexão crítica das práticas desenvolvidas ao longo dos vários módulos que constituem o estágio profissional, levando à consolidação e aquisição de conhecimentos e habilidades decorrentes deste processo formativo, bem como ao crescimento e desenvolvimento pessoal, através dos obstáculos encontrados e frustrações que rapidamente foram ultrapassadas, tendo como meta a prestação de cuidados de enfermagem especializados significativos para as pessoas.

Apesar de todos os sacrifícios que este caminho nos impôs, como a dificuldade em conciliar a vida profissional, familiar e académica, não existe nada mais gratificante do que poder afirmar que todos os momentos menos bons pelos quais passámos se almejam neste momento como irrelevantes, visto que um dos nossos sonhos pessoais e profissionais se tornou realidade.

CONCLUSÃO

E, chegamos ao término da elaboração deste relatório, após a descrição das atividades desenvolvidas ao longo de um ano que olhando para trás, poderíamos dizer que foi um longo percurso. Porém, é um caminho que se torna tão curto e tão gratificante, pois encerra o último capítulo do nosso percurso académico rumo à meta das provas para aquisição do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diríamos que é o sonho que aos poucos vamos vendo tornar-se realidade, que era ser EESMO desde que tivemos contacto com esta área durante a licenciatura em enfermagem.

Assim sendo, interessa salientar que difícil será descrever todas as experiências e vivências de um percurso formativo que foi permeado de sentimentos e emoções, mas podemos afirmar que este relatório é fruto de uma reflexão crítica e detalhada das experiências vividas, atividades e competências desenvolvidas na prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito da saúde materna e obstétrica, tendo por base a melhor evidência científica para que a nossa tomada de decisão fosse devidamente fundamentada e pudesse promover uma transição para a parentalidade saudável e mais positiva.

Podemos, ainda, afirmar que os objetivos delineados foram alcançados, tendo por base o regulamento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica, publicado pela Ordem dos Enfermeiros (2010), ao ter atingido o número mínimo de experiências que concorrem para a atribuição do título de EESMO.

Nesse sentido, os cuidados de enfermagem prestados ao longo deste percurso tiveram como foco de atenção primordial a promoção dos projetos de saúde que cada mulher vive e persegue, em todo o ciclo de vida reprodutivo, inserida num ambiente familiar, social e económico, de forma individual e coletiva (regulamento n.º 127/2011). Os diferentes módulos que compõem este estágio permitiram a aquisição de competências relativamente à prestação de cuidados especializados a todas as mulheres, casais e famílias, evidenciando o suporte dado aos mesmos, com o intuito de que estes se readaptassem, reajustassem ao assumir o seu novo papel de mãe, pai, irmãos, avós. Tivemos sempre em atenção e acima de tudo, o respeito pela pessoa e as necessidades individuais de cada um, os seus valores, crenças e cultura que se mostraram sempre fatores determinantes neste processo de

transição, envolvendo-os no processo de tomada de decisão, provendo-lhes a informação necessária para que pudessem fazê-lo de forma consciente e informada, nunca impondo as nossas opiniões, mas sim honrando sempre as de cada um dos intervenientes.

Em cada uma das áreas em que desenvolvemos as nossas competências, tivemos sempre como objetivo fulcral dar resposta às necessidades de cada mulher, casal, RN e família, com o propósito de que os nossos cuidados fossem mais significativos para cada um deles. Na unidade de Grávidas de Risco deparámo-nos com mulheres/casais para os quais a gravidez era um projeto, uma bênção e que se encontrava abalada pelo diagnóstico de alguma complicação durante esta fase, imperando sentimentos de angústia e ansiedade.

Nos diferentes períodos do trabalho de parto e no parto, as necessidades de cada mulher/casal eram díspares, revelando-se fundamental a identificação das mesmas e as intervenções individualizadas implementadas para que lhes fosse dada resposta, uma vez que este era o momento da concretização, o nascimento daquele ser que era tão desejado.

Durante o internamento no serviço de Obstetrícia, as puérperas/casais deparavam-se com a assunção do seu novo papel e tudo aquilo que o mesmo acarretava, tornando-se crucial o suporte dado a cada elemento da tríade, guiando-os ao longo deste percurso, que para muitos deles apresentava diversos obstáculos.

Além da aquisição e do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades inerentes à especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica também desenvolvemos competências relativamente à investigação em enfermagem, sob o método de uma revisão integrativa da literatura que se encontra em pormenor no segundo capítulo do presente relatório. Esta última revelou-se essencial para a progressão da enfermagem e consequentemente para que a nossa prestação de cuidados se ajuste cada vez mais às necessidades de cada mulher, casal e RN, de forma mais efetiva e significativa.

No que concerne à temática escortinada detalhadamente na revisão integrativa da literatura, podemos concluir que a água se revela como elemento importante durante o trabalho de parto, pode ser usada com recurso à hidroterapia, conduzir a uma diminuição da dor percebida pela mulher nesta fase (Cluett et al., 2018). Além disso, todos os artigos apresentados revelam a necessidade emergente de se realizarem mais estudos nesse âmbito que reforcem as intervenções do EESMO, combatendo algumas ideias pré-concebidas por parte de outros profissionais que se oponham ao uso deste método não farmacológico de alívio da dor durante o TP.

Cuidar da mulher, do casal, do RN e da família desde o início desta transição desenvolvimental tornou a realização do nosso sonho possível, estando envolto em sentimentos de satisfação pessoal e profissional, apesar de todo o sacrifício necessário para que pudéssemos atingir o objetivo final. Por vezes, emoções menos positivas assombraram a sua concretização, todavia a nossa ambição e resiliência imperaram, podendo afirmar convictamente que este esforço valeu a pena. Uma das mais-valias ao longo deste percurso está relacionada, inevitavelmente, com o apoio sentido por parte do corpo docente e de todos os profissionais de saúde do Hospital Pedro Hispano que foram incansáveis tornando este nosso projeto de vida um pouco deles também. Assim, podemos destacar a relação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar como sendo o motor para a prestação de cuidados especializados de qualidade, centrados nas necessidades individuais de cada pessoa. Sentimo-nos acolhidas e respeitadas ao longo deste percurso, bem como as nossas ideias e opiniões, permitindo que crescêssemos enquanto pessoas e enfermeiras.

Em jeito de conclusão diríamos que entre os constrangimentos e a força para os ultrapassar, ganhou o empenho, a perseverança, o conhecimento adquirido, a partilha de saberes, o confronto de ideias, e sobretudo, a humildade e a proatividade, que os que nos acompanharam souberam compreender para ajudar. Podemos garantir que as dificuldades e exigências deste percurso foram ultrapassadas com sucesso, e minimizadas quando contrastadas com as competências desenvolvidas e gratificação profissional e pessoal atingida fazendo um balanço muito positivo.

Assim, concluímos que este trajeto nos abriu horizontes, rumo a um percurso profissional, em que esperamos prestar cuidados de enfermagem especializados de excelência, para que a mulher, casal, RN e família obtenham os ganhos em saúde, tão merecidos neste processo de parentalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afshari, P., Medforth, J., Aarabi, M., Abedi, P., & Soltani, H. (2014). Management of third stage labour following vaginal birth in Iran: A survey of current policies. *Midwifery*, 30(1), 65-71. Doi: 10.1016/j.midw.2013.02.002.

Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G., & Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(CD006066). Doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub3.

Almeida C., Alves, C., Balhau, A., Lucas, R., Marques, A., Muralha, N., ..., Vaz, P. (2015). *Tromboembolismo Venoso: Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: SPC.

Almeida, M., Dores, J., Ruas, L., Vicente, L., & Paiva, S. (2017). Consenso da Diabetes Gestacional. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24-38. Retirado de: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/ConsensoDiabetesGestacional.2017.RevistaPortuguesaDiabetes.201712124-38.pdf.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). Induction of Labor: Practice Bulletin No. 107. *Obstet Gynecol*, 114(2), 386-397. Doi: 10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). Management of preterm labor: Practice Bulletin No. 171. *Obstet Gynecol*, 119(6), 1308-1317. Doi: 10.1097/AOG.0000000000001711.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation: Committee opinion No. 713. *Obstet Gynecol*, 130(2), 102-109.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Prelabor Rupture of Membranes: Practice Bulletin No. 188. *Obstet Gynecol*, 131(1), 1-14. Doi: 10.1097/AOG.0000000000002455.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Gestational Hypertension and Preeclampsia: Practice Bulletin No. 202. *Obstet Gynecol*, 133(1), 1-25. Doi: 10.1097/AOG.0000000000003018.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Prevention of Group B Streptococcal Early Onset Disease in Newborns: Committee opinion No. 782. *Obstet Gynecol*, 134(1), 19-41. Doi: 10.1097/AOG.0000000000003334.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed). Arlington.

Amorim, M., Porto, A., & Souza, A. (2010). Assistance to the first period of labor based on evidence. *Revista Feminina*, 38(10), 527-537. Retirado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=574503&indexSearch=ID>.

Araújo, I., Oliveira, L., Santos, T., & Moraes, S. (2014). Nursing care of the newborns with neonatal jaundice: an integrative review. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 3(1), 120-124. Doi: 10.26694/reufpi.v3i1.1381.

Araújo, L., & Reis, A. (2012). *Enfermagem na Prática Materno-Neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Associação Para a Promoção da Segurança Infantil. (2015). *Segurança Rodoviária*. Lisboa: APSI.

Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2017). *Reflexão sobre o trabalho de parto e Parto: construção de um plano de preferências de parto*. Lisboa: APDMGP.

Barbieri, M., Henrique, A., Chors, F., Maia, N., & Gabrielloni, M. (2013). Warm shower aspersion, perineal exercises with swiss ball and pain in labor. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(5), 478-484. Doi: 10.1590/S0103-21002013000500012.

Bayes, S., & Whitehead, L. (2018). Cardiotocography vs. Intermittent Auscultation in Assessing Fetal Well-Being. *AJN*, 118(6), 23. Doi: 10.1097/01.NAJ.0000534845.27761.cc.

Beckmann, C., Ling, F., Barzansky, B., Herbert, W., Laube, D., & Smith, D. (2010). *Obstetrics and Gynecology* (6ª ed). New York: Lippincott Williams & Wilkins.

Bellis, L. (2011). Touring The Hospital Before You Deliver. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed., 170-174). Lisboa: Lidel.

Bernardes, B., Resendell, A., Stüppll, L., Oliveira, E., Castro, R., Bella, Z.,... Sartori, M. (2012). Efficacy of pelvic floor muscle training and hypopressive exercises for treating pelvic

organ prolapsed in women: randomized controlled trial. *São Paulo Medical Journey*, 130(1), 5-9. Doi: 10.1590/S1516-31802012000100002.

Bohren, A., Hofmeyr, J., Sakala, C., Fukuzawa, K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD003766). Doi:10.1002/14651858.cd003766.pub6.

Botelho, L., Cunha, C., & Macedo, M. (2011). O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. *Gestão e Sociedade Belo Horizonte*, 5(11), 121-136. Doi: 10.21171/ges.v5i11.1220.

Bowden, V., & Greenberg, C. (2010). *Children and Their Families: The Continuum of Care* (2ªed.) Lippincott Williams & Wilkins.

Braha, C. (2011). *Prévention de la dépression post-natale. Dépister en consultations prénatales: entretiens auprès des sages-femmes et obstétriciens*. Université Paris Descartes, Paris.

Brandão, S. (2009). *Envolvimento emocional do pai com o bebé: impacto da experiência de parto* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Bricker, L., & Luckas, M. (2012). Amniotomy alone for induction of labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(CD002862). Doi: 10.1002/14651858.CD002862.

Calais-Germain, B., & Parés, N. (2009). *Parir en movimiento: Las moviidades de la pelvis en el parto*. Barcelona: La Liebre de Marzo.

Caldwell, L., & Grobbel, C. (2013). The Importance of Reflective Practice in Nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 1-9. Retirado de: <http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4.%20us%20La.Caldwell.pdf>.

Campillos, M., Rodríguez, B., & Cruz, E. (2011). *Manual de Registros Cardiotocográficos*. Madrid.

Campos, D., Santos, I., & Costa, F. (2011). *Emergências obstétricas*. Lisboa: Lidel.

Campos, D., Spong, C., & Chandraharam, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of gynecology obstetrics*, 131(1), 13-24. Doi: 10.1016/j.ijgo.2015.06.020.

Cannizzaro, D., & Paladino, M. (2011). Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal. *Anestesia, Analgesia y Reanimación*, 24(2), 59-74. Retirado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v24n2/v24n2a04.pdf>.

Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, Tornar-se pai - Estudo sobre a avaliação das Competências Parentais* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Cardoso, A., Silva, A., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 11-20. Retirado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn4/serlVn4a02.pdf>.

Castán, S., Homs, J., Colás, S., & Colás, M. (2013). *Obstetricia para Matronas: Guía Práctica*. Madrid: Panamericana.

Castro, J., Gameiro, M., Araújo, C., Pinto, A., Teles, T. (2014). Sulfato de magnésio para neuroproteção fetal, uma revisão da literatura. *Acta Obstet Ginecol Port*, 8(4), 391-397. Retirado de: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/14-aogp-d-14-00042.pdf>.

Cavalcanti, A., Henrique, A., Brasil, C., Gabrielloni, M., & Barbieri, M. (2019). Terapias complementares no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. Doi: 10.1590/1983-1447.2019.20190026.

Cirico, M., Shimoda, G., & Oliveira, R. (2016). Qualidade assistencial em aleitamento materno: implantação do indicador de trauma mamilar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4). Doi: 10.1590/1983-1447.2016.04.60546.

Clode, N., Jorge, C., & Graça, M. (2012). Normas de Actuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de Santa Maria. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed., 211-215). Lisboa: Lidel.

Cluett, E., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(CD000111). Doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub4.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Cooke, A. (2010). When will we change practice and stop directing pushing in labour?. *British Journal of Midwifery*, 18(2), 77-81. Doi: 10.12968/bjom.2010.18.2.46403.

Costa, C., & Reis, C. (2011). Perturbações Psiquiátricas do Pós-Parto: implicações na amamentação. *Acta Pediátrica Potuguesa*, 42(4), 177-181. Retirado de: [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/29/20120105115925_ActualizacaoCosta%20C42\(4\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/29/20120105115925_ActualizacaoCosta%20C42(4).pdf).

Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, M., Chaves, C., Amaral, O., & Nelas, P. (2019). Interação enfermeiros e puérperas: na procura de um cuidado cultural. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 962-969. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n4/pt0034-7167-reben-72-04-0910.pdf>.

Cross, J. (2015). Neuroprotective Core Measure 7: Optimizing Nutrition - Breastfeeding, Human Milk and Attachment. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 15(3), 128–131. Doi: 10.1053/j.nainr.2015.06.008.

Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., & Spong, C. (2012). *Obstetrícia de Williams* (23ª ed). Brasil: AMGH.

Danski, M., Oliveira, G., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência Cuidado e Saúde*, 16(2). Doi: 10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304.

Dias, M., Silva, R., Souza, L., Lima, R., Pinheiro, R., & Moraes, I. (2008). Auto-estima e fatores associados em gestantes. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(12), 2787-2797. Doi: 10.1590/S0102-311X2008001200007.

Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21(1), 20-30. Retirado de: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo%202%20Pages%20from%20PE21_1sem2017-2.pdf.

Direção Geral de Saúde. (2007). *Circular Normativa nº 2/DSMIA - Profilaxia da Isoimunização Rh*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2008). *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde. (2015). *Indução do Trabalho de Parto*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2015). *Orientação nº1/2015 de 19/01/2015 - Trabalho de parto estacionário*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação saudável: Alimentação e Nutrição na Gravidez*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DGS.

Domínguez-Luna, A., Fernández-Míguez, M., & Domínguez-Luna, S. (2012). La agonía de la espera: en reposo hacia la maternidade. *Revista Matronas Profesión*, 13(2), 43-49. Retirado de: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/43-49-la-agonia-de-la-espera-en-reposo-hacia-la-maternidad.pdf>.

Downe, S., Gyte, G., Dahlen, H., & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD010088). Doi: 10.1002/14651858.CD010088.pub2.

Dyer, J. (2013). Newborn skin care. *Seminars in Perinatology*, 37(1), 3–7. Doi: 10.1053/j.semperi.2012.11.008.

Emmanuel, E., & St John, W. (2010). Maternal distress: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2104–2115. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05371.x.

Fairbrother, N., Young, A., Janssen, P., Antony, M., & Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, 15(206). Doi: 10.1186/s12888-015-0526-6.

Fairbrother, N., Young, A., Zhang, A., Janssen, P., & Antony, M. (2016). The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 311–319. Doi: 10.1007/s00737-016-0704-7.

Federacion de Asociaciones de Matronas de España. (2008). *Iniciativa Parto Normal: documento de consenso*. Barcelona: FAME.

Felgueiras, M., & Graça, L. (2013). Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 77-84. Doi: 10.12707/RIII12136.

Fernandes, J., Rivitti-Machado, M., & Oliveira, Z. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), 102-110. Doi: 10.1590/S0365-05962011000100014.

Fernandes, N., & Silva, E. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 107-115. Doi: 10.12707/RIV14032.

Fraser, D., & Cooper, M. (2010). *Assistência Obstétrica: Um Guia Prático para Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Gallo, R., Santana, L., Marcolin, A., Ferreira, C., Duarte, G., & Quintana, S. (2014). Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *FEMINA*, 39(1), 41-48. Retirado de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>.

Gayeski, M., & Bruggemann, O. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 19(4), 774-782. Doi: 10.1590/S0104-07072010000400022.

Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5ª ed). Lisboa: Lidel.

Guerra, M., Braga, M., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 117-124. Retirado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a19.pdf>.

Guimarães, N., Silva, L., Matos, D., & Douberin, C. (2018). Análise de fatores associados à prática da episiotomia. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*, 12(4), 1046-1053. Doi: 10.5205/1981-8963-v12i4a231010p1046-1053-2018.

Haseeb, Y., Alkunaizi, A., Turki, H., Aljama, F., & Sobhy, S. (2014). The impact of valsava's versus spontaneous pushing techniques during second stage of labor on postpartum maternal fatigue and neonatal outcome. *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences*, 2(2), 101-105. Retirado de: http://www.sjmms.net/temp/SaudiJMedMedSci22101-5482784_151347.pdf.

Henrique, A., Gabrielloni, M., Rodney, P., & Barbieri, M. (2018). Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*, 24(3). Doi: 10.1111/ijn.12642.

Hergessel, N., & Lohmann, P. (2017). *Aleitamento materno na primeira hora após o parto* (Tese de Mestrado). Centro Universitário Univates, Rio Grande do Sul.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed). Rio de Janeiro: Elsevier.

Hunt, L. (2013). Literature Review: Eating and drinking in labour. *British Journal Midwifery*, 7(21), 499-502. Doi: 10.12968/bjom.2013.21.7.499.

Institute for Clinical Systems Improvement. (2013). *Management of labor* (5ª ed). Bloomington: ICSI.

International Council of Nurses. (2011). *International Classification for Nursing Practice*. Genebra: ICN.

International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. Retirado de: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>.

Jacob, A. (2015). *A Comprehensive Textbook of Midwifery and Gynecological Nursing* (4ª ed). Índia: Jaypee Brothers Medical Publishers.

Johnson, J. (2011). *Enfermagem Materna e do Recém-Nascido Desmistificada: Um guia de aprendizado* (1ª ed.). Porto Alegre: AMGH.

Johnson & Johnson. (2013). Guía de Cuidados de la Piel del Recién Nacido y del Bebé: Recomendaciones basadas en la evidencia y en las buenas prácticas. *Revista Matronas Profesión*, 14(4), 1-50. Retirado de: http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/ceedcd4a-5162-43db-ab00-0223cf2127f7/9778a313-3e43-4df2-84cf-27bb1b6bbdd8/5b7f5b61-ca6e-49a3-a9d3-3cb03b54af32/Gu%C3%ADa%20de%20consenso_DEF.pdf.

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., ... Neilson, J. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD009234). Doi: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.

Karino, M., & Felli, V. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 11(5), 11-15. Doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v10i5.17048.

Karp, H. (2003). *The happiest baby on the block* (1ª ed.). Nova Iorque: Bantam.

Kelly, M., Johnson, E., Lee, V., Massey, L., Purser, D., Ring, K., ... Wood, D. (2010). Delayed versus immediate pushing in second stage of labor. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35(2), 81–88. Doi:10.1097/nmc.0b013e3181cae7ad.

Khianman, B., Pattanittum, P., Thinkhamrop, J., & Lumbiganon, P. (2012). Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(CD007426). Doi: 10.1002/14651858.CD007426.pub2.

Koch, C. (2014). *Ultrapassar a Perda Involuntária da Gravidez: Um Modelo de Intervenção de Enfermagem* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Lages, A. (2012). *Parto por Cesariana: Consequências a curto e longo-prazo* (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

Laptook, A. (2014). Neonatal and infant death: the Apgar score reassessed. *The Lancet*, 384(9956), 1727–1728. Retirado de: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61305-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61305-2.pdf).

Lavender, T., Hart, A., & Smyth, D. (2013). Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD005461).

Lee, S., Liu, C., Lu, Y., & Gau, M. (2013). Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(1), 19-28. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x.

Lehuteur, D., Strapasson, M., & Fronza, E. (2017). Non-Pharmacological Management of Relief in Deliveries Assisted by an Obstetric Nurse. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*, 11(12), 4929-4937.

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Lloreda-García, J., Lorente-Nicolás, A., Bermejo-Costa, F., Martínez-Uriarte, J., & López-Pérez, R. (2016). Necesidad de reanimación en prematuros menores de 32 semanas expuestos a sulfato de magnésio para neuroprotección fetal. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(4), 261-267. Doi: 10.1016/j.rchipe.2015.11.006.

Lopes, R., Nascimento, R., Souza, S., Mallet, L., & Argimon, I. (2010). *Desenvolvimento Cognitivo e Motor de Crianças de Zero a Quinze Meses: um estudo de revisão*. Brasil: O Portal dos Psicólogos.

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed). Loures: Lusodidacta.

Luís, S., Costa, G., & Casteleiro, C. (2014). Boas Práticas nos Cuidados ao Coto Umbilical: Um Estudo de Revisão. *Millenium*, 47, 33-46. Retirado de: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/4.pdf>.

Machado, C., Vinholes, D., & Feldens, V. (2013). Avaliação da autoestima de gestantes atendidas em um ambulatório no município de Tubarão, SC. *Revista da Associação Catarinense de Medicina*, 42(2), 50-55. Retirado de: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/1228.pdf>.

Mafetoni, R., & Shimo, A. (2014). Non-Pharmacological Methods for Pain Relief during Labor: Integrative Review. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(2), 505-512. Doi: 10.5935/1415-2762.20140037.

Maldonado, M. (2013). *Psicologia da gravidez*. Rio de Janeiro: Editora Jaguaritica Digital.

Mannel, R., Martens, P., & Walker, M. (2011). *Manual Prático para Consultores de Lactação*. Loures: Lusociência.

Marques, J., & Reynolds, A. (2011). Distócia de Ombros – Uma Emergência Obstétrica. *Acta Médica Portuguesa*, 24(4), 613-620. Retirado de: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/480/188>.

Marshall, J., & Raynor, M. (2014). Myles textbook for midwives (16ª ed.). In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed., 308-320). Lisboa: Lidel.

Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 121-131. Doi: 10.12707/RIII1394.

Marujo, A., Rosado, V., Correia, L., Machado, A., & Campos, A. (2017). Maturação Cervical com Sonda de Foley: experiência de um centro terciário. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 11(2), 84-90. Retirado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v11n2/v11n2a04.pdf>.

Matos, T., Souza, M., Santos, E., Velho, M., Seibert, E., & Martins, N. (2010). Contacto precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 998-1004. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/20.pdf>.

McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-15. Retirado de: <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=4821&context=smhpapers>.

Meireles, J., Neves, C., Carvalho, P., & Ferreira, M. (2015). Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37(7), 319-324. Doi: 10.1590/S0100-720320150005388.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (1ª ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Meleis, A., Sawyer, M., Hilfinger, K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. Doi: 10.1097/00012272-200009000-00006.

Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). O impacto na sobrecarga dos cuidadores familiares: revisão da literatura sobre programas de intervenção. *Indagatio Didactica*, 6(2), 107-120. Retirado de: http://educacare.web.ua.pt/wp-content/uploads/2017/03/melo_ua_santos_2014.pdf.

Mendes, V. (2013). *Recurso à Água Morna no parto: Prevenção do trauma perineal e incontinência urinária* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), 758-764. Doi: 10.1590/S0104-07072008000400018.

Montenegro, C., & Rezende Filho, J. (2017). *Obstetrícia Fundamental* (14.ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C., & Campos, A. (2014). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª ed.). Lisboa: Lidel.

Morais, S., & Mimoso, G. (2013). Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congénita. Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(6), 343-347. Retirado de: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/2717>.

Mouta, R., Silva, T., Melo, P., Lopes, N., & Moreira, V. (2017). Plano de Parto como Estratégia de Empoderamento Feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(4). Doi: 10.18471/rbe.v31i4.20275.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2006). *Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies*. London: NICE.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). *Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman- clinical guideline*. London: NICE.

National Collaborating Centre for Women's. (2008). *Clinical Guideline: Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman*. London: RCOG Press.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). *Induction of labour*. London: NICE.

National Center for Disease Control and Prevention. (2010). *Prevention of perinatal group B streptococcal disease-revised guidelines*. Atlanta: CDC.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2012). *Neonatal infection (early onset): antibiotics for prevention and treatment*. London: NICE.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. London: NICE.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). *Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth*. London: NICE.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). *Postnatal care*. London: NICE.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). *Intrapartum care: Care of healthy women and babies*. London: NICE.

Nilsen, E., Sabatino, H., & Lopes, M. (2011). Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 557-565. Doi: 10.1590/S0080-62342011000300002.

Nogueira, J., & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 57-66. Doi: 10.12707/RIII1214.

Nunes, S., & Vargens, O. (2014). O uso do gelo para alívio da dor no cuidado à parturiente: revisão integrativa. *Enfermagem Obstétrica*, 1(3), 95-99.

Ohlsson, A., & Shah, S. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. (2014). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(CD007467). Doi: 10.1002/14651858.CD007467.pub4.

Oliveira, D., & Lopes, R. (2010). Implicações Emocionais da Chegada de Um Irmão para o Primogênito: uma revisão da literatura. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 97-106. Doi: 10.1590/S1413-73722010000100011.

Oliveira e Oliveira, M., Oberst, P., Leite, G., Aguemí, A., Kenj, G., Leme, V., & Sass, N. (2010). Sonda de Foley cervical versus misoprostol vaginal para o preparo cervical e indução do parto: um ensaio clínico randomizado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(7), 346-51. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n7/07.pdf>.

Oliveira, G., Albuquerque, M., Cardoso, B., Gaspar, E., Costa, R., Aguiar, T., ... Pissara, S. (2012). *Reanimação do Recém-Nascido de Termo na Sala de Partos*. Lisboa: SPN.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa, OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Plano de Parto*. Parecer n.º7. Lisboa, OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto: Indicador de evidência*. Lisboa, OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Recomendações para a preparação para o nascimento*. Recomendação nº2. Lisboa, OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Plano de Parto: escolhas que marcam a vida*. Lisboa, OE.

Organização Mundial de Saúde. (2013). *Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2013). *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia fetal*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2013). *WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2014). *Recomendaciones para la estimulación del trabajo de parto. Puntos destacados y mensajes clave de las Recomendaciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud para 2014*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2015). *WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2017). *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience: WHO recommendations*. Genebra: OMS.

Pedrosa, K., Oliveira, I., Feijão, A., & Machado, C. (2015). Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. *Revista Cogitare Enfermagem*, 20(4), 733-741. Doi: 10.5380/ce.v20i4.40768.

Pereira, M. (2012). *A Necessidade de Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério Precoce* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Pereira, L., Fernandes, J., Tavares, J., & Cotrim, C. (2014). Efeitos da analgesia epidural no trabalho de parto: Haverá lugar para a PIEB (Programmed Intermittent Epidural Bolus)? *Revista do Clube de Anestesia Regional*, 74, 5-10. Retirado de: <https://anestesiaregional.com/wp-content/uploads/2019/01/revista-car-n%C2%BA-74.original.pdf>.

Pérez, L., Rull, C., & Riera, M. (2015). Inmersión en agua durante el parto: revisión bibliográfica. *Matronas Profesión*, 16(3), 108-113. Retirado de: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbiblio-inmersion-en-agua.pdf>.

Petter, C., Farret, T., Scherer, J., & Antonello, V. (2013). Fatores relacionados a infecções de sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos. *Scientia Medica*, 23(1), 28-33. Doi: 10.15448/1980-6108.2013.1.12715.

Pinto, P., Ferraz, T., Ramalho, C., & Montenegro, N. (2015). Avaliação da ministração de corticosteroides em situações de suspeita de parto pré-termo iminente: um estudo de coorte retrospectivo em um centro terciário. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 37(10), 467-72. Doi: 10.1590/SO100-720320150005440.

Pompeo, D., Rossi, L., & Galvão, C. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), 434-438. Doi: 10.1590/S0103-21002009000400014.

Pontes, D., Pimentel, L., & Carvalho, F. Eventos tromboembólicos na gestação e puerpério: revisão sistemática e recomendação atual. (2013). *FEMINA*, 41(1). Retirado de: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3700.pdf>.

Posner, G., Dy, J., Black, A., & Jones, G. (2014). *Trabalho de Parto e Parto de Oxorn e Fotte* (6ªed.). Porto alegre: AMGH.

Presti, C., Miranda, F., Pânico, M., Matielo, M., Porto, C., Marques, M., & Yoshida, R. (2015). *Projeto Diretrizes SBACV: Trombose Venosa Profunda – Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: SBACV.

Pridis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women Birth*, 25(3), 100-106. Doi: 10.1016/j.wombi.2011.05.001.

Rabe, H., Gyte, G., Díaz-Rossello, J., & Duley, L. (2019). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(CD003248). Doi: 10.1002/14651858.CD003248.pub4.

Ramalho, C. (2014). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (3ª ed.). Lisboa: Lidel.

Revez, L., Gaitán, H., & Cuervo, L. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD000330). Doi: 10.1002/14651858.CD000330.pub4.

Rocha, I., Oliveira, S., Schneck, C., Riesco, M., & Costa, A. (2009). O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 880-888. Doi: 10.1590/S0080-62342009000400020.

Rocha, J., Brandão, P., Melo, A., Torres, S., Mota, L., & Costa, F. (2017). Avaliação da Incontinência Urinária na Gravidez e no Pós-Parto: Estudo Observacional. *Acta Médica Portuguesa*, 30(7-8), 568-572. Doi: 10.20344/amp.7371.

Rosa, L. (2014). *Abordagem farmacoterapêutica na mulher a amamentar* (Tese de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Santo, S. (2018). *Avaliação da concordância e da fiabilidade das normas de orientação da FIGO, ACOG e NICE para a interpretação da cardiotocografia* (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa.

Santos, A., & Cardoso, A. (2010). A qualidade de vida e o suporte social da grávida. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 11, 26-31. Retirado de: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/REVISTA_APEO_ONLINE_11-2010_(3).pdf.

Santos, N., Veiga, P., & Andrade, R. (2011). Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 355-358. Doi: 10.1590/S0034-71672011000200021.

Schlegel, M., Whalen, J., & Williamsen, P. (2016). Integrative Therapies for Women with a High Risk Pregnancy during Antepartum Hospitalization. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(6), 356-362. Doi: 10.1097/NMC.0000000000000279.

Schleubner, E. (2013). The Prevention, Diagnosis and Treatment of Premature Labor. *Deutsches Arzteblatt International*, 110(13), 227-236. Doi: 10.3238/arztebl.2013.0227.

Silva, D. (2013). Uso de métodos não farmacológicos para o alívio durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*, 7, 4161-4170.

Silva, M. (2010). *Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico. Acolhimento em Enfermagem* (Tese de Mestrado). Universidade do Porto, Porto.

Silva, S. (2011). *Icterícia Neonatal* (Tese de Mestrado). Universidade do Porto, Porto.

Silva, A., Nascimento, E., & Coelho, E. (2015). Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulher no parto normal. *Escola Anna Nery*, 19(3), 424-431. Doi: 10.5935/1414-8145.20150056.

Silva, C., & Carneiro, M. (2014). Adaptação à Parentalidade: O Nascimento do Primeiro Filho. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 17-27. Doi: 10.12707/RIII13143.

Silva, F., Oliveira, S., & Nobre, M. (2009). A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*, 25(3), 286-294. Doi: 10.1016/j.midw.2007.04.006.

Silva, J., & Silva, R. (2009). Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. *Escola Anna Nery*, 13(2). Doi: 10.1590/S1414-81452009000200022.

Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, L. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(CD003930). Doi: 10.1002/14651858.CD003930.pub3.

Siqueira, C., & Colli, M. (2013). Prevalência do contacto precoce entre mãe e recém-nascido em um hospital amigo da criança. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*, 7(11), 6455-6461.

Smith, C., Collins, C., Cyna, A., & Crowther, C. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD003521). Doi: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.

Smyth, D., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(CD006167). Doi: 10.1002/14651858.CD006167.pub4.

Soares, A. (2014). *O cuidado de enfermagem baseado em evidência - A influência da introdução da chupeta no primeiro mês de vida na duração da amamentação* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Soares, C., Hoga, L., Peduzzi, M., Sangaletti, C., Yonekura, T., & Silva, D. (2014). Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 335-345. Doi: 10.1590/S0080-6234201400002000020.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). *Consensos de Neonatologia: hipoglicemia neonatal*. Lisboa: SPN.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). *Consensos de Neonatologia: icterícia neonatal*. Lisboa: SPN.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). *Consensos de Neonatologia: limite da viabilidade*. Lisboa: SPN.

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2007). Recomendações para o Rastreio Auditivo Neonatal Universal (RANU). *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(5), 209-214. Retirado de: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802_Consensos%20SPP_GRI SI_38%285%29.pdf.

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2012). *Prescrição Pré-natal de Corticoides para Reduzir a Morbilidade e Mortalidade Neonatais*. Lisboa: SPP.

Sousa, A. (2015). *Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em enfermagem* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Sousa, L., Haddad, M., Nakano, A., & Gomes, F. (2012). Terapêutica não-farmacológica para alívio do ingurgitamento mamário durante a lactação: revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 472-479. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200028>.

Sousa L., Vieira, C., Severino, S., & Antunes, A. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(21), 17-26. Retirado de: https://repositoriocientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1311/1/Metodologia%20de%20Revis%3%a3o%20Integrativa_RIE21_17-26.pdf.

Teixeira, C. (2011). *Ansiedade e depressão em mulheres e homens durante a gravidez* (Tese de Mestrado). Universidade do Porto, Porto.

Teixeira, S., Abelha, F., & Santos, A. (2016). Analgesia de Parto: Abordagem do Neuroeixo e Satisfação Materna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 25(4), 109-116. Doi: 10.25751/rspa.8337.

The Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014: The Systematic Review of Economic Evaluation Evidence*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.

Tournaire, M., & Theau-Yonneau, A. (2007). Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labor. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed., 416-424). Lisboa: Lidel.

Vanderlaan, J. (2017). Retrospective cohort study of hydrotherapy in labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 46(3), 403-410. Doi: 10.1016/j.jogn.2016.11.018.

Velho, M., Santos, E., Bruggmann, O., & Camargo, B. (2012). Vivência no Parto Normal ou Cesáreo: Revisão Integrativa sobre a Percepção das Mulheres. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 21(2), 458-46. Doi: 10.1590/S0104-07072012000200026.

Vieira, F., Bachion, M., Salge, A., & Munari, D. (2010). Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. *Escola Anna Nery*, 14(1), 83-89. Doi: 10.1590/S1414-81452010000100013.

Walsh, F. (2016). *Processos Normativos da Família: Diversidade e Complexidade* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

West, H., Jozwiak, M., & Dodd, M. (2017). Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(CD009792). Doi: 10.1002/14651858.CD009792.pub3.

Wing, A. (2016). Principles of labor induction. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed., 353-355). Lisboa: Lidel.

Willenswaard, K., Lynn, F., McNeill, J., McQueen, K., Dennis, C., Lobel, M., & Alderdice, F. (2017). Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(271). Doi: 10.1186/s12888-017-1432-x.

Young, K., & Young-Joo, P. (2018). Effect of Structured Bed Exercise on Uterine Contractions, Fetal Heart Rate Patterns, and Maternal Psychophysical Symptoms of Hospitalized High-Risk Pregnant Women: A Randomized Control Trial. *Asian Nursing Research*, 12(1), 1-8. Doi: 10.1016/j.anr.2017.12.003.